

FISTULA AORTOENTERICA PRIMARIA

EDUARDO ARGANIN¹, ALEJANDRA DA SILVA MINAS¹, MANUEL KLEIN¹, JOSE MARTINO², SILVIO PAYASLIAN¹, RICARDO REY², NESTOR RODRIGUEZ VIDAL³

¹ Servicio de Clínica Médica, ² Unidad de Terapia Intensiva, ³ Servicio de Cirugía Vascular, Clínica Modelo, Lanús, Provincia de Buenos Aires

Resumen Las fistulas aortoentéricas son una causa infrecuente de hemorragia digestiva. Presentamos un paciente de 56 años de edad con una fistula aortoduodenal primaria que consultó por melena y masa pulsátil abdominal. Fue sometido a tres endoscopias digestivas, sin poder arribarse al diagnóstico. Una tomografía axial computada (TAC) y una arteriografía evidenciaron un aneurisma de aorta abdominal. En una laparotomía exploradora se identificó una fistula entre el aneurisma y la cuarta porción del duodeno. Se efectuó un bypass aorto-aórtico y una reparación quirúrgica del duodeno. El paciente fue dado de alta al sexto día postoperatorio.

Abstract *Primary aortoenteric fistula.* Aortoenteric fistulas are a very unlikely cause of digestive bleeding. We present the case of a fifty six year old patient with a primary aortoduodenal fistula who consulted because of melena and a pulsating abdominal mass. He underwent three digestive endoscopies without arriving at any diagnosis. A computed axial tomography and an angiography showed an aneurism of the abdominal aorta. With an exploring laparotomy a fistula was identified between the aneurism and the fourth portion of the duodenum. An aorto-aortic bypass was carried out followed by a surgical fix of the duodenum. The patient was released six days after the operation.

Key words: aorto-intestinal fistula, gastrointestinal bleeding

Las fistulas aortoentéricas son una entidad infrecuente. Pueden ser primarias o secundarias a la reparación protésica de la aorta. Las primeras son extremadamente raras, y debido a la baja sospecha clínica conllevan una demora en el tratamiento con una alta mortalidad^{1,2}. Presentamos un paciente con una fistula aortoduodenal primaria que se presentó como una hemorragia digestiva alta con sangrado intermitente. Se realizó la reparación quirúrgica de la misma con resultados satisfactorios.

Caso clínico

Paciente de cincuenta y seis años de edad con antecedentes de diabetes mellitus tipo II, psicosis crónica, hipertensión arterial, alcoholismo, tabaquismo, y cirugía de colon por tumor de ciego varios años antes. Consultó por melena de 24 horas de evolución. Al ingreso se encontraba hemodinámicamente estable, constatándose una masa pulsátil dolorosa periumbilical. Los datos de laboratorio de ingreso fueron normales con excepción del hematocrito que era de 21%. Tres endoscopias digestivas altas realizadas durante la internación mostraron sangre fresca en estómago y duodeno con gran cantidad de coágulos sin poder determinar el sitio de sangrado. Se realizó una TAC que mostró un aneurisma de aorta abdominal, con contenido trombótico, que se extendía desde la arteria renal izquierda sin comprometerla hasta la bifurcación iliaca, de aproximadamente 10 cm de diámetro mayor y 7.6 cm del menor, visualizándose además un asa de intestino delgado en íntimo contacto con el aneurisma. El paciente evolucionó con inestabilidad hemodinámica requiriendo sucesivas expansiones con cristaloides y transfusiones de glóbulos rojos (total: 8 unidades de glóbulos rojos) durante los tres primeros días de internación. Al quinto día se evidenció nuevamente melena y débito hemático por la sonda nasogástrica. Se realizó una arteriografía, la que confirmó la presencia de un aneurisma fusiforme de aorta abdominal infrarrenal sin evidenciar extravasación de sangre ni trayectos fistulosos. Se realizó una laparotomía exploradora en la que se constató el aneurisma de la aorta con un hematoma perianeurismático; se realizó una antro-píloro-duodenostomía observándose sangre fresca en el interior del duodeno; se clameó la aorta infrarrenal y se abrió el aneurisma observándose en su interior un orificio fistuloso en conexión con la cuarta porción del duodeno. Se realizó un by pass aorto-aórtico con prótesis de dacron y el cierre simple de la fistula duodenal. La evolución postoperatoria fue satisfactoria, por lo que se le otorgó el alta sanatorial seis días después. Mediante una comunicación telefónica a los 30 días del alta se confirmó que el paciente no había presentado complicaciones y se encontraba asintomático.

gulos sin poder determinar el sitio de sangrado. Se realizó una TAC que mostró un aneurisma de aorta abdominal, con contenido trombótico, que se extendía desde la arteria renal izquierda sin comprometerla hasta la bifurcación iliaca, de aproximadamente 10 cm de diámetro mayor y 7.6 cm del menor, visualizándose además un asa de intestino delgado en íntimo contacto con el aneurisma. El paciente evolucionó con inestabilidad hemodinámica requiriendo sucesivas expansiones con cristaloides y transfusiones de glóbulos rojos (total: 8 unidades de glóbulos rojos) durante los tres primeros días de internación. Al quinto día se evidenció nuevamente melena y débito hemático por la sonda nasogástrica. Se realizó una arteriografía, la que confirmó la presencia de un aneurisma fusiforme de aorta abdominal infrarrenal sin evidenciar extravasación de sangre ni trayectos fistulosos. Se realizó una laparotomía exploradora en la que se constató el aneurisma de la aorta con un hematoma perianeurismático; se realizó una antro-píloro-duodenostomía observándose sangre fresca en el interior del duodeno; se clameó la aorta infrarrenal y se abrió el aneurisma observándose en su interior un orificio fistuloso en conexión con la cuarta porción del duodeno. Se realizó un by pass aorto-aórtico con prótesis de dacron y el cierre simple de la fistula duodenal. La evolución postoperatoria fue satisfactoria, por lo que se le otorgó el alta sanatorial seis días después. Mediante una comunicación telefónica a los 30 días del alta se confirmó que el paciente no había presentado complicaciones y se encontraba asintomático.

Recibido: 23-III-2000

Aceptado: 3-VII-2000

Dirección postal: Dr. Silvio Payaslián, Castillo 61, 1414 Buenos Aires, Argentina
Fax: (54-11) 4241-8973

e-mail: sjpayas@intramed.net.ar

Discusión

Las fistulas aortoentéricas son una causa poco frecuente de hemorragia digestiva. La variante primaria, extre-

madamente rara, se debe a la ruptura de un aneurisma aórtico hacia el intestino, habitualmente en la tercera o cuarta porción del duodeno³. Las fístulas secundarias ocurren como una complicación de la reparación protésica de la aorta, con lapsos que oscilan entre los 2 días y los 14 años postoperatorios⁴. En ambos casos, los motivos de consulta habituales son melena, hematemesis, hematoquezia y masa abdominal pulsátil⁵. Dentro de los métodos complementarios de diagnóstico la endoscopia presenta un bajo rédito aunque se han descrito los siguientes hallazgos característicos en la fístula secundaria: la visualización de la prótesis a través de la pared del duodeno, lo que hace diagnóstico definitivo, o bien la presencia de un coágulo adherido a la pared medial o posterior del duodeno, una masa pulsátil extraluminal o una hemorragia activa dentro del duodeno distal que son altamente sugestivos de esta patología⁴. La TAC permite visualizar el aneurisma, y eventualmente la presencia de sangre extravasada hacia el retroperitoneo. La arteriografía es el estudio con mayor sensibilidad para demostrar la existencia de la fístula, aunque su ausencia no la descarta.

En este caso el paciente se presentó con una hemorragia digestiva alta en donde tres endoscopias digestivas no llegaron a un diagnóstico preciso del sitio de sangrado. La TAC y la arteriografía mostraron la presencia del aneurisma pero sin determinar la existencia de la fístula. Así, la sospecha de una fístula aortoentérica por parte del equipo médico tratante indujo a la realización de la laparotomía exploradora mediante la cual se realizó el diagnóstico y la reparación de la misma.

Las fístulas aortoentéricas no tratadas conllevan una mortalidad del 100%⁴, por lo que la realización de un diagnóstico precoz incide fuertemente en el pronóstico⁶. Nuestro caso presentó una característica infrecuente: el sangrado digestivo ocurrió en forma intermitente, ya que los episodios de hemorragia que se evidenciaban por un alto débito hemático por la sonda nasogástrica, abundante melena y descompensación hemodinámica alternaban con períodos de estabilidad y ausencia de manifestaciones de sangrado (de hasta 24 horas). Esto permitió que transcurrieran cinco días entre el ingreso del paciente y la cirugía.

Concluimos que la fístula aortoduodenal primaria es una entidad infrecuente y habitualmente fatal, en donde una evolución favorable depende de una alta sospecha clínica que permita realizar un diagnóstico y tratamiento precoz.

Bibliografía

1. Bacourt F, Lauru Y. Gastrointestinal haemorrhage due to aorto-intestinal fistula. 3 cases. *Nouv Presse Med* 1979; 8: 2329-33.
2. Sailen P, Mosimann F, Friedlender J. Aorto-enteric fistulas. Report of 12 cases. *J Chir (Paris)* 1991; 128: 290-3.
3. Yagi N, Akiyama H, Igaki N, et al. Two cases of aorto-gastrointestinal fistula. *Intern Med* 1999; 38: 570-4.
4. Brand EJ, Sivak MV Jr, Sullivan BH Jr. Aortoduodenal fistula: endoscopic diagnosis. *Dig Dis Sci* 1979; 24: 940-4.
5. Bacourt F. Aorto-enteric fistulas. *Presse Med* 1984; 13: 1447-51.
6. Ikeda K, Abe T, Itou M, et al. Successful surgical treatment of primary aorto-duodenal fistula associated with inflammatory abdominal aortic aneurysm: A case report. *Ann Thorac Cardiovasc Surg* 1999; 5: 194-7.

- - -

...No matter where you land, you have to do something well, and that will never be easy. Each of us must somehow put our scientific dreams in line with the balance sheet of our limitations and capabilities, because if we do, we may perpetuate the excitement of our youths and still be able to anticipate each new day as a unique opportunity to follow our heart's desire.

...Sea donde sea que aterrice, tiene que hacer algo bien hecho, y eso nunca será fácil. Cada uno de nosotros debe de alguna manera poner sus sueños científicos en línea con sus limitaciones y posibilidades, porque si así lo hacemos puede que perpetuemos el entusiasmo de nuestra juventud y que todavía podamos anticipar cada nuevo día como una única oportunidad para proseguir con los deseos de nuestro corazón.

James D. Watson (1928-)

A Passion for DNA. Genes, Genomes, and Society. Cold Spring Harbor NY: Cold Spring Harbor Laboratory Press, 2000, p 103