**Hospital Universitario “Manuel Ascunce Domenech”. Camagüey.**

**Fístula aorto-ileal primaria. Reporte de un caso. Primary aorto-ileal fistula. Case report.**

**\*Héctor Alejandro Céspedes Rodríguez, \*\*Alejandro Bello Carr, \*\*\* Raúl Fernández Pérez.**

**\*** Especialista de I Grado en Cirugía General. Profesor Instructor. Especialista en I Grado en Cirugía General. **\*\*** Especialista de I Grado en Cirugía General. **\*\*\*** Especialista de II Grado en Cirugía General. Profesor Auxiliar.

**Correspondencia a:** Dr. Héctor Alejandro Céspedes Rodríguez. [hcespedesr03@gmail.com](mailto:hcespedesr03@gmail.com) , Dirección. República 59 entre pobre y perdomo. Teléfono. 58360607. Código postal. 70100.

**Resumen**

**Introducción:** Las fístulas aorto-entéricas (FAE) son una causa infrecuente de hemorragia digestiva. El pronóstico, generalmente ominoso, depende de una alta sospecha clínica y diagnóstico oportuno. **Caso clínico:** Reportamos el caso de un hombre de 72 años intervenido con el diagnóstico hemorragia digestiva masiva en el preoperatorio; sin embargo, el diagnóstico de la fístula se hizo en el intraoperatorio, sin observar dilatación aneurismática, pero si una aorta ateromatosa y un proceso inflamatorio hacia la fístula. Se realizó reparación quirúrgica urgente con reparación cara anterior aorta infrarrenal cercana a la bifurcación y resección del ileo terminal con ileoascendentostomía termino-lateral. **Discusión:** La FAE es una causa potencialmente fatal de hemorragia digestiva. El diagnóstico continúa siendo un desafío debido a su presentación inespecífica y siempre debiese ser considerado frente a una hemorragia digestiva sin causa aparente. Existen varias opciones para el enfrentamiento quirúrgico que deben ser analizadas caso a caso, sin retrasar la reparación.  
**Palabras clave:** hemorragia gastrointestinal; fístula Aorto-entérica primaria, fistula aorto-ileal.

**Summary**  
**Introduction:** Aorto-enteric fistulas (AED) are an uncommon cause of gastrointestinal bleeding. The prognosis, usually ominous, depends on high clinical suspicion and timely diagnosis. **Clinical case:** We report the case of a 72-year-old man who underwent the diagnosis of massive gastrointestinal bleeding in the preoperative period; However, the diagnosis of the fistula was made intraoperatively, without observing aneurysmal dilation, but if an atheromatous aorta and an inflammatory process towards the fistula. Urgent surgical repair was performed with repair of the anterior face of the infrarenal aorta near the bifurcation and resection of the terminal ileum with end-to-side ileoascendentostomy. **Discussion:** FAE is a potentially fatal cause of gastrointestinal bleeding. Diagnosis continues to be a challenge due to its non-specific presentation and should always be considered in the face of gastrointestinal bleeding without apparent cause. There are several options for surgical confrontation that must be analyzed on a case-by-case basis, without delaying repair.

**Keywords: gastrointestinal bleeding; Primary aorto-enteric fistula, aorto-ileal fistula.**

**Introducción**

Las fístulas aorto-entéricas (FAE) corresponden a una comunicación patológica entre la aorta y una porción del tubo digestivo. La mayoría de estas fístulas son secundarias y se producen por la erosión de una prótesis aórtica al lumen intestinal1,2. Las FAE primarias (FAEP) son fístulas extremadamente infrecuentes, generalmente se observan en una aorta ateromatosa y aneurismática, como también en relación a un proceso inflamatorio localizado o a una infiltración por una neoplasia maligna3,4. Por razones anatómicas, es el duodeno el segmento más afectado (60%), ya sea en su tercera o cuarta porción, el yeyuno (30%). Menos frecuentes aún son las FAEP al esófago, al estómago o al íleo terminal3,6. Siendo esta última la menos inusual, dentro de todas las FAEP. En cualquiera de estos casos la primera manifestación puede ser una hemorragia digestiva, alta o baja, dependiendo del nivel en que se localice la fístula1,3,5-7. El diagnóstico descansa en un alto índice de sospecha, siendo fundamental que se haga oportunamente, puesto que sin tratamiento la mortalidad es prácticamente del 100%1,2,5. Presentamos el caso de un hombre de 72 años con una FAEP hacia el íleo terminal, el diagnóstico fue intraoperatorio, realizándose resección del íleo terminal con ileoascendentostomía termino-lateral y reparación de la aórtica. Debido a que es un caso poco frecuente y solo un pequeño número de cirujano se enfrentará a una fístula aorto-entérica durante su vida quirúrgica, realizamos este reporte de caso.

**Relato del Caso:** Paciente de sexo masculino, 72 años de edad, con antecedentes de hipertensión arterial. Ingresado en nuestro servicio con el diagnóstico de hemorragia digestiva baja por presentar enterorragia acompañada de palidez cutaneomucosa marcada, lipotimia. Al examen físico se comprueba la enterorragia, además se evidenció una frecuencia cardiaca 110 xI, tensión arterial 80-40mmhg. Con hematocrito se decide su ingreso en cuidados intermedio. Se estabiliza caso y es transfundido en dos ocasiones. Se realiza ultrasonido abdominal y endoscopia digestiva superior e inferior ambos sin alteraciones. Al segundo día realiza sangrado rojo vinoso (Hematoquecia) y luego de medidas generales estabiliza paciente. Se coordina TAC abdominal contrastada sin informar tumoración ni malformación vascular. Solicitamos tránsito intestinal para buscar anomalía intestino delgado. Y antes que ocurriera ello, paciente presenta episodio de sangrado digestivo masivo. Y es anunciado de urgencia, en el transoperatorio observamos el íleo terminal lleno de sangre y parte del colon derecho, colocamos clamps proximal y distal. Nos percatamos una porción del íleo terminal estaba fijado a la aorta abdominal sin observar dilatación aneurismática. Realizamos diagnóstico intraoperatorio de fístula aorto-entérica. Previo control vascular realizamos reparación de la cara anterior de la aorta infrarrenal y resección del íleo terminal con íleo ascendentostomía termino-lateral.

**Discusión**

El diagnóstico y tratamiento de una FAE continúa siendo un desafío y se cuenta entre aquellas condiciones que ponen en alto riesgo la vida de un paciente. Desde el primer reporte de un caso de una FAEP por Astley P. Cooper en 1829, la incidencia descrita de FAEP varía entre un 0,02 y un 0,07%, elevándose hasta el 1% en el caso de las secundarias2,3. Hasta la actualidad se han reportado alrededor de 350 casos de FAEP, de las cuales 20 son del íleo terminal8, y segundarias a prótesis vasculares. El enfrentamiento diagnóstico es difícil por la baja incidencia y, por lo tanto, la poca experiencia que logra tener un médico a lo largo de su vida laboral frente a estos casos. Una comunicación holandesa revela que casi el 70% de los cirujanos consultados nunca había visto un paciente con una FAEP9.

La sospecha se hace aún más compleja debido a la presentación inespecífica y variable de las FAEP. La clásica tríada sintomática de hemorragia digestiva (80%), dolor abdominal (32%) y masa abdominal pulsátil (25%), se encuentra en no más del 11% de los casos1,2,7. Las FAEP son más difíciles de sospechar al no existir el antecedente de una cirugía aórtica previa con la consecuente presencia de una prótesis en esa localización. La hemorragia digestiva, de presentarse, puede ser oculta, intermitente o masiva1. En la mayoría de los casos se presenta  
un sangrado centinela que precede a un sangrado masivo exanguinante, pudiendo existir entre ambos un intervalo de horas a meses, pero en la mitad de los casos es de más de 24 h, de modo que puede dar tiempo para su control1. Por tanto, debiera ser considerado el diagnóstico de una FAEP frente a una hemorragia gastrointestinal sin causa aparente5,7,10. La edad promedio de presentación es de 65 años, y se observa tres veces más frecuentemente en mujeres que en hombres11. El diagnóstico se basa en la sospecha clínica, siendo útiles en la comprobación la tomografía computada de abdomen (TC) y el ultrasonido con dúplex1-3,8,11. La TC tiene una sensibilidad de entre un 50% y un 94%, con una especificidad de entre el 85 y el 100%1. Los signos más habituales para hacer el diagnóstico son la desaparición de los planos periaórticos y el engrosamiento de asas intestinales adyacentes a la aorta; pero más categóricos son la presencia de fluido o gas en localización periaórtica y la extravasación de medio de contraste desde la aorta al lumen intestinal, aun cuando esto último se observe sólo en el 11% de los pacientes1,2. El tratamiento habitual de una FAEP ha sido  
siempre quirúrgico. Actualmente la reparación aórtica puede ser efectuada por técnica endovascular, con una menor morbimortalidad precoz asociada; no obstante, la sobrevida a largo plazo es similar entre ambas técnicas, dada por sepsis persistente y recurrencia de la fístula en el grupo de manejomendovascular2,3,11. En ocasiones, el manejo endovascular o los puentes extra anatómicos pueden ser alternativas antes de una reparación abierta definitiva, especialmente cuando existe inestabilidad hemodinámica grave2,11. Aún reparada, la mortalidad de una FAEP bordea el 40%3,11, siendo la principal causa la recurrencia de la fístula con infección local y sepsis persistente8. En nuestro caso realizamos previo control vascular resección del 10 cm íleo terminal, reparación de la cara anterior de la aorta, y cierre de la íleo cercano a la válvula íleo-cecal y ileoascendentostomía termino-lateral.

**Conclusiones**

La fístula aorto-entérica primaria es una causa poco frecuente de hemorragia digestiva, que todo médico y cirujano debe tener en cuenta frente a un paciente con sangrado digestivo de causa no precisada. Siendo su diagnóstico en los dos tercios de los casos durante el transoperatorio, donde la reparación aórtica y resección del segmento intestinal afecto es la forma habitual de resolución.

**Conflictos de interés.** Ninguno.

**Referencias bibliográficas.**

1. Guner A, Mentese U, Kece C, KucuktuluU. A rare and forgotten diagnosis of gastroinestinal bleeding: primaryaortoduodenal fistula. BMJ Case Rep.[Internet] 2013 [04-06-2018];nr. Disponible en: 10.1136/ bcr-2013-008712.
2. [Wojciech Cios](http://www.jpccr.eu/Author-Wojciech-Cios/105658), [Andrzej Prystupa](http://www.jpccr.eu/Author-Andrzej-Prystupa/21862),  [Anna Nocuń](http://www.jpccr.eu/Author-Anna-Nocuń/105659),  [Kamil Pudło](http://www.jpccr.eu/Author-Kamil-Pudło/55445),  [Katarzyna Sołdaj-Bukszyńska](http://www.jpccr.eu/Author-Katarzyna-Sołdaj-Bukszyńska/79574). Aortoileal fistula as a rare cause of bleeding from the gastrointestinal system. Case Report. J Pre Clin Clin Res. 2018;12(4):126–128 revisado 10-02-2020. Disponible en [DOI: https://doi.org/10.26444/jpccr/100372](DOI:%20https://doi.org/10.26444/jpccr/100372)
3. Behrendt C, Wipper S, Debus S, Kodolitsch Y, Puschel K, Kammal M,et al. Primary aorto-enteric fistula as a rare case of massive gastrointestinal  
   haemorrhage. BMJ Case Rep. [Internet] 2018 [08-06-2018];46:425-6.  
   Disponible en: doi.org/10.1024/0301-1526/a000646.
4. [Daniele Bissacco](https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/?term=Bissacco%20D%5BAuthor%5D&cauthor=true&cauthor_uid=24982129),\* [Luca Freni](https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/?term=Freni%20L%5BAuthor%5D&cauthor=true&cauthor_uid=24982129), [Luca Attisani](https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/?term=Attisani%20L%5BAuthor%5D&cauthor=true&cauthor_uid=24982129), [Iacopo Barbetta](https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/?term=Barbetta%20I%5BAuthor%5D&cauthor=true&cauthor_uid=24982129), [Raffaello Dallatana](https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/?term=Dallatana%20R%5BAuthor%5D&cauthor=true&cauthor_uid=24982129), and [Piergiorgio Settembrini](https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/?term=Settembrini%20P%5BAuthor%5D&cauthor=true&cauthor_uid=24982129). Unusual clinical presentation of primary aortoduodenal fistula. [Gastroenterol Rep (Oxf)](https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4423455/). 2015 May; 3(2): 170–174. Published online 2014 Jun 30. Consultado (10-02-2020) Disponible en doi: [10.1093/gastro/gou040](https://dx.doi.org/10.1093%2Fgastro%2Fgou040)
5. Sumskiene J, Sveikauskaite E, Kondrackiene J, Kupcinskas L. Aortoduodenal fistula: a rare but serious complication of gastrointestinal hemorrhage. A case report. Acta medica Lituanica [Internet] 2016 [08-06-2020];23:165-4.

Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC5287988/>.

1. Acosta A, Karatanasopuloz R, Haydar C, Levy G, Martín C, Paiz M. Fístula  
   aortoentérica como causa de hemorragia digestiva en tres pacientes adultos.Med Intensiva [Internet] 2006 [05-02-2020];30:120-2. Disponible en: <http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S02105691200600030007>
2. Rodrigues C, Casca R, Mendes J, MendesPedro L. Enteric repair in aortoduodenal fistulas: a forgotten but often lethal player. Ann Vasc Surg. [Internet]2014[09-02-2020];28:756-62.Disponible en:http://dx.doi.org/10.1016/j.avsg.2013.09.004.
3. Voorhoeve R, Moll F, Bast T. Theprimary aortoenteric fistula in The  
   Netherlands. The unpublished cases. EurJ Vasc Endovasc Surg. [Internet] 1996[10-02-2020];11:429-3.Disponible en:https://www.ejves.com/article/S1078-5884(96)80176-6/pdf.
4. Varetto G, Gibello L, Trevisan A, Castagno C, Garneri P, Rispoli P.  
   Primary aortoenteric fistula of a saccular aneurysm: case study and literature  
   review. Korean Circ J. [Internet] 2015 [02-02-2020];45:337-3. Disponible en: http://dx.doi.org/10.4070/kcj.2015.45.4.337.
5. Burks J, Faries P, Gravereaux E, Hollier L, Marin M. Endovascular repair of bleeding aortoenteric fistulas: a 5-year experience. J Vasc Surg. [Internet] 2001[02-07-2018];34:1055-9.

Disponible en:http://dx.doi.org/10.1067/mva.2001.119752.

1. Gordon A, Agarwal M. Primary aortoenteric fistula. International Journal of  
   Surgery Case Rep. [Internet] 2016 [08-08-2020];19:60-2. Disponible en: http://  
   dx.doi.org/10.1016/j.ijscr.2015.12.009.