

Cirujano General

Volumen
Volume **25**

Número
Number **3**

Julio-Septiembre
July-September **2003**

Artículo:

Fístula aorto-gástrica. Informe de un caso tratado con reparación de la aorta, gastrectomía total y esófago-yeyuno-anastomosis en Y de Roux

Derechos reservados, Copyright © 2003:
Asociación Mexicana de Cirugía General, A. C.

**Otras secciones de
este sitio:**

-  [Índice de este número](#)
-  [Más revistas](#)
-  [Búsqueda](#)

***Others sections in
this web site:***

-  [Contents of this number](#)
-  [More journals](#)
-  [Search](#)



Medigraphic.com

Fístula aorto-gástrica. Informe de un caso tratado con reparación de la aorta, gastrectomía total y esófago-yeyuno-anastomosis en Y de Roux

Aortogastric fistula. Report of one case treated with aortic repair, total gastrectomy and Roux-in-Y-esophagus-jejunal anastomosis

Dr. Germán Humberto Delgadillo Teyer, Dr. José Arturo Velásquez García,* Dr. José Fenig Rodríguez,* Dr. Francisco Campos Campos,* Dr. Jorge Cervantes Cruz,* Dr. Bernardo Medina Portillo*

Resumen

Objetivo: Describir el caso de una paciente con hemorragia de tubo digestivo proximal masivo, secundario a úlcera gástrica con hallazgo de fístula aorto-gástrica.

Sede: Hospital de tercer nivel de atención.

Descripción del caso: Se trató de una paciente de 76 años de edad con cuadro de cinco días, con evacuaciones melénicas en número de tres al día y presencia de hematemesis en número de dos ocasiones. Se realizó endoscopia de urgencia con hallazgos de hernia hiatal por deslizamiento no reductible; a nivel de curvatura mayor en fundus gástrico, se observó una úlcera redondeada, de bordes bien definidos y con hemorragia arterial activa, se realizó escleroterapia, con aumento del sangrado y estado de choque hipovolémico. Se sometió a cirugía de urgencia con hallazgos de úlcera hemorrágica con vaso arterial a nivel de fundus gástrico sobre su curvatura mayor con trayecto fistuloso hacia aorta. Se realizó gastrectomía total, al término de ésta se observó lesión en aorta abdominal supraceliaca, se resecaron los bordes inflamatorios de la pared de aorta y se colocó parche de dacron; se realizó exclusivamente cirugía de control de daños por inestabilidad hemodinámica con hemorragia aproximada de 6,000 ml. Se reintervino al siguiente día y se realizó esófago-yeyuno-anastomosis término lateral en Y de Roux.

Conclusión: Las fístulas aorto-entéricas son poco frecuentes en nuestro medio, para finales de la década pasada, en la literatura mundial había 250 casos publicados. El tratamiento es quirúrgico una vez realizado el diagnóstico; en caso de cirugía de urgencia, la mortalidad es alta por la hemorragia masiva. La intervención oportuna es de suma importancia.

Abstract

Objective: To describe the case of a patient with massive hemorrhage of the proximal digestive tract, secondary to a gastric ulcer with findings of an aortogastric fistula.

Setting: Third level health care hospital.

Description of the case: Woman of 76 years of age with symptomatology of 5 days of evolution, three melanic stools per day and hematemesis in two occasions. Emergency endoscopy revealed a hiatal hernia due to non-reducible sliding. At the level of the greater curvature, in the gastric fundus, a rounded ulcer with well defined borders and active arterial hemorrhage was observed, sclerotherapy was performed, inducing increase in bleeding and leading to hypovolemic shock. The patient was subjected to emergency surgery, revealing a hemorrhagic ulcer of the arterial vessel at the gastric fundus level over the greater curvature with a fistulous tract to the aorta. Total gastrectomy was performed, at the end of the procedure a lesion in the supraceliac abdominal aorta was observed, the inflammatory margins of the aorta wall were resected, placing a dacron patch; only damage control surgery was performed due to the unstable conditions of the patient with a hemorrhage of approximately 6000 L. She was operated again on the next day performing a Roux-in-Y lateral-terminal esophagus-jejunal anastomosis.

Conclusion: Aortoenteric fistulas are uncommon in our milieu: there were 250 cases reported in the world literature at the end of the last decade. Treatment is surgical once diagnosis has been reached. In cases of emergency surgery, mortality is high due to the massive hemorrhage. Prompt and timely intervention is of utter importance.

