

<b>Caso</b>	(561) Fístulas aorto-entéricas: consecuencias de una aorta patológica.
<b>Autores</b>	Luis Pérez Matos, Andrea Fernández Miralbell; Benito Fernández Ruiz; Miguel Ángel Barneto Escribano; Veredas Romero Saucedo.
<b>Centro</b>	Hospital Universitario Reina Sofía

## EXPOSICIÓN DEL CASO

Presentamos el caso de un varón de 88 años que ingresó por cuadro de dolor abdominal difuso, más acentuado en fosas renales, alguna deposición con sangre y signos de sepsis, fiebre de 38°C e hipotensión. En la analítica destacaba leucocitosis, elevación del dímero D, pro-BNP y troponinas, y una anemia progresiva. Como antecedentes personales, el paciente presentaba aneurismas en aorta descendente, con intervención de aneurisma infrarrenal con bypass aorto-bifemoral y posterior bypass fémoro-femoral por arteriopatía periférica; todo ello en seguimiento.

En el estudio de TC de abdomen se visualizaba aneurisma en aorta infrarrenal parcialmente trombosado y con burbujas de aire en su interior, acompañado de líquido y edema de tejidos periaórticos, así como colecciones con líquido y gas, apreciándose disrupción de la pared posterolateral izquierda del aneurisma en contacto con las mismas. Existía imagen de comunicación con la tercera porción duodenal en relación con fístula primaria. La prótesis aorto-femoral derecha también estaba trombosada y con burbujas de aire en su interior, presentando pérdida de plano graso de separación con sigma en probable relación con fístula secundaria.

Debido a las comorbilidades del paciente el manejo inicial fue conservador. Durante el ingreso se intervino de manera urgente por empeoramiento clínico, con desenlace ominoso al 6º día post-quirúrgico.

## DISCUSIÓN

Las fístulas aorto-entéricas (FAE) se definen como comunicaciones anormales entre aorta y algún segmento del tubo digestivo, siendo una entidad poco frecuente y con alta mortalidad que requiere alta sospecha y diagnóstico precoz.

Las FAE primarias tienen una incidencia de un 0,04-0,07%, mientras que en las secundarias es de un 0,3-1,6%. El lugar anatómico más involucrado es el duodeno, son más frecuentes en hombres y la edad media de presentación es entre 64 y 70 años.

Se denominan primarias cuando se desarrollan en una aorta nativa no intervenida, fruto de cualquier proceso que provoque una inflamación crónica, siendo lo más frecuente el contexto de una enfermedad aterosclerótica con desarrollo de aneurisma; pero también se han descrito casos en relación con úlceras pépticas, neoplasias, radioterapia, infecciones o ingesta de cuerpos extraños. Las

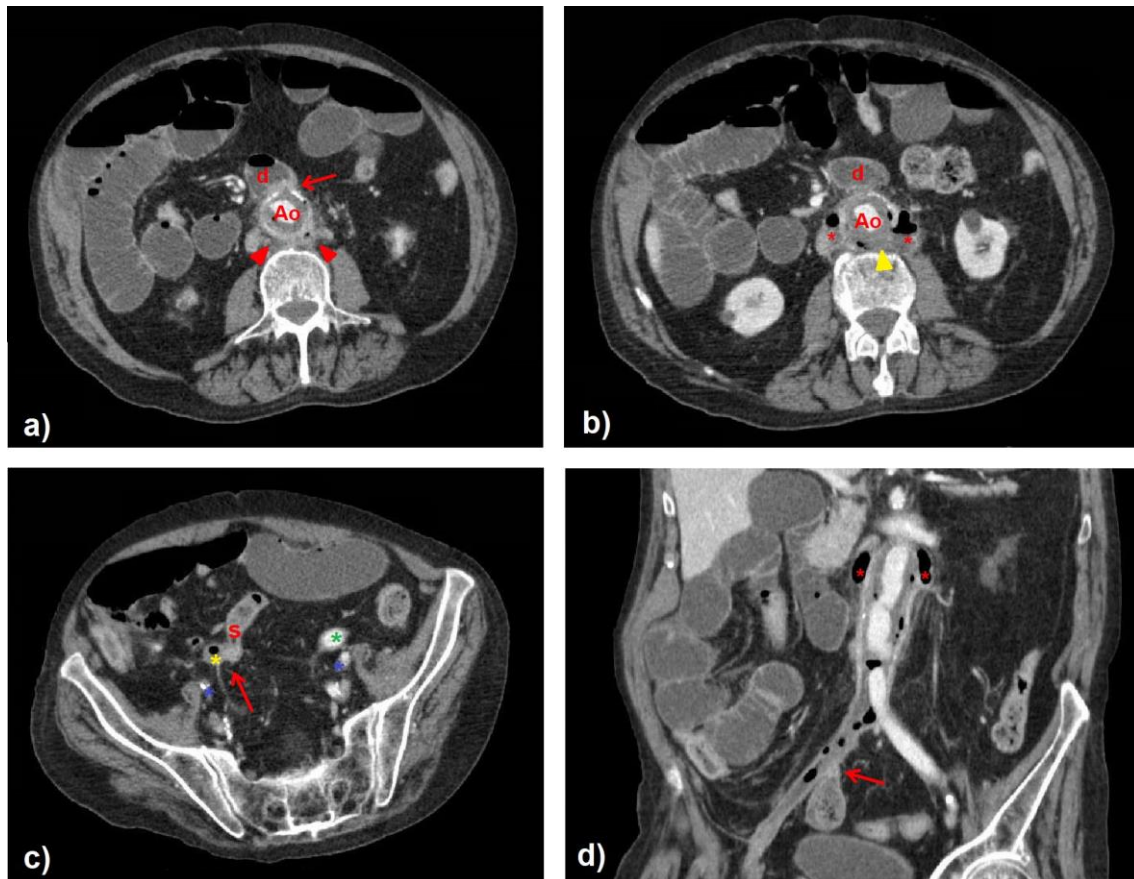
secundarias ocurren en el marco de una complicación postquirúrgica de reparación aórtica, siendo la infección del injerto, adherencias y pulsatilidad los mecanismos principales de su origen.

La presentación clínica típica consiste en la triada de sangrado gastrointestinal, dolor abdominal y masa pulsátil, solo presente en un 11-28% de los casos. Cuando hay hemorragia manifiesta, el paciente puede estar hemodinámicamente inestable, precisando intervención urgente, o estable, con sangrados centinela de días de evolución. En ocasiones no existe hemorragia manifiesta y la clínica es fiebre de origen desconocido.

El método más empleado para el diagnóstico es la TC con contraste intravenoso. El signo de certeza diagnóstica es la extravasación de contraste a la luz intestinal, siendo otros signos directos la fuga de material entérico y gas al espacio perivascular y la disrupción de la pared aórtica. Como signos indirectos podemos encontrar líquido libre y edema de partes blandas periaórticos, pérdida del plano graso de separación entre aorta y tubo digestivo, engrosamiento focal de la pared intestinal o complicaciones del aneurisma.

## **CONCLUSIÓN**

Las fístulas aorto-entéricas son una entidad rara pero con alta mortalidad. Ocurren más frecuentemente en aortas intervenidas (fístulas secundarias) que en aortas nativas (fístulas primarias) y su presentación es muy variable, desde sangrados masivos hasta una fiebre de origen desconocido, lo que dificulta la sospecha y el diagnóstico precoz, necesarios para la supervivencia del paciente. La TC es fundamental en ello, siendo la extravasación de contraste el signo clave para su diagnóstico, aunque existen otros hallazgos igualmente importantes como la pérdida del plano graso de separación, disrupción de la pared aórtica, contenido intestinal perivascular y líquido libre y edema en tejido periaórticos, entre otros.



a): Corte axial de TC de abdomen, en el cual se visualiza arteria aorta (Ao) parcialmente trombosada y con burbujas en su interior, con edema inflamatorio de la grasa perivasculosa (puntas de flecha rojas). Existe una comunicación de su porción anterior (flecha roja) con la pared posterior de tercera porción duodenal (d). Nótese también la dilatación de asas de intestino delgado, que alcanzan casi los 4 cm de calibre. b): TC de abdomen en corte axial que muestra arteria aorta (Ao rojo) parcialmente trombosada y rodeada por colecciones con contenido líquido y gas (asteriscos rojos), apreciando disrupción en su pared posterior izquierda en contacto con una de ellas (punta de flecha amarilla). c): En este corte axial de TC abdominal se muestra el bypass aorto-femoral derecho trombosado y con gas en su interior (asterisco amarillo), visualizando pérdida de plano graso con un segmento de colon sigmoide (s) señalado con la flecha roja. Para referencias anatómicas, los asteriscos azules marcan las arterias ilíacas nativas, trombosadas, y el asterisco verde el bypass aorto-femoral izquierdo el cual está permeable. d): Reconstrucción MPR de TC abdominal que muestra el eje aorto-iliaco, apreciando trombosis total del bypass aorto-femoral derecho y parcial de la aorta, con burbujas de aire en su interior. Se visualiza también la afectación inflamatoria y las colecciones aéreas paraaórticas (asteriscos rojos), así como la pérdida del plano de clivaje del bypass derecho con el sigma (flecha roja).

## BIBLIOGRAFÍA

Nagrani Chelleram S, Martínez Chamorro E, Borrueal Nacenta S. Fístula aortoentérica: Espectro de hallazgos en tomografía computarizada multidetector. Radiología. 2020;62(4):280-291. <https://doi.org/10.1016/j.rx.2020.01.010>

Quan D.M. Vu, Christine O. Menias, Sanjeev Bhalla. Aortoenteric Fistulas: CT Features and Potential Mimics. RadioGraphics. 2019; 29:197-209. <https://doi.org/10.1148/rg.291075185>

C. Quílez IVorra, B. Massa Domínguez. M. Amillo Marques. Fístulas aortoentéricas: presentación clínica y hallazgos por tomografía computarizada helicoidal. Gastroenterol Hepatol. 2005;28(7):378-81. <https://doi.org/10.1157/13077758>