

Nombre:	Carmen María
Apellido:	Escobedo Araque
Otros Autores:	Tomás Vallejo Palomino, Carmen Martínez Huertas, José Luis Rojas Vega, Sebastián Urbano Catarain, Ana María Carrillo Colmenero.
E-mail:	carmen91ea@gmail.com
Hospital:	Complejo Hospitalario de Jaén
Ciudad:	Jaén
Título:	Complicación de endoprótesis aortoiliaca: a propósito de un caso.
Presentación:	Clínica: Varón de 67 años hipertenso, intervenido de aneurisma aórtico infrarrenal (endoprótesis aortoiliaca). Posteriormente precisó cirugía urgente hace 15 días por rotura de pseudoaneurisma anastomótico. Acude a urgencias por fiebre y diarrea. Se solicita Angio-TC.
Discusión :	<p>Diagnóstico radiológico: fístula enteroaórtica.</p> <p>Fístula aortoentérica: comunicación anormal entre luz aórtica y tracto digestivo. En la mayoría de casos afecta a duodeno distal.</p> <p>Es causa muy infrecuente de hemorragia gastrointestinal, con elevada mortalidad. Uno de los factores de riesgo más importantes es la reparación aórtica con injertos, constituyendo fístulas aortoentéricas secundarias (frente a primarias, menos frecuentes, debidas a enfermedades aórticas o procesos patológicos vecinos)</p> <p>En su mayoría se producen por combinación de factores infecciosos y mecánicos.</p> <p>Herramienta diagnóstica de elección: TC con civ, si bien algunos casos podrían diagnosticarse mediante endoscopia.</p> <p>Características radiológicas: pérdida del plano de separación graso entre aorta e intestino adyacente, disrupción de pared aneurismática, aumento de tejidos blandos periprotésicos y/o entre el injerto y la pared aneurismática, presencia de gas ectópico o material de contraste ectópico, edema. Sin embargo, los signos pueden ser mínimos, inexistentes o normales en contexto de reciente cirugía, siendo precisa una alta sospecha clínica para su diagnóstico.</p> <p>Diagnóstico diferencial:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Infección periprotésica sin fístula. - Fibrosis retroperitoneal. - Infección de aneurisma aórtico. - Aortitis infecciosa.
Conclusión:	<ul style="list-style-type: none"> - La endoscopia puede ser útil, pero es la TC con contraste la prueba de imagen de mayor rendimiento. - Es un diagnóstico muy infrecuente pero de gran urgencia por su alta mortalidad. - La sospecha diagnóstica es fundamental, especialmente en pacientes de riesgo. - Deben revisarse los hallazgos en el contexto clínico y la historia del paciente.
Bibliografía:	<ul style="list-style-type: none"> - Lee, Sagel, Stanley, et al. Body TC con correlación RM. Edición en español de Computed body tomography with MRI correlation. 4ªEd. Marbán. Tomo 2, pág. 1067-1068. - Wolters Kluwer, Lippincott Waillims & Wilkins. Radiology review manual.

	<p>Wolfgang Dahnert, M.D. 6ª Ed. Pág. 620-621.</p> <ul style="list-style-type: none"> - Luo CY, Lai CH, Wen JS, Lin BW. Secondary aortocolic fistula: case report and review of the literatura. Ann Vasc Surg. 2010; 24:256 - Aorto-enteric fistula, Dr Avni K P Skandhan et al; disponible en https://radiopaedia.org/articles/aorto-enteric-fistula. - Aortoenteric Fistulas: CT Features and Potential Mimics; disponible en http://pubs.rsna.org/doi/full/10.1148/rg.291075185.
Pie de foto:	<p>Angio-TC: Se aprecia aire y contraste oral entre endoprótesis y pared aórtica, en la bifurcación y parte proximal de arterias ilíacas (Fig. 1a-d). Imagen de partes blandas periprotésica, con aire y contraste oral extraluminal. Adyacente a la cuál: asa de intestino delgado y sigma (Fig. 1a-d)</p>