



Cartas científicas

Abordaje en dos tiempos de una fístula aorto-duodenal primaria por metástasis de un carcinoma de cérvix uterino



Two-staged approach of a primary aortoduodenal fistula due to a metastatic uterine cervical carcinoma

Caso clínico

Paciente de 48 años con antecedente de carcinoma infiltrante de cérvix diagnosticado en enero 2011, tratado y en completa remisión. Acude a urgencias por epigastralgia y episodios de hematemesis con una cifra de hemoglobina al ingreso de 7,5 g/dl. Se realiza endoscopia sin identificarse zona de sangrado por lo que se decide realizar angiotomografía computarizada (angio-TC) (fig. 1A) que muestra imagen sugestiva de masa metastásica en retroperitoneo y lesión lítica de cuerpo vertebral de L2. Ante la sospecha de una fístula aortoentérica se realiza aortografía (fig. 1B) que objetiva rotura en pared anterior de aorta abdominal infrarrenal con extravasación de contraste hacia duodeno y retroperitoneo.

Se coloca balón ocluser transfemoral por sangrado activo incoercible y shock hipovolémico como medio de contención previo a la reparación quirúrgica. Se implanta endoprótesis

aórtica recta infrarrenal con buen resultado angiográfico y mejoría clínica con estabilidad hemodinámica. A las 24 h es intervenida de perforación duodenal realizándose duodeno-colecistectomía más gastroyeyunostomía. El análisis anatómopatológico confirma la presencia de metástasis de carcinoma cervical. Cursa postoperatorio favorable sin incidencias desde el punto de vista cardiovascular. En controles radiológicos posteriores, último a los 2 meses de la cirugía (fig. 2), se ha comprobado el normofuncionamiento de la prótesis, sin complicaciones infecciosas o hemorrágicas.

La fístula aortoentérica primaria (FAEP) es una entidad clínica rara presentando una incidencia global del 0,04 al 0,07% en series de autopsias. La principal causa etiológica es el aneurisma aórtico abdominal en un 85% de los casos, aunque también puede ser a debida a infecciones (aortitis sífilítica o tuberculosa), necrosis por vasculitis, úlceras pépticas, radioterapia, cuerpos extraños digestivos o neoplasias en menos del 1% de los casos, siendo las más comunes

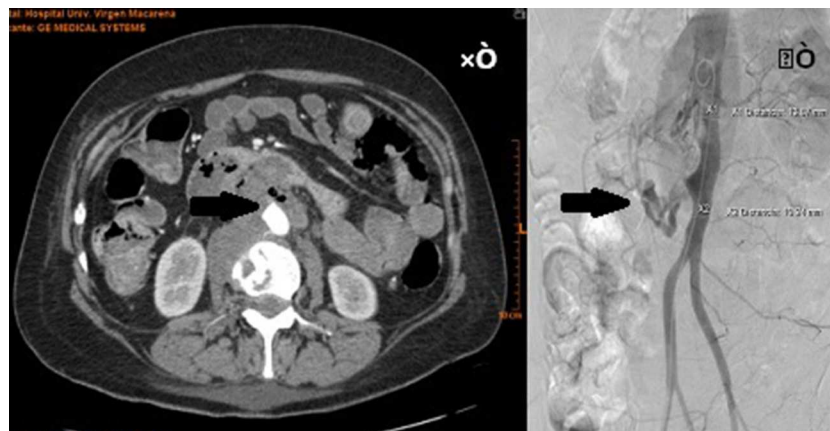


Figura 1 - Estudio radiológico preoperatorio. A) Angio-TC donde se observa irregularidad de la luz aórtica, en íntimo contacto con el duodeno pero sin extravasación clara de contraste (flecha). B) Aortografía que confirma la existencia de la fístula en aorta infrarrenal (flecha).



Figura 2 – Angio-TC de control a los 2 meses de la cirugía. Prótesis en posición anatómica aórtica (flecha).

esofágicas, pancreáticas, metástasis testiculares y cervicales^{1,2}. En dos terceras partes se origina en la tercera porción del duodeno por la proximidad anatómica a la aorta abdominal seguido de la cuarta porción, mientras que en el resto del tubo digestivo es infrecuente^{3,4}.

El principal problema de la FAEP es que al ser una entidad tan rara y no presentar una sintomatología específica existe mayor dificultad para su diagnóstico, lo que lleva a la instauración tardía del tratamiento y mayor tasa de mortalidad cercana al 100% sin tratamiento específico⁵. Los principales síntomas son: sangrado digestivo (64%), dolor abdominal (32%) y masa abdominal pulsátil (25%). Esta tríada clásica solo se encuentra presente en aproximadamente el 10% de los casos. Otros síntomas que pueden aparecer durante su evolución son: dolor dorsal, melenas, fiebre, sepsis y *shock* hipovolémico^{3,5}. En el 70% de los pacientes puede aparecer una hemorragia centinela autolimitada previa al sangrado masivo^{1,2}. Por todo ello se requiere un alto grado de sospecha clínica del cuadro para la instauración de un tratamiento adecuado de manera temprana.

Para su diagnóstico 3 son las pruebas más utilizadas, todas con baja sensibilidad o especificidad: endoscopia digestiva, angio-TC y arteriografía. En el estudio inicial generalmente se comienza con la endoscopia digestiva debido a que se es un método diagnóstico y terapéutico para otras causas de sangrado digestivo más comunes^{4,5}. El siguiente estudio que se realiza actualmente es la angio-TC que presenta la mayor sensibilidad (60%), y con las actuales proyecciones permite un análisis más rápido y un esquema anatómico preoperatorio^{4,5}. Finalmente, la arteriografía permite localizar la zona del sangrado siendo invasiva y con menor sensibilidad que la angio-TC por lo que se deja como prueba secundaria.

El tratamiento estándar se realiza por medio de cirugía abierta con cierre de la fístula tanto en la porción aórtica como en la gastrointestinal. El uso de prótesis endovasculares ha ganado terreno en la última década con buenos resultados perioperatorios, principalmente en pacientes hemodinámicamente inestables y en pacientes que no son candidatos a cirugía estándar ya que permite un abordaje menos invasivo con necesidad de tiempos quirúrgicos menores sin complicaciones perioperatorias importantes con resultados similares al tratamiento estándar. Con el tratamiento

endovascular se ha conseguido disminuir la estancia hospitalaria frente a la cirugía abierta. A largo plazo puede existir un bajo porcentaje de pacientes con tratamiento endovascular que deban someterse a cirugía estándar por reaparición de la fístula o por fugas endovasculares^{4,5}. En pacientes con neoplasias la estimación de supervivencia es más baja por la diseminación o inoperabilidad del cáncer^{1,2}.

La FAEP es una enfermedad con un difícil diagnóstico por su baja sospecha clínica, que lleva a un tratamiento tardío que conlleva una mayor tasa de mortalidad. La intervención quirúrgica temprana permite alcanzar mejores tasas de supervivencia. La reparación endovascular es un método eficaz y seguro para estabilizar a los pacientes que presentan sangrado por FAEP, con varias ventajas sobre la cirugía estándar como menor tiempo quirúrgico, menor sangrado intraoperatorio y menor tiempo de hospitalización, con resultados similares en cuanto a supervivencia, que depende más de la enfermedad de base. Dada la urgencia de su tratamiento y la frecuente inestabilidad hemodinámica del paciente, puede considerarse el abordaje en 2 tiempos de la enfermedad: primero el tratamiento endovascular de la aorta y, posteriormente, la cirugía digestiva.

Conflicto de intereses

En este artículo no existe ningún tipo de conflictos de interés, no presenta financiación ni becas de ninguna clase por su publicación. Los autores no han recibido ninguna remuneración ni retribución por su realización.

BIBLIOGRAFÍA

1. Philippakis GE, Moustardas M. Surgical treatment of primary aortojejunal fistula. *Int J Surg Case Rep.* 2013;4:477-9.
2. Shulik O, Marling K, Butler J. Primary aorto-enteric fistula – a unique complication of poorly differentiated large B-cell lymphoma. *Am J Case Rep.* 2013;14:194-7.
3. Shehzad KN, Riaz A, Meyrick-Thomas J. Primary aortoduodenal fistula – a rare clinical entity. *J R Soc Med Sh Rep.* 2010;1:7.
4. San Norberto-García EM, Carrera-Díaz S, Cenizo-Revuelta N. Fístula aortoduodenal primaria: descripción de un caso y revisión de la bibliografía. *Angiología.* 2007;59:445-9.
5. Xiromeritis K, Dalainas I, Stamatakos M. Aortoenteric fistulae: Present-day management. *Int Surg.* 2011;96:266-73.

Fernando López-Valdiviezo*,
 María Angeles Gutierrez-Martin,
 José Andres Hernández-Campos, Bella Ramirez-González,
 Carlos Javier Velazquez-Velazquez y
 Omar Achmed Araj-Tiliani
 Servicio de Cirugía Cardiovascular, Hospital Universitario Virgen
 Macarena, Sevilla, España

* Autor para correspondencia.

Correo electrónico: nando.lopezv87@hotmail.com
 (F. López-Valdiviezo).

<http://dx.doi.org/10.1016/j.carcor.2014.06.004>

1889-898X/© 2014 SAC. Publicado por Elsevier España, S.L.U.
 Todos los derechos reservados.