

CP-30 TÍTULO: Fístula aortoentérica primaria

AUTOR/ES: María Moreno Gijón, Pablo Granero Castro, Lorena Solar García, Rubén Gonzalo González, Carmen García Bernardo, Lourdes Sanz Alvarez, Juan Jose González González

INSTITUCIÓN: Hospital Universitario Central de Asturias

OBJETIVOS

La fístula aortoentérica primaria es una rara pero catastrófica causa de hemorragia digestiva. De difícil diagnóstico, se debe sospechar ante un paciente mayor con sangrado gastrointestinal en el contexto de un aneurisma de la aorta abdominal (AAA) conocido. Presentamos el caso de un hombre de 77 años con historia de AAA y fístula aortoentérica que, tras tratamiento endovascular, se produce recidiva la fístula.

MATERIAL Y MÉTODO

Varón de 77 años con AAA de 4,2 cm de diámetro en seguimiento desde el año 2002 sin otros antecedentes de interés. En junio del 2005 acude a nuestro centro con un cuadro de hemorragia digestiva alta (HDA), hemodinámicamente estable, con una hemoglobina de 8,8 g/dl. En la gastroscopia realizada de urgencia se evidenció ulceración en la 3ª porción duodenal cubierta por un trombo y transmitiendo latido aórtico. En la Tomografía Computarizada (TC) se observó úlcera aórtica. A la semana del ingreso el enfermo presentó deposiciones melénicas con nuevo episodio de anemia y inestabilidad hemodinámica con cifras tensionales de 65/40. Dada la inestabilidad se decide intervención quirúrgica urgente, colocándose endoprótesis aorta uni-iliaca y by-pass femorofemoral derecho-izquierdo. Ante la buena evolución posterior el paciente causó alta del servicio de cirugía vascular. Las cifras de hemoglobina se normalizaron y el TC control no mostraba úlcera aórtica, evidenciando solamente mínimo aire entre la tercera porción duodenal y la zona periprotésica. En revisiones posteriores el paciente permaneció asintomático. Tres años después de este episodio el enfermo reingresa en cirugía vascular con fiebre de 3 semanas de evolución y rectorragias sin repercusión hemodinámica. En la gastroscopia se observa fístula en tercera porción duodenal cubierta por la prótesis aórtica y en el angio-TC endoprótesis aórtica que contacta con la 3ª porción duodenal compatible con úlcera penetrada.

RESULTADOS

Discutido el caso en sesión clínica conjunta de los servicios de Cirugía Vascular y Cirugía General se decide intervención quirúrgica programada. Se realizó resección de 3ª porción duodenal que incluye fístula y anastomosis duodeno-yeyunal. Tras un posoperatorio tórpido que requirió reintervención quirúrgica por un hematoma organizado que condicionaba obstrucción, el paciente causó alta en nuestro servicio. En revisiones posteriores el paciente se encuentra asintomático, manteniendo tratamiento supresor crónico con cotrimoxazol.

CONCLUSIONES

El diagnóstico y tratamiento de los pacientes con fístula aortoentérica es especialmente difícil dada su rareza. De ahí su alta mortalidad, que se estima en torno al 100% en pacientes sin un diagnóstico prequirúrgico correcto y en ausencia de intervención. La clásica triada de dolor abdominal, masa palpable pulsátil y hemorragia digestiva aparece en menos del 15% de los casos. El pronóstico de estos enfermos va a depender del estado general del paciente, la rapidez en el diagnóstico, la región de la aorta implicada en la fístula y el grado de contaminación. El tratamiento consiste en sutura o resección intestinal con anastomosis y drenaje de la infección.