

IMAGEN CLÍNICA EN GASTROENTEROLOGÍA

Fístula aortoentérica: un hallazgo endoscópico preocupante

Aortoenteric fistula: A worrisome endoscopic finding

H. Fang^{a,*}, A. Rubio-Tapia^b y N. Coelho-Prabhu^b

^a Departamento de Medicina Interna, Mayo Clinic, Rochester, Minnesota, EE. UU.

^b División de Gastroenterología y Hepatología, Mayo Clinic, Rochester, Minnesota, EE. UU.

Las fístulas aortoentéricas secundarias son una condición poco común y potencialmente fatal que se desarrollan en el contexto de una condición predisponente, como puede ser un injerto en aorta previo. Las fístulas aortoduodenales son el sitio más común, representando del 65.4 al 77.5% de los casos¹. Las imágenes con TC helicoidal son altamente sensibles para detectar anomalías consistentes con las fístulas aortoduodenales; un estudio previo reporta una sensibilidad del 93%². La endoscopia puede auxiliar a confirmar el diagnóstico, pero tiene menor sensibilidad (del 20 al 25%)^{3,4}, por lo que se debería realizar endoscopia superior una vez que la presencia de fístula aortoentérica se sospeche por los hallazgos en la TC.

Un varón de 78 años, con antecedente de injerto aorto-femoral bilateral realizado 6 años antes, llegó a la sala de emergencias con fiebre, escalofríos, dolor abdominal y hematoquecia de aparición repentina. La TC abdominal reveló estriación de tejidos blandos y líquido alrededor del injerto aórtico proximal, en estrecha relación y posible adhesión al intestino delgado adyacente (fig. 1).

Se realizó una endoscopia esofagogastroduodenal de urgencia y se observó un cuerpo extraño de gran tamaño en la tercera parte del duodeno, con confirmación endoscópica de una fístula aortoentérica (fig. 2).

* Autor para correspondencia. Department of Internal Medicine, 200 First Street SW, Rochester, Minnesota 55905.

Correo electrónico: fang.hongfei@mayo.edu (H. Fang).

<https://doi.org/10.1016/j.rgmx.2017.08.008>

0375-0906/© 2018 Asociación Mexicana de Gastroenterología. Publicado por Masson Doyma México S.A. Este es un artículo Open Access bajo la licencia CC BY-NC-ND (<http://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/4.0/>).

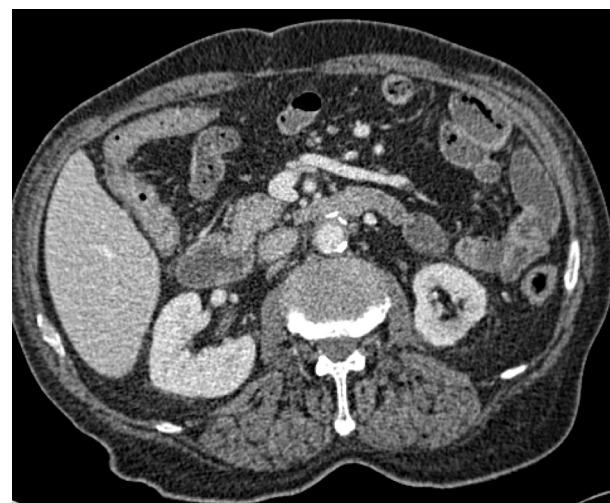


Figura 1 La TC abdominal reveló el injerto aórtico proximal en estrecha relación con la pared del intestino delgado.

A continuación se realizó retiro del injerto infectado, y reemplazo con un injerto criopreservado y cierre primario de la duodenostomía.

El sangrado gastrointestinal intermitente (GI) es el síntoma precedente más común en las fístulas aortoentéricas, pero el 45% de los pacientes con sangrado se presentan con sangrado GI abundante³.



Figura 2 La endoscopia esofagogastroduodenal confirmó la fístula aortoentérica.

En consecuencia, se debe sospechar de fístula aortoentérica en todos los pacientes que presentan sangrado GI bajo y una historia de reparación aórtica.

Financiación

Este trabajo no recibió ninguna forma de financiación.

Autorías

Hongfei Fang realizó la revisión bibliográfica y redactó el texto.

Alberto Rubio Tapia revisó tanto las imágenes radiológicas como el texto.

Nayantara Coelho Prabhu supervisó la preparación del texto y es el autor responsable.

Responsabilidades éticas

Protección de personas y animales. Los autores declaran que los procedimientos seguidos se conformaron a las normas éticas del comité de experimentación humana responsable y de acuerdo con la Asociación Médica Mundial y la Declaración de Helsinki.

Confidencialidad de los datos. Los autores declaran que en este artículo no aparecen datos de pacientes.

Derecho a la privacidad y consentimiento informado. Los autores declaran que en este artículo no aparecen datos de pacientes.

Conflicto de intereses

Todos los autores declaran no tener ningún conflicto de intereses.

Referencias

1. Kakkos SK, Bicknell CD, Tsolakis IA, et al. Editor's Choice - Management of Secondary Aorto-enteric and Other Abdominal Arterio-enteric Fistulas: A Review and Pooled Data Analysis. *Eur J Vasc Endovasc Surg.* 2016;52:770–86.
2. Armstrong PA, Back MR, Wilson JS, et al. Improved outcomes in the recent management of secondary aortoenteric fistula. *J Vasc Surg.* 2005;42:660–6.
3. Deijen CL, Smulders YM, Coveliers HM, et al. The Importance of Early Diagnosis and Treatment of Patients with Aortoenteric Fistulas Presenting with Herald Bleeds. *Ann Vasc Surg.* 2016;36:28–34.
4. Hughes FM, Kavanagh D, Barry M, et al. Aortoenteric fistula: A diagnostic dilemma. *Abdom Imaging.* 2007;32:398–402.