



287/2 - HEMORRAGIA DIGESTIVA DE ORIGEN OSCURO

I. García Terán^a, E. López Fernández^b, F. González García^c, P. Fernández Pérez^d, B. Haro Martínez^e y A. Campos González^f

^aMédico Residente de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Saja. Cabezón de la sal. Cantabria.

^bEspecialista Aparato Digestivo. Hospital Sierrallana. Torrelavega. Cantabria. ^cMédico Residente de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Dobra. Torrelavega. Cantabria. ^dMédico Residente de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Zapatón. Torrelavega. Cantabria. ^eMédico Residente de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Zapatón. Torrelavega. Cantabria. ^fMédico Residente de 6º año de Medicina Familiar y Comunitaria. Facultad de Medicina de Santander. Cantabria.

Resumen

Descripción del caso: Mujer de 74 años, con HTA y CIA ostium secundum intervenida hace más de 20 años, que acude a su médico de Atención Primaria por rectorragia intermitente de dos días de duración, sin otra clínica asociada, por lo que su médico decide valoración por Servicio de Urgencias, donde se objetivan restos hemáticos en tacto rectal y anemia, se transfunden concentrados de hematíes y es ingresada para estudio. A las 48 horas, tras estudios endoscópicos con único hallazgo de diverticulosis sin sangrado activo y recuperación analítica, se decide alta hospitalaria con cita ambulatoria para valoración de cápsula endoscópica. Cinco días más tarde consulta de nuevo a su médico de Atención Primaria por cuadro presincoanal, vómitos en posos de café y rectorragia asociada, sin fiebre ni dolor abdominal, por lo que es derivada por segunda vez a Urgencias, ingresando de nuevo en el Servicio de Aparato Digestivo. Tras ingresar el sangrado se autolimita inicialmente, y se realiza nueva Colonoscopia, sin puntos de sangrado activos. Pero a las 48 horas aparece rectorragia profusa con inestabilidad hemodinámica e importante anemia, por lo que se transfunden concentrados de hematíes y se decide realizar angio-TC con carácter urgente, que demuestra la presencia de una fístula aortoentérica en aorta abdominal distal. La paciente es derivada a Cirugía Cardiovascular para ser intervenida quirúrgicamente, siéndole realizado un by-pass axilo bifemoral y desecada la aorta abdominal distal.

Exploración y pruebas complementarias: Al ingreso: TA: 160/65, FC: 88, afebril y eupneica, SpO₂: 97%. La paciente presenta palidez mucocutánea, temblor, sudoración profusa y regular estado general. Analítica al ingreso: Hb: 9,50. Analítica pre-angioTC: Hb: 5,90. Gastroscopia: duodenitis leve inespecífica. Colonoscopia: divertículos y restos hemáticos sin puntos de sangrado visibles. AngioTC: imágenes compatibles con fístula aortoentérica proximal a bifurcación iliaca hacia asas de yeyuno distal.

Juicio clínico: Hemorragia gastrointestinal secundaria a fístula aortoentérica.

Diagnóstico diferencial: EII. Colitis isquémica. Hemorragia digestiva 2ª a diverticulosis colónica. Hemorragia digestiva 2ª a duodenitis/ulcus.

Comentario final: Se trata, por lo tanto, de una paciente con sangrado digestivo a priori de origen oscuro que consulta con su médico de Atención Primaria en dos ocasiones, siéndole diagnosticada finalmente una fístula aortoentérica, cuadro muy infrecuente (más aún a nivel yeyunal y de etiología primaria), dado que constituyen menos del 1% de las causas de hemorragia digestiva, pero de mortalidad potencialmente elevada (hasta 2/3 de los casos según las series).

Bibliografía

1. Rossi UG, Carriati M. Aortoenteric fistula.
2. Costea R, Zarnescu EC, Zarnescu NO, et al. Primary Aortoenteric Fistula: Case Report.
3. Ho S, Liu B, Loya R, et al. Primary Aortoenteric Fistula: A Rare Case of a Massive Gastrointestinal Bleed.