

Cartas al Director

Fístula aortoduodenal primitiva

Palabras clave: Fístula aortoduodenal. Tratamiento.

Key words: Aortoduodenal fistula. Management.

Sr. Director:

La fístula aortoduodenal representa la comunicación entre la aorta y la luz del duodeno. Se considera primitiva cuando se produce en una aorta no tratada quirúrgicamente. Sir Astley Cooper (1), en 1825, la cita por primera vez en un caso que tuvo dramáticas consecuencias. Actualmente no se superan los 300 casos de fístula aortoentérica primitiva descritos (2) y de estos, la forma aortoduodenal constituye la modalidad más prevalente.

Exponemos el caso de un varón de 82 años con antecedentes de tabaquismo e HTA que consultó por cuadro de hematemesis. La gastroduodenoscopia describía una lesión ulcerada sangrante en la tercera porción duodenal. La cirugía se indicó de urgencias por fracaso de la escleroterapia y shock hipovolémico. Se practicó una laparotomía media, exposición de la tercera porción duodenal y duodenotomía, objetivándose una lesión ulcerada que comenzó a sangrar masivamente. Al disecar los planos posteriores se advirtió la comunicación fistulosa con la pared anterior de un aneurisma de aorta. Se practicó cierre del orificio fistuloso, resección del aneurisma y revascularización extraanatómica, manteniéndose el paciente con estabilidad hemodinámica, tránsito intestinal y buena perfusión distal. Falleció por secuelas de la anoxia cerebral, veintiún días después de la cirugía.

La fístula aortoentérica primitiva representa escasamente el 1% de las formas de presentación del aneurisma de aorta abdominal (3) lo que dificulta la estimación de su incidencia real que es muy inferior a la tipo secundaria, producida en

una aorta tratada con un injerto protésico. La comunicación de la aorta con la tercera o cuarta porción duodenal representa la forma más frecuente. La patología aneurismática subyace frecuentemente en su etiopatogénesis, sobre todo cuando se trata de aneurismas ateroscleróticos, micóticos e inflamatorios (4). En menor porcentaje son producidas por patología entérica, procesos en órganos adyacentes (litiasis biliar, carcinoma de páncreas, metástasis) o tras la radioterapia abdominal. La clínica habitual está constituida por: dolor abdominal (63%), masa pulsátil en abdomen (48%) y el sangrado digestivo en forma de hematemesis (40%) o melena (50%) que, generalmente no ocasionan repercusión hemodinámica en sus episodios iniciales, lo que explica que el 32% de los pacientes permanezcan vivos a la semana del primer sangrado. Tan sólo en un 5% de los casos el episodio inicial ocasiona shock hipovolémico. El diagnóstico clínico es difícil y en más de la mitad de los casos se llega a él en el propio quirófano. Entre las pruebas complementarias la esofagogastroduodenoscopia es inefectiva hasta en el 30% de los casos (5). Para la TAC de alta resolución con contraste intravenoso se describe una sensibilidad diagnóstica del 94% y una especificidad del 83% (4). En la angiografía, la demostración de la fístula es limitada (30%) y debe reservarse a aquellos casos en los que el paciente esté estable y con vistas a planificar el tipo de operación quirúrgica (6) o embolización percutánea, en los casos en los que no exista patología aneurismática subyacente. El único tratamiento eficaz demostrado hasta el momento es la cirugía. Los procedimientos quirúrgicos van destinados a controlar el sangrado, reparar las lesiones intestinales, eliminar la infección si existe, desbridar la zona retroperitoneal en casos de aneurismas micóticos o inflamatorios, y restaurar la circulación arterial mediante: aneurismectomía, sutura de los muñones vasculares y revascularización periférica por vía extraanatómica (*by-pass* axilobifemoral) o *in situ* (con prótesis sintética, si no existe infección). Esta última técnica es la que ha dado los mejores resultados en cuanto a supervivencia: 65% de los pacientes tratados con ella, frente al 53% de los casos a los que se les practicó una revascularización extraanatómica. Se han descrito recidivas de la fístula aortoentérica a partir del muñón

aórtico, con una elevadísima mortalidad. En los casos en los que la fístula no se asocia a patología aneurismática, ha sido descrita la reparación directa, mediante sutura, de los defectos aórtico y duodenal e incluso la embolización percutánea, con escasas tasas de éxito. El pronóstico es desalentador. Sin cirugía la mortalidad es del 100%, la mayoría por shock hipovolémico secundario al sangrado digestivo. El 51% de los pacientes fallecen durante cirugía y el 46% tras esta por hipovolemia.

A. Martínez Vieira, J. M. Sousa Vaquero, C. Bernal Bellido¹,
M. Pérez Andrés, J. M. Álamo Martínez¹ y F. Docobo
Durántez

*Servicio de Cirugía General y del Aparato Digestivo. Hospital
Universitario Virgen del Rocío. Sevilla*

Bibliografía

1. Cooper A. In: Lectures on the principles and practice of surgery. London: Underwood 1825; 2: 34-5.
2. Lemos DW, Raffetto JD, Moore TC, Menzoian JO. Primary aortoduodenal fistula: a case report and review of the literature. *J Vasc Surg* 2003; 37 (3): 686-9.
3. Riera Vázquez R, Manuel-Rimbau Muñoz E, Julia Montoya J, Córdoba Gual J, Merino Mairal O, Lara Hernández R, et al. Fístula aortoentérica primaria, causa infrecuente de hemorragia digestiva en el adulto joven. *Gastroenterol Hepatol* 2005; 28 (1): 26-9.
4. Calligaro KD, Bergen WS, Savarese RP, et al. Primary aortoduodenal fistula due to deptic aortitis. *J Cardiovasc Surg* 1992; 33: 192-8.
5. Ikeda K, Abe T, Ito M, Tamiya Y, Tanaka T, Kazui T. Successful surgical treatment of primary aortoduodenal fistula associated with inflammatory abdominal aortic aneurysm: A case report *Ann Thorac Cardiovasc Surg* 1999; 5 (3): 194-7.
6. Cho YP, Han MS, You CH, Kim SY, Jang HJ, Kim JS, et al. Role of endoscopy in the diagnosis of aneurysm-duodenal fistula *Hepatogastroenterology* 2003; 50 (Supl. 2): 256-8.