



Cirugía Española

www.elsevier.es/cirugia



P-004 - FISTULA AORTODUONEAL PRIMARIA EN EL DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL DE HEMORRAGIA DIGESTIVA

Abad Martínez, María; Valero Liñán, Antonio Serafín; Rueda Martínez, Juan Luis; Moreno Flores, Beatriz; Bueno Blesa, Gemma; González Masiá, Jose Antonio; Conde Inarejos, Belén; Usero Rebollo, Servando

Hospital General Universitario de Albacete, Albacete.

Resumen

Objetivos: En la mayoría de casos, la aparición de una hemorragia digestiva alta grave es consecuencia de una enfermedad ulcerosa péptica, de varices esofágicas o de lesiones agudas de la mucosa gástrica. La formación de un trayecto fistuloso entre la luz de la aorta y el tracto digestivo es una causa poco frecuente y de mal pronóstico, de sangrado intestinal.

Métodos: Varón de 66 años HTA, DLP que tras un URO TAC solicitado un mes antes durante un estudio de insuficiencia renal se diagnostica de probable paraganglioma, que ingresa en el Servicio de Digestivo por cuadro de hematoquecia y astenia de 24 horas de evolución por lo que se etiqueta de hemorragia digestiva baja a estudio. A las pocas horas del ingreso presenta hematemesis, hematoquecia e inestabilidad hemodinámica por lo que es trasladado a UCI para estabilizar al paciente donde se realiza gastroscopia que muestra coágulos y erosiones mucosas sin objetivar sangrado activo. Se produce deterioro hemodinámico pese a medidas de soporte por lo que se avisa al servicio de Cirugía General indicándose cirugía urgente.

Resultados: La laparotomía revela contenido hemático en asas intestinales y estómago vacío por lo que se realiza gastroscopia intraoperatoria sin objetivarse sangrado activo gástrico ni en las porciones duodenales visibles. Se identifica masa preaórtica adyacente a duodeno. Tras abordaje de la misma presenta sangrado cataclísmico y PCR que precisa masaje cardiaco, politransfusión, fármacos vasoactivos y clampaje de aortico. Tras estabilizar al paciente se objetiva solución de continuidad entre la tercera porción duodenal y la cara anterior de la aorta. Se sutura el orificio duodenal y se avisa al Servicio de Cirugía Vasculuar que realiza bypass axilobifemoral y sutura aortica. En el cultivo de la biopsia aortica crecieron *Klebsiella pneumoniae*, *Enterococcus faecium* y *Actinomyces* y se efectuó tratamiento antibiótico según antibiograma. La evolución del paciente fue satisfactoria siendo dado de alta un mes más tarde. Las fístulas aortoentéricas pueden clasificarse en primarias y secundarias. En las primarias, la fístula se desarrolla sin cirugía vascular previa siendo la aterosclerosis la causante de aneurismas de aorta abdominal como etología más frecuente aunque también pueden originarse por infecciones, tumores, necrosis quística de la media y procesos inflamatorios de la vecindad. Su incidencia varía entre el 0,04-0,07% y su mortalidad oscila entre el 30 y el 85% en particular en situaciones de diagnóstico tardío. La asociación clínica típica es la hemorragia digestiva alta, dolor abdominal y masa pulsátil pero se da en muy pocos casos. Suele aparecer hematemesis, hematoquecia, dolor abdominal, shock, síncope, fiebre o una historia de

sangrado intestinal intermitente originado por el cierre trombótico temporal de la fístula que desemboca en un sangrado masivo.

Conclusiones: La fístula aortoentérica primaria entre el intestino y la aorta abdominal es una causa rara hemorragia intestinal (1 de cada 500 casos) y muchas veces letal.

La asociación de síntomas, considerados como clásicos, no es frecuente.