Servicio de Cirugía General. Hospital de Especialidades Centro Médico Nacional "La Raza".

Instituto Mexicano del Seguro Social. México D.F.

Recibido para publicación: 19 de marzo de 2002.

Aceptado para publicación: 15 de mayo de 2002.

* Miembro de la Asociación Mexicana de Cirugía General A.C.

Correspondencia: Dr. Germán Humberto Delgadillo Teyer. Andador de la Fraternidad 101, UH. FOVISSSTE, San Pedro Mártir, Tlalpan. 14650, México, D.F. Teléfono: 55 74 74 97 E-mail: germanhdt@yahoo.com

Palabras clave: Fístula, hemorragia, aorta, gastrectomía, esófago-yeyuno-anastomosis, Y de Roux.

Cir Gen 2003;25: 234-237

Key words: Aorto-gastric fistula, gastrectomy, esophago-jejuno anastomosis.

Cir Gen 2003;25: 234-237

Introducción

La fístula aorto-entérica es una enfermedad poco frecuente, la primera fue publicada en el año de 1822. Su frecuencia mundial es menor del 1% y hasta finales de la década pasada se informó de 250 casos en la literatura mundial.^{1,2} La fístula aorto-entérica (FAE) es una comunicación entre la aorta y algún segmento del tubo digestivo, puede ser de dos tipos: las primarias debidas a enfermedades como aterosclerosis, carcinomas, litiasis vesicular, entre otras muchas más; las secundarias son el resultado de cirugía vascular previa con colocación de injertos vasculares, que, por el contacto prolongado del injerto, provoca erosión de algún segmento intestinal ocasionando así la fístula. La frecuencia es del 0.4 al 2.4% en pacientes sometidos a cirugía vascular.¹⁻³

La FAE es causa de hemorragia de tubo digestivo, su etiología es diversa, predominan la aterosclerosis, la litiasis vesicular, los carcinomas, la enfermedad diverticular, la apendicitis y las úlceras pépticas.^{1,2,4-6} También las hay secundarias a traumatismo abdominal, siendo esto último poco frecuente.⁷ Anatómicamente la porción del intestino más afectada en las FAE es el duodeno, en cerca del 80% de los casos, más frecuente en la tercera y cuarta porción, aunque puede presentarse en cualquier sitio del tubo digestivo.^{2,4,8}

La presentación clínica suele ser insidiosa, inicialmente hay un episodio de hemorragia del tubo digestivo durante horas o semanas, de inicio súbito, caracterizado por melena, hematemesis, dolor abdominal, masa abdominal pulsátil, seguido de hemorragia masiva y colapso cardiocirculatorio por hipovolemia.^{2,4,9,10}

La endoscopia, arteriografía y ultrasonido son de utilidad para la evaluación de estos pacientes, además, la tomografía axial computada puede detectar infección periaórtica, o la fístula, con una sensibilidad del 94% y especificidad del 85%.^{3,5,6,11,12}

La laparotomía exploradora está indicada en el paciente con hemorragia de tubo digestivo masivo; es importante la localización de la fístula con cierre del defecto o colocación de parche aórtico al igual que reparación del segmento intestinal afectado.^{3,12} La mortalidad es del 33 al 85% en pacientes sometidos a laparotomía exploradora de urgencia con hallazgo de FAE.^{2,12,13}

El objetivo de esta comunicación es describir el caso de una paciente con fístula aorto-entérica.

Descripción del caso

Se presenta el caso de una mujer de 76 años de edad proveniente de medio socioeconómico medio, con antecedentes de: safenectomía hace 25 años por insuficiencia venosa periférica de miembro pélvico derecho sin complicaciones, cirugía de columna con coloca-

ción de placa cervical un año antes y, colecistectomía convencional un mes previo a su ingreso por colecistitis crónica litiasica; refirió ingesta crónica de antiinflamatorios no esteroideos por artritis, durante cuatro años, cuadro de hemorragia de tubo digestivo alto tres meses antes de su ingreso resuelto con medidas generales y tratamiento médico, sin seguimiento posterior.

Inició su padecimiento cinco días antes de su ingreso con la presencia de evacuaciones melénicas en número de tres al día y, dos días antes, presencia de hematemesis en número de dos ocasiones al día, motivo por el cual fue enviada a nuestra unidad. A su ingreso presentaba tensión arterial de: 90/60, frecuencia cardíaca 110 por minuto y salida de material sanguinolento a través de sonda nasogástrica. Se realizó endoscopia de urgencia con los siguientes hallazgos: hernia hiatal por deslizamiento no reductible, múltiples erosiones en antro en fase de cicatrización, a nivel de la curvatura mayor, en fundus gástrico, se observó una úlcera redondeada, de bordes nítidos y eritematosos, con hemorragia arterial activa, se realizó escleroterapia, con aumento del sangrado, presentó inestabilidad hemodinámica sin control de la hemorragia por lo que se realizó laparotomía exploradora de urgencia con los siguientes hallazgos transoperatorios: a través de una gastrotomía se observó úlcera hemorrágica por vaso arterial a nivel de fundus gástrico, sobre su curvatura mayor, por fístula aorto-gástrica, se procedió a realizar gastrectomía total y cirugía de control de daños, se trató en forma conjunta con el servicio de angiología, quienes realizaron control proximal y distal de aorta, en ésta se observó una lesión de 2 cm de diámetro, en aorta abdominal supraceliaca en su cara anterior (**Figuras 1 y 2**). Se resecaron bordes inflamatorios de la pared aórtica y se colocó parche de dacrón, además de cubrir la reparación con tejido celulo-linfático periaórtico (**Figura 3**). No fue posible realizar la anastomosis esofagoyeyunal en este tiempo por inestabilidad de la paciente debido a la hemorragia calculada en 6,000 ml; se procedió a cierre y estabilización en terapia intensiva, donde evolucionó favorablemente, se reintervino a las 24 h realizándose esófago-yeyuno-anastomosis terminolateral en Y de Roux, sin complicaciones, no se observaron alteraciones del parche aórtico.

Evolucionó satisfactoriamente, con inicio de la vía oral a los cinco días de operada con buena tolerancia a la misma, actualmente es controlada en la consulta externa sin complicaciones.

Discusión

Las fístulas aorto-entéricas son una enfermedad de baja frecuencia a nivel mundial. Su frecuencia es menor de



Fig. 1. Aorta abdominal supracelíaca. Obsérvese trayecto de la fístula aortogástrica.



Fig. 2. Aorta abdominal donde se observa en su cara anterior perforación de 2 cm de diámetro.



Fig. 3. Reparación de aorta abdominal con parche de Dacrón.

1% en la población general y, hasta finales de la década pasada, sólo se habían publicado 250 casos en la literatura.¹ En nuestra población esta patología se presenta con menor frecuencia, en nuestro centro hospitalario,

durante 21 años, se han realizado aproximadamente 30,000 cirugías y sólo una por fístula aorto-gástrica, lo que corresponde al 0.003%.

La FAE anatómicamente afecta más frecuentemente a la tercera y cuarta porción del duodeno y en diversas series varía desde el 57% hasta el 80%, después, esófago, yeyuno y, en menor frecuencia, estómago, como aconteció en nuestro caso.^{3,7} Además, son más frecuentes como consecuencia de cirugía vascular previa y menos frecuentes las primarias como en esta paciente; por la localización y las características de presentación de nuestro caso fue difícil el diagnóstico, el cual fue un hallazgo transoperatorio; a pesar de la realización de endoscopia, que demostró la presencia de hemorragia arterial activa, no fue posible diagnosticar la fístula preoperatoriamente por la inestabilidad hemodinámica.^{8,9}

En este caso la edad de la paciente fue de 76 años, mientras que en la literatura se informa un promedio de presentación de 67 años con un rango entre 19 a 91 años. Predomina en el sexo masculino con 82%.⁷

Un tratamiento inicial oportuno, tanto médico como quirúrgico de urgencia, es indispensable para disminuir la morbimortalidad existente en esta patología, además de contar con los recursos materiales y técnicos para la corrección del estado de choque que permitan el tratamiento quirúrgico, lo que mejora el pronóstico del paciente con FAE.

Conclusión

Se trata de una entidad patológica poco frecuente en nuestro medio. Su diagnóstico es difícil de realizar en forma oportuna ya que su presentación es por hemorragia de tubo digestivo que puede ser insidioso o masivo, con catástrofe hemodