

Fístula arterioportal: causa infrecuente de hemorragia digestiva alta en pacientes con hipertensión portal

Arterioportal fistula: An unusual cause of gastrointestinal bleeding in patients with portal hypertension

La fístula arterioportal es una comunicación arteriovenosa entre las arterias esplánicas y el sistema portal, que puede ocasionar hipertensión portal presinusoidal dependiendo de su localización, el volumen de sangre que pasa a través del cortocircuito y la resistencia del parénquima hepático¹. Se ha descrito que el intervalo de tiempo entre la aparición de la fístula y los síntomas secundarios varía desde horas a años².

Presentamos el caso clínico de una mujer de 70 años diagnosticada de cirrosis biliar primaria hacía 20 años en otro centro hospitalario. La paciente refiere que se le había practicado entonces una biopsia hepática, y no tiene otro antecedente clínico de interés. Ha requerido varios ingresos por presentar episodios aislados de hemorragia digestiva alta, que han aumentado su frecuencia en los últimos 4 años. En estos ingresos, se le habían realizado varias endoscopias digestivas altas, en las que se observaron varices esofágicas grado i y fúndicas grado ii-iii, sin signos de sangrado reciente ni otros hallazgos patológicos en ninguna de ellas. La paciente había seguido tratamiento con vasodilatadores y betabloqueantes.

En el momento del diagnóstico, la paciente presenta un estado funcional hepático bueno, con un índice de Child-Pugh A6 y una puntuación *Model for End Stage Liver Disease* de 6. En un control rutinario, se le realiza una ecografía con Doppler cuyos hallazgos fueron indicativos de fístula arterioportal intrahepática, por lo que se la envía con ese diagnóstico a nuestra unidad para valoración y tratamiento.

En nuestro centro, se confirma el diagnóstico mediante una tomografía computarizada dinámica multidetector multicorte (fig. 1), que informa de la presencia de una fístula arterioportal

de 2,3 cm de diámetro que comunica la arteria hepática derecha con la rama posterior de la vena porta derecha.

Ante el diagnóstico de fístula arterioportal (probablemente secundaria a la biopsia hepática por punción) y la presencia de episodios de hemorragia digestiva alta con signos de hipertensión portal, se le realiza una arteriografía hepática terapéutica (fig. 2) en la que se procede al cierre de la fístula mediante embolización con espirales y cola quirúrgica sintética (Glubran®). No hubo complicaciones inmediatas del procedimiento. En la ecografía Doppler realizada 2 meses después no se observó la fístula y en una endoscopia digestiva alta realizada a los 3 meses del procedimiento, se constató una disminución del tamaño de las varices. En 6 meses de seguimiento, la paciente no ha presentado ningún episodio de hemorragia digestiva.

Las fístulas arterioportales se han clasificado, atendiendo a su etiología, tamaño, localización, historia natural y las alteraciones fisiológicas que producen, en los siguientes tipos³:

Tipo 1: Son fístulas de pequeño tamaño, intrahepáticas y con frecuencia asintomáticas. En su mayoría son secundarias a biopsias hepáticas percutáneas⁴.

Tipo 2: Son fístulas de mayor tamaño y, en consecuencia, generan una mayor presión portal. Pueden ser intrahepáticas o extrahepáticas y suelen ser secundarias a traumatismos abdominales.

Tipo 3: Son las fístulas arterioportales congénitas y provocan hipertensión portal grave en la infancia.

Las causas más frecuentes de fístula arterioportal son las siguientes: traumatismo hepático (28%), lesión iatrogénica (16%), congénita (15%), tumor hepático maligno (15%) y rotura de un aneurisma de la arteria esplénica (14%). El hepatocarcinoma es

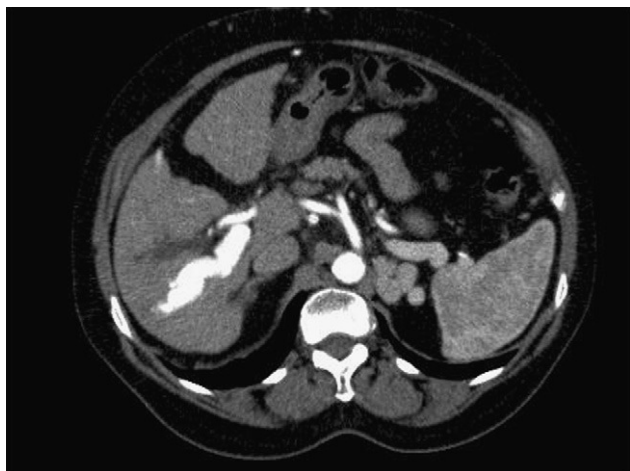


Figura 1 – Corte hepático de tomografía computarizada dinámica multidetector multicorte en el que se observa un relleno portal en fase arterial.



Figura 2 – Arteriografía selectiva de arteria hepática por vía femoral derecha. A: relleno de la fístula preembolización. B: cierre de la fístula postembolización con espirales y cola hemostática.

el tumor hepático que con mayor frecuencia (10%) ocasiona fístulas arterioportales^{5,6}. Otras causas menos frecuentes son las siguientes: cirrosis, hemangiomas, abscesos hepáticos, síndrome de Budd-Chiari, etc.

La mayoría de los pacientes con fístula arterioportal permanecen asintomáticos; en caso contrario presentan signos y síntomas secundarios a la hipertensión portal, y las manifestaciones más frecuentes son las siguientes: hemorragia digestiva alta (33%), ascitis (26%), insuficiencia cardíaca congestiva (4,5%) y diarrea (4,5%). Hasta en un 33% de los casos aparece un *thrill*, sobre todo si la fístula mide más de 4 mm⁷.

Su diagnóstico suele ser incidental y la tomografía computarizada dinámica multidetector multicorte es la técnica de elección, que demostrará un relleno precoz del sistema portal en fase arterial⁸. La ecografía con doppler será útil para el cribado y el seguimiento de los casos asintomáticos, y la angiorresonancia magnética será fundamental en los casos en que esté contraindicada la tomografía.

Las opciones terapéuticas incluyen la observación y el seguimiento, la embolización mediante técnicas intervencionistas y la cirugía; la elección depende del tipo de fístula y de la sintomatología del paciente.

Las fístulas tipo 1, asintomáticas, suelen cerrarse espontáneamente, por lo que bastará un seguimiento con ecografía Doppler.

El tratamiento de la fístula es necesario ante la presencia de hipertensión portal sintomática, aumento de tamaño de la fístula o persistencia de ésta⁵. Todas las fístulas extrahepáticas deberían tratarse ya que no se ha descrito ningún caso de cierre espontáneo.

La primera opción terapéutica es la embolización arterial radiológica. Si ésta fracasa, se recomienda realizar ligadura quirúrgica de la arteria hepática, teniendo en cuenta que, cuando la reserva hepática es limitada, el riesgo para el paciente es elevado. Además, si en la fístula participa la arteria mesentérica superior, su ligadura no está indicada por la posibilidad de isquemia intestinal⁹.

Las complicaciones descritas tras la embolización son migración de las espirales, infección, isquemia, pancreatitis y lesión vascular⁹. La morbilidad de la técnica quirúrgica incluye insuficiencia hepática, trombosis portal, absceso hepático, fístula biliar y estenosis de la vía biliar⁵.

Pese a que la fístula arterioportal es una entidad poco frecuente, debe considerarse en el diagnóstico diferencial del

paciente con hipertensión portal, principalmente en ausencia de cirrosis avanzada, ya que su incidencia está aumentando debido al mayor número de procedimientos intervencionistas hepáticos que se realizan^{7,8}.

BIBLIOGRAFÍA

1. Feldman M. Slesinger and Fordtran's gastrointestinal and liver disease, 7 ed. Philadelphia: Elsevier; 2002.
2. Ryan KG, Lorber SH. Traumatic fistula between hepatic artery and portal vein. *N Engl J Med.* 1968;279:1215-6.
3. Guzman EA, McCahill LE, Rogers FB. Arterioportal fistulas: Introduction of a novel classification with therapeutic implications. *J Gastrointest Surg.* 2006;10:543-50.
4. Okuda K, Musha H, Nakajima Y, Takayasu K, Suzuki Y, Morita M, et al. Frequency of intrahepatic arteriovenous fistula as a sequel to percutaneous needle puncture of the liver. *Gastroenterology.* 1978;6:1204-7.
5. Vauthey JN, Tomczak RJ, Helmberg T, Gertsch P, Forsmark C, Caridi J, et al. The arterioportal fistula syndrome: Clinicopathologic features, diagnosis and therapy. *Gastroenterology.* 1997;113:1390-401.
6. Nagasue N, Kanashima R, Kobayashi M, Inokuchi K. Hepatoportal arteriovenous fistula in primary carcinoma of the liver. *Surg Gynecol Obstet.* 1977;145:504-8.
7. Lumsden AB, Allen RC, Creeram S, Atta H, Salam A. Hepatic arterioportal fistula. *Am Surg.* 1993;59:722-6.
8. Choi BI, Lee KH, Han JK, Lee JM. Hepatic arterioportal shunts: Dynamic CT and MR features. *Kor J Radiol.* 2002;3:1-15.
9. Basile A, Saluzzo CM, Lupatelli T, Carbonatto P, Bottari A, Mundo E, et al. Nonoperative management of iatrogenic lesions of celiac branches by using transcatheter arterial embolizations. *Surg Laparosc Endosc Percutan Tech.* 2004;14:268-75.

Miriam Cortés Cerisuelo*, Rafael López Andújar, Eva Montalvá Orón y Jose Mir Pallardó

Unidad de Cirugía Hepatobiliopancreática y Trasplante, Servicio de Cirugía General y Digestiva, Hospital Universitario La Fe, Valencia, España

*Autor para correspondencia.

Correo electrónico: miriam_corcer@yahoo.es (M. Cortés Cerisuelo).

doi:10.1016/j.ciresp.2009.07.021

Linfoma rectal primario: caso clínico y revisión de la literatura médica

Primary rectal lymphoma: Clinical case and a review of the literature

Los linfomas primarios del tracto gastrointestinal representan el 5% de todos los linfomas. Dentro de éstos, el linfoma rectal primario (LRP) comprende el 0,1-0,6% de los tumores de

colon y el 0,05% de los tumores rectales primarios. Los mayores factores de riesgo causantes de su aparición son la inmunosupresión y la enfermedad inflamatoria intestinal¹⁻³.