

Nombre:	TANIA
Apellido:	DIAZ ANTONIO
Otros Autores:	ANA RODRIGUEZ MOLINA, CAROLINA FERNANDEZ CREHUET, MARIA DEL MAR GARCIA GALLARDO, GUILLERMO GARCÍA GUTIERREZ
E-mail:	tdiazant@gmail.com
Hospital:	Hospital Universitario Virgen de la Victoria
Ciudad:	Málaga
Título:	FÍSTULA AORTO-ENTÉRICA: CAUSA INFRECUENTE DE HEMORRAGIA DIGESTIVA.
Presentación:	<p>Varón de 79 años con dolor lumbar bilateral, fiebre, leucocitosis y aumento de PCR. Entre sus antecedentes destaca implantación de endoprótesis por aneurisma aórtico y cistoprostatectomía con derivación tipo Bricker y doble nefrostomía por estenosis uretero-ileal. Hace 48 horas refiere un intento no efectivo de recanalización de la nefrostomía derecha. El diagnóstico inicial fue de sepsis de origen urinario, sin embargo se objetiva una anemia moderada que requiere politransfusión de hemoderivados y deposiciones melénicas. Ante la sospecha de hemorragia digestiva se realiza estudio endoscópico alto, sin encontrar foco de sangrado. La tomografía computarizada multidetector (TCMD) muestra una endofuga junto con una pérdida del plano de separación aorto-duodenal y un moteado gaseoso periprotésico. La conducta quirúrgica fue desestimada a pesar del diagnóstico de fístula aorto-entérica por el compromiso hemodinámico del paciente, falleciendo al día siguiente por un shock hipovolémico.</p>
Discusión :	<p>La Fístula aorto-entérica (FAE) es una causa muy infrecuente de hemorragia digestiva que conlleva una elevada mortalidad y precisa de una conducta quirúrgica urgente.</p> <p>Podemos clasificarla en primaria, si existe patología aórtica (fundamentalmente aneurismas) o secundaria si surge como complicación de cirugía reconstructiva de aorta (más del 90% de casos por endoprótesis).</p> <p>Su presentación clínica más habitual es el dolor abdominal irradiado a región lumbar junto con hemorragia digestiva y el segmento intestinal más frecuentemente involucrado es el duodeno, en concreto, la tercera porción duodenal.</p> <p>El diagnóstico diferencial principal debe efectuarse con la infección, que en muchos casos subyace a la formación de la fístula.</p>
Conclusión:	<p>Debido a la elevada mortalidad de la FAE, la sospecha clínica es el pilar fundamental en el manejo de esta entidad. Destacamos la TCMD como una herramienta diagnóstica de gran utilidad y la extravasación de contraste intravenoso a la luz intestinal como el signo radiológico más específico.</p>
Bibliografía:	- Eisman-Hidalgo M, Núñez-Delgado Y, Carrasco-Chichilla L, et-al.

	<p>Fístulas aortoentéricas una causa infrecuente de hemorragia digestiva baja: hallazgos por tomografía computerizada. Rapd online 2012;35(1):73-75.</p> <ul style="list-style-type: none"> - Quílez Ivorra C , Massa Domínguez B, Amillo Marques M, et-al. Fístulas aortoentéricas: presentación clínica y hallazgos por tomografía computerizada helicoidal. Gastroenterol Hepatol. 2005;28(7):378-81. - Acosta A, Karatanasopuloz Pintos R, Haydar C, et-al Fístula aortoentérica como causa de hemorragia digestiva en tres pacientes adultos A.. Med Intensiva. 2006;30(3):120-2.
Pie de foto:	<p>TC abdominopélvico c/c: a) corte axial: endoprótesis bifurcada con burbujas aéreas periprotésicas que se disponen a través de la tercera porción duodenal (flechas blancas) acompañado de pérdida del plano de separación aorto-duodenal. b y c) reconstrucción MIP coronal y sagital: endofuga o extravasación de contraste al saco aneurismático (asterisco). AAA: aneurisma aorta abdominal; EP: endoprótesis; CDJ: catéter doble J</p>