

Fístula aorto-ileal primaria

Primary Aortoenteric Fistulas

Héctor Alejandro Céspedes Rodríguez^{1*} <https://orcid.org/0000-0002-3668-9888>

Alejandro Bello Carr¹ <https://orcid.org/0000-0002-1842-8254>

Raúl Fernández Pérez¹ <https://orcid.org/0000-0002-6313-1986>

¹Hospital Universitario “Manuel Ascunce Domenech”. Camagüey, Cuba.

*Autor para la correspondencia: hcespedesr03@gmail.com

RESUMEN

Introducción: Las fístulas aorto-entéricas son una causa infrecuente de hemorragia digestiva. El pronóstico, generalmente ominoso, depende de una alta sospecha clínica y diagnóstico oportuno.

Objetivo: Presentar el caso de una hemorragia digestiva por una fístula Aortoentérica diagnosticada y tratada.

Presentación del caso: Se reporta el caso de un hombre de 72 años intervenido con el diagnóstico hemorragia digestiva masiva en el preoperatorio; sin embargo, el diagnóstico de la fístula se hizo en el intraoperatorio, sin observar dilatación aneurismática, pero si una aorta ateromatosa y un proceso inflamatorio hacia la fístula. Se realizó reparación quirúrgica urgente con reparación cara anterior aorta infrarrenal cercana a la bifurcación y resección del íleo terminal con ileoascendentostomía termino-lateral.

Discusión: Las fístulas aorto-entéricas es una causa potencialmente fatal de hemorragia digestiva. El diagnóstico continúa siendo un desafío debido a su presentación inespecífica y siempre debiese ser considerado frente a una hemorragia digestiva sin causa aparente. Existen varias opciones para el enfrentamiento quirúrgico que deben ser analizadas caso a caso, sin retrasar la reparación.

Conclusiones: La fístula aorto-entérica primaria es una causa poco frecuente de hemorragia digestiva, que todo médico y cirujano debe tener en cuenta frente a un paciente con sangrado digestivo de causa no precisada.

Palabras clave: hemorragia gastrointestinal; fístula aorto-entérica primaria, fistula aorto-ileal.

ABSTRACT

Introduction: Aortoenteric fistulas are a rare cause of gastrointestinal bleeding. The generally ominous prognosis depends on high clinical suspicion and timely diagnosis.

Objective: To present a case of gastrointestinal hemorrhage for aortoenteric fistula diagnosed and treated.

Case presentation: The case is reported of a 72-year-old man who received surgery after the diagnosis of massive gastrointestinal bleeding during the preoperative period. However, the diagnosis of the fistula was made intraoperatively, without observing aneurysmal dilation, but an atheromatous aorta and an inflammatory process leading to the fistula instead. Urgent surgical repair was performed with repair of anterior infrarenal aorta near the bifurcation and resection of the terminal ileum with end-to-side ascending ileostomy.

Discussion: Aortoenteric fistulas are a potentially fatal cause for gastrointestinal bleeding. Diagnosis continues to be a challenge due to its nonspecific presentation and should always be considered for any case of unexplained gastrointestinal bleeding. There are several options for surgical management that must be analyzed case by case, without delaying repair.

Conclusions: Primary aortoenteric fistula is a rare cause for gastrointestinal bleeding, which every doctor and surgeon must take into account when dealing with a patient with digestive bleeding of an unspecified cause.

Keywords: gastrointestinal bleeding; primary aortoenteric fistula; aortoiliac fistula.

Recibido: 11/02/2020

Aceptado: 09/03/2020

Introducción

Las fístulas aortoentéricas (FAE) corresponden a una comunicación patológica entre la aorta y una porción del tubo digestivo. La mayoría de estas fístulas son secundarias y se producen por la erosión de una prótesis aórtica al lumen intestinal.^(1,2) Las FAE primarias (FAEP) son fístulas extremadamente infrecuentes, generalmente se observan en una aorta ateromatosa y aneurismática, como también en lo que se refiere a un proceso inflamatorio localizado o a una infiltración por una neoplasia maligna.^(3,4) Por razones anatómicas, es el duodeno el segmento más afectado (60 %), ya sea en su tercera o cuarta porción, el yeyuno (30 %). Menos frecuentes aún son las FAEP al esófago, al estómago o al íleo terminal.^(3,6) Es esta última la menos inusual, dentro de todas las FAEP. En cualquiera de estos casos la primera manifestación puede ser una hemorragia digestiva, alta o baja, en dependencia del nivel en que se localice la fístula.^(1,3,5,6,7) El diagnóstico descansa en un alto índice de sospecha, siendo fundamental que se haga oportunamente, puesto que sin tratamiento la mortalidad es prácticamente del 100 %.^(1,2,5) Debido a que es un caso poco frecuente y solo un pequeño número de cirujano se enfrentará a una fístula aortoentérica durante su vida quirúrgica. Lo consideramos de gran interés para la comunidad quirúrgica.

Presentación del caso

Paciente de sexo masculino, de 72 años de edad, con antecedentes de hipertensión arterial. Ingresado en nuestro servicio con el diagnóstico de hemorragia digestiva baja, por presentar enterorragia acompañada de palidez cutaneomucosa marcada, lipotimia. Al examen físico se comprueba la enterorragia, además, se evidenció una frecuencia cardíaca 110 lpm, tensión arterial 80-40 mmhg. Con hematocrito se decide su ingreso en cuidados intermedio. Se estabiliza caso y es transfundido en dos ocasiones. Se realizó ultrasonido abdominal y endoscopia digestiva superior e inferior ambos sin

alteraciones. Al segundo día realiza sangrado rojo vinoso (Hematoquecia) y luego de medidas generales estabiliza paciente. Se coordina una tomografía axial computarizada (TAC) abdominal contrastada sin informar tumoración ni malformación vascular. Solicitamos tránsito intestinal para buscar anomalía intestino delgado, y antes que ocurriera ello, el paciente presenta episodio de sangrado digestivo masivo; es anunciado de urgencia, en el transoperatorio observamos el íleo terminal lleno de sangre y parte del colon derecho, colocamos clamps proximal y distal. Nos percatamos una porción del íleo terminal estaba fijado a la aorta abdominal sin observar dilatación aneurismática. Se realizó un diagnóstico intraoperatorio de fístula aorto-entérica, con previo control vascular ejecutamos reparación de la cara anterior de la aorta infrarrenal y resección del íleo terminal con íleo ascendentostomía termino-lateral.

Discusión

El diagnóstico y tratamiento de una FAE continúa siendo un desafío y se cuenta entre aquellas condiciones que ponen en alto riesgo la vida de un paciente. Desde el primer reporte de un caso de una FAEP por *Astley P. Cooper* en 1829, la incidencia descrita de FAEP varía entre un 0,02 y un 0,07 %, elevándose hasta el 1 % en el caso de las secundarias.^(2,3) Hasta la actualidad se han reportado alrededor de 350 casos de FAEP, de las cuales 20 son del íleo terminal, y secundarias a prótesis vasculares. El enfrentamiento al diagnóstico es difícil por la baja incidencia y, por lo tanto, la poca experiencia que logra tener un médico a lo largo de su vida laboral frente a estos casos. Una comunicación holandesa revela que casi el 70 % de los cirujanos consultados nunca había visto un paciente con una FAEP.⁽⁹⁾

La sospecha se hace aún más compleja debido a la presentación inespecífica y variable de las FAEP. La clásica tríada sintomática de hemorragia digestiva (80 %), dolor abdominal (32 %) y masa abdominal pulsátil (25 %), se encuentra en no más del 11 % de los casos^{1,2,7}. Las FAEP son más difíciles de sospechar al no existir el antecedente de una cirugía aórtica previa con la consecuente presencia de una prótesis en esa localización. La hemorragia digestiva, de presentarse, puede ser

oculta, intermitente o masiva.⁽¹⁾ En la mayoría de los casos se presenta un sangrado centinela que precede a un sangrado masivo exanguinante, pudiéndose existir entre ambos un intervalo de horas a meses, pero en la mitad de los casos es de más de 24 h, de modo que puede dar tiempo para su control.⁽¹⁾ Por tanto, debiera ser considerado el diagnóstico de una FAEP frente a una hemorragia gastrointestinal sin causa aparente.^(5,7,10) La edad promedio de presentación es de 65 años, y se observa tres veces más frecuentemente en mujeres que en hombres.⁽¹¹⁾ El diagnóstico se basa en la sospecha clínica, siendo útiles en la comprobación la TAC y el ultrasonido con dúplex.^(1,2,3,8,11) La TAC tiene una sensibilidad de entre un 50 % y un 94 %, con una especificidad de entre el 85 y el 100 %¹. Los signos más habituales para hacer el diagnóstico son la desaparición de los planos periaórticos y el engrosamiento de asas intestinales adyacentes a la aorta; pero más categóricos son la presencia de fluido o gas en localización periaórtica y la extravasación de medio de contraste desde la aorta al lumen intestinal, aun cuando esto último se observe solo en el 11 % de los pacientes.^(1,2) El tratamiento habitual de una FAEP ha sido siempre quirúrgico. En la actualidad la reparación aórtica puede ser efectuada por técnica endovascular, con una menor morbilidad precoz asociada. No obstante, la sobrevida a largo plazo, es similar entre ambas técnicas, dada por sepsis persistente y recurrencia de la fístula en el grupo de manejo endovascular.^(2,3,11) En ocasiones, el manejo endovascular o los puentes extra anatómicos pueden ser alternativas antes de una reparación abierta definitiva, especialmente cuando existe inestabilidad hemodinámica grave.^(2,11) Aún reparada, la mortalidad de una FAEP bordea el 40 %, ^(3,11) siendo la principal causa la recurrencia de la fístula con infección local y sepsis persistente.⁽⁸⁾ En nuestro caso realizamos previo control vascular resección del 10 cm íleo terminal, reparación de la cara anterior de la aorta, y cierre del íleo cercano a la válvula íleo-cecal e ileoascendentostomía término-lateral.

Consideraciones finales

La fístula aorto-entérica primaria es una causa poco frecuente de hemorragia digestiva, que todo médico y cirujano debe tener en cuenta frente a un paciente

con sangrado digestivo de causa no precisada. Siendo su diagnóstico en los dos tercios de los casos durante el transoperatorio, donde la reparación aórtica y resección del segmento intestinal afecto es la forma habitual de resolución.

Referencias bibliográficas

1. Guner A, Mentese U, Kece C, Kucuktulu U. A rare and forgotten diagnosis of gastrointestinal bleeding: primary aortoduodenal fistula. *BMJ Case Rep.* 2013. DOI: <http://doi.org/10.1136/bcr-2013-008712>
2. Cios W, Prystupa A, Nocuń A, Pudło K, Soldaj-Bukszyńska K. Aortoileal fistula as a rare cause of bleeding from the gastrointestinal system. *Case Report. J Pre Clin Clin Res.* 2018;12(4):126-28.
3. Behrendt C, Wipper S, Debus S, Kodolitsch Y, Puschel K, Kammal M, et al. Primary aorto-enteric fistula as a rare case of massive gastrointestinal haemorrhage. *BMJ Case Rep.* 2018;46:425-6.
4. Bissacco D, Freni L, Attisani L, Barbetta I, Dallatana R, Settembrini P, et al. Unusual clinical presentation of primary aortoduodenal fistula. *Gastroenterol Rep (Oxf).* 2015;3(2):170-74.
5. Sumskiene J, Sveikauskaite E, Kondrackiene J, Kupcinskas L. Aortoduodenal fistula: a rare but serious complication of gastrointestinal hemorrhage. A case report. *Acta medica Lituanica.* 2016 [acceso 04/06/2018];23:165-4. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC5287988/>
6. Acosta A, Karatanasopuloz R, Haydar C, Levy G, Martín C, Paiz M, et al. Fístula aortoentérica como causa de hemorragia digestiva en tres pacientes adultos. *Med Intensiva.* 2006 [acceso 05/02/2020];30:120-2. Disponible en: http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S02105691200600030007
7. Rodrigues C, Casca R, Mendes J, Mendes PL. Enteric repair in aortoduodenal fistulas: a forgotten but often lethal player. *Ann Vasc Surg.* 2014;28:756-62.
8. Voorhoeve R, Moll F, Bast T. The primary aortoenteric fistula in The Netherlands. The unpublished cases. *Eur J Vasc Endovasc Surg.* 1996 [acceso

10/02/2020];11:429-3. Disponible en: [https://www.ejves.com/article/S1078-5884\(96\)80176-6/pdf](https://www.ejves.com/article/S1078-5884(96)80176-6/pdf)

9. Varetto G, Gibello L, Trevisan A, Castagno C, Garneri P, Rispoli P, et al.

Primary aortoenteric fistula of a saccular aneurysm: case study and literature review. Korean Circ J. 2015;45:337-3.

10. Burks J, Faries P, Gravereaux E, Hollier L, Marin M. Endovascular repair of bleeding aortoenteric fistulas: a 5-year experience. J Vasc Surg. 2001;34:1055-9.

11. Gordon A, Agarwal M. Primary aortoenteric fistula. International Journal of Surgery Case Rep. 2016;19:60-2.

Conflicto de intereses

Los autores declaran que no existe conflicto de intereses.

Contribuciones de los autores

Héctor Alejandro Céspedes Rodríguez: Búsqueda de información y conformación del documento.

Alejandro Bello Carr y Raúl Fernández Pérez: Búsqueda de la información.