



CASO -2016: Fístula aortoentérica



Hospital San Juan de Dios, San José, Costa Rica. Fundado en 1845

ISSN
2215-2741

Recibido: 14/08/2014
Aceptado: 14/04/2016

Silvia Navarro Moya¹
José Miguel Ramírez Valverde²

¹ Médico General, realizado en Hospital Max Peralta Jiménez, dranavarromoya@gmail.com

² Médico Especialista en Cirugía General y Cirugía Oncológica, Servicio de Cirugía, Hospital Max Peralta Jiménez.

RESUMEN

Paciente masculino de 75 años, con historia de uso de Ibuprofeno hace tres años, consulta por cuadro de hematemesis y melena, durante su valoración se palpa masa pulsátil a nivel de hipocostado izquierdo, se realiza ultrasonido el cual documenta dilatación de aneurisma de aorta abdominal, valorado por el servicio de vascular periférico con sospecha diagnóstica de fístula aortoentérica, es llevado a sala de operaciones se realiza sustitución aorto-bi-ilíaca, fistulectomía aortoentérica con complicación de desgarro aórtico. Ingres a la unidad de terapia intensiva para monitoreo, soporte ventilatorio y hemodinámico. Se lleva nuevamente a sala de operaciones y se realiza anastomosis duodenoyeyunal L-L, reintervenido para fijación de duodeno y finalmente se cierra por planos la cavidad abdominal. Presenta nuevo cuadro de deposiciones sanguinolentas, gastroscopía documenta restos

hemáticos, no se identifica sitio de sangrado, paciente hemodinámicamente inestable, fallece.

PALABRAS CLAVE

Fístula aortoentérica. Desgarro aórtico. Anastomosis

ABSTRACT

Male patient, 75 years old, with a history of use of ibuprofen three years ago, who consulted because of presence of hematemesis and melena, during its assessment a pulsatile mass is found, palpable at the left upper quadrant, an ultrasound is performed which documents dilated aneurysm of the abdominal aorta. The patient is examined by peripheral vascular service, and



adiagnosis of aortoenteric fistula is suspected. The patient is brought to the operating room for aorto-bi-iliac substitution, aortoenteric fistulectomy with aortic tear as complication. The patient enters the intensive care unit for monitoring, ventilatory and hemodynamic support. He returns to the operating room and a duodenojejunal L – L anastomosis is performed, later on intervened afterwards for duodenum fixation and finally the abdominal cavity is closed by layers . The patient resents again bloody stools, gastroscopy documented no bleeding site. However, the patient is hemodynamically unstable, and passes by the day after.

KEY WORDS

Aortoenteric fistula. Aortic tear. Anastomosis

INTRODUCCIÓN

La fistula aortoentérica (FAE), definida como la comunicación entre la aorta y un asa intestinal, posee elevada mortalidad, con una tasa de mortalidad que oscila entre el 30% y 85%.¹ Se llaman fistulas aortoentéricas primarias aquellas que son consecuencia de patologías aórticas como aneurismas (90% de los casos) o procesos patológicos de vecindad que incluyan al tubo digestivo. Las fistulas aortoentéricas secundarias son aquellas en las que encontramos factores predisponentes, tales como la colocación de prótesis vasculares, en su gran mayoría, y raramente cuerpos extraños como agujas, espinas de pescados, trauma, etc.² Los estudios de autopsias han mostrado que alrededor del 3,5% de los episodios de hemorragias gastrointestinales altas masivas son debido a FAE primarias¹.

CASO CLÍNICO

Paciente masculino de 75 años de edad, vecino de Paraíso, Cartago, Agricultor, hipertenso en tratamiento, con historia de dolor generalizado de 3 años de evolución en tratamiento diario con Ibuprofeno. Ingresa al servicio de emergencias del Hospital Max Peralta por cuadro de un día de

evolución de hematemesis y melena. Al examen físico de su ingreso: PA 80/50 mmHg FC: 61 latidos por minuto, cardiopulmonar estable, abdomen blando depresible doloroso a nivel de marco colónico, masa a nivel de hipocondrio izquierdo, tacto rectal melena positivo. Se realizan laboratorios de ingreso donde se documenta hemoglobina 7.2, hematocrito 21.2, leucocitos 5310, Plaquetas 136000, Grupo y Rh B+, se realiza transfusión 2 U de glóbulos rojos empacados (GRE). Se solicita valoración por el servicio de cirugía general, documentan al examen físico PA 90/60 mmHg, FC 75 latidos por minuto, abdomen blando , depresible con masa pulsátil en flanco izquierdo, sin datos de peritonismo, tacto rectal rectorragia positiva, lavado gástrico inactivo, se le indica transfundir 2 unidades plasma fresco congelado (PFC) . Ultrasonido de abdomen documenta aorta abdominal con dilatación que se extiende por 17 cm, con diámetro AP de 70 mm, colelitiasis y cambios en relación a nefropatía crónica. Endoscopia digestiva documenta gastritis antral eritematosa leve . Caso comentado al servicio de vascular periférico, que indica preparar paciente para sala de operaciones (SOP), se transfunde 400 cc PFC STAT y se debe transfundir 400 cc PFC al ingreso a SOP y 10 U crioprecipitados. Valoración pre-quirúrgica por servicio de anestesia, se inicia transfusión masiva. Paciente es llevado a SOP con diagnóstico de aneurisma abdominal, fistula aortoentérica, se realiza resección de fistula aortoentérica y sustitución aorto bi-iliaca, se encuentra aneurisma inframural de aproximadamente 7 cm con adherencia íntima a la cuarta porción de duodeno, fistula aortoduodenal de 4cm con desgarramiento aórtico, se deja abdomen abierto y el paciente es trasladado a la UCI, donde se inicia cobertura antibiótica, sedación y transfusión masiva. En posoperatorio 1 (PO) presenta sangrado activo, se transfunde y se documenta ACFA de ARV. Valorado por el servicio de cirugía general en PO 2, que indica SOP para cierre y lavado. PO 3 se lleva el paciente a SOP con diagnóstico de fistula aortoduodenal con abdomen abierto, y se realiza duodeno yeyuno anastomosis L-L mecánica



nica, sin complicaciones. EN PO 5 es llevado de nuevo a SOP con diagnóstico de abdomen abierto, bolsa de bogotá, duodeno yeyuno anastomosis L-L mecánica, se realiza lavado de cavidad, fijación de yeyuno y se coloca bolsa de bogotá, sin complicaciones.

PO 7 es llevado a SOP, se realiza cierre por planos, como complicaciones desarrolla fístula quillosa de alto gasto, el paciente es extubado, se suspende Gentamicina y se inicia cobertura anti-biótica con Cefotaxime. PO 8 se recibe reporte de líquido peritoneal con TG 1970 mg/dl. PO 9 se inicia tratamiento con Clexane. PO 11 inicia dieta líquida, presenta cianosis y es valorado por el servicio de vascular periférico, que indica que no es causa quirúrgica. Posteriormente es valorado por medicina interna, y se descarta cuadro embolígeno y vasoespasmos por medicamentos, se indica ecocardiograma. PO 14 presenta episodio de deposiciones líquidas fétidas, se descarta Clostridium. Reporte de ecocardiograma: disfunción sistólica moderada, FE 43%, imagen sugestiva de trombo en aurícula derecha, se indica repetir ECO y valorar necesidad ETE. PO 20 presenta deposiciones sanguinolentas, abundantes, se realiza transfusión, se indica gastroscopia que documenta restos hemáticos, no se identifica sitio de sangrado, paciente hemodinámicamente inestable, se ingresa a UTI con diagnóstico de shock hipovolémico, se coloca TET, radiografía de tórax documenta neumonía extensa a nivel de pulmón derecho. PO 21 paciente fallece a causa de choque séptico.

DISCUSIÓN Y ANÁLISIS DEL CASO

Tanto en las FAE primarias como en las secundarias, la localización del trayecto fistuloso puede establecerse con cualquier porción del tubo digestivo, siendo más frecuente en el duodeno en alrededor del 80% de los casos (el 60% incluyen a la tercera porción, del 5% al 8% a la cuarta, el 3% a la segunda y el 1% a la primera). La localización menos común es la colónica.³ El yeyuno y el íleon están comprometidos en cerca del 4% de los casos.⁷

La clásica tríada clínica de presentación de la FAE primaria, con dolor abdominal e irradiación lumbar, asociado a masa pulsátil abdominal y hemorragia intestinal más o menos grave que

cesa espontáneamente, es poco frecuente. En la mayoría de los casos se suele acompañar de manifestaciones de sepsis las cuales se muestran como fiebre, pérdida de peso, ataque al estado general y leucocitosis.⁹

Los mecanismos responsables de la formación de una FAE son varios, pero el más apoyado por las investigaciones es la constante presión/pulsación de la pared aneurismática la cual erosiona la pared intestinal provocando la comunicación entre ambos órganos.⁴ Hay otras causas que favorecen la formación de un trayecto fistuloso como el adenocarcinoma de páncreas, litiasis vesicular, diverticulitis, apendicitis, cuerpos extraños, aortitis sifilítica, tuberculosis, salmonellosis, infecciones bacterianas mixtas y fúngicas, aneurisma aórtico postraumático, radiación, etc. Pero la causa patogénica presente en por lo menos dos tercios de los casos es la arteroesclerosis.⁵

El diagnóstico de FAE debe ser considerado en todo sangrado digestivo. Se cuenta con varios métodos diagnósticos como la fibroendoscopia digestiva alta que tiene una especificidad del 25% al 50%.^{3,8} La dificultad de encontrar el sitio exacto de sangrado por vía endoscópica se debe a varias razones como, el gran volumen de sangre dentro del tracto gastrointestinal, el endoscopio no alcanza zonas muy distales y se debe recordar que la mayoría comprometen la tercera porción del duodeno y el hallazgo de otras lesiones sangrantes.⁶ Se han utilizado otros métodos diagnósticos como la tomografía axial computarizada, resonancia magnética, estudios radioisotópicos y ecografía, pero ninguno ha mostrado ser más eficaz que la endoscopia y sólo son útiles si el sangrado no es masivo.¹⁰

La mortalidad de estos pacientes es muy alta, se concluye que sólo dos tercios mueren durante la cirugía o dentro de los 30 días del postoperatorio, sin cirugía la mortalidad es prácticamente del 100%.

CONCLUSIONES

El propósito de este reporte consistió en revisar la literatura de esta patología, destacando la muy baja incidencia de esta como causa de hemorra-



gia digestiva, su elevada mortalidad y la necesidad de una alta sospecha clínica para el diagnóstico.

BIBLIOGRAFÍA

1. Brock RC. *Aortic homografting: a report of six successful cases*. Guys Hosp Rep. 1953;1:204-228.
2. Acosta A Karatanasopuloz R C. Haydar Levy G Martín C Paiz M, *Fístula aortoentérica como causa de hemorragia digestiva en tres pacientes adultos*. Med.Intensiva v.30 n.3 Barcelona abr. 2 006
3. Champion MC Sullivan SN Coles JC. *Aortoenteric fistula. Incidence, presentation, recognition and management*. Ann Surg. 1982;195:314-317.
4. O'Mara CS, Williams MG, Emst CB. *Secondary aortoentérica fistula. A 20 year experience*. Am J Surg. 1981;142:203-209.
5. Brock RC. *Aortic homografting: a report of six successful cases*. Guys Hosp Rep. 1953;1:204-228.
6. Lau WY. *Intraoperative enteroscopy: indications and limitations*. Gastrointest Endosc. 1990;36:268-271.
7. Sevastos N Rafailidis P Kolokotronis K Papadimitriou K Papatheodoridis GV. *Primary aortojejunal fistula due to foreignbody: a rare cause of gastrointestinal bleeding*. Eur J Gastroenterol Hepatol. 2002;14:797-800
8. Bunt TJ. *Synthetic vascular grafo infection. Secondary grafo enteric erosions and grafo enteric fistulas*. Surgery 94: 1, 1983.
9. Pipinos II Carr JA Haithcock BE Anagnostopoulos PV Dossa CD Reddy DJ. *Secondary aorto-enteric fistula*. Ann Vasc Surg 2000;14:688-696.
10. Ress AM Benacci JC Sarr MG. *Efficacy of intraoperative enteroscopy in diagnosis and prevention of recurrent, occult gastrointestinal bleeding*. Am J Surg. 1992;163:94-98.

CONFLICTO DE INTERÉS Y/O AGRADECIMIENTOS

Los autores declaran que no existió ningún conflicto de interés en el presente reporte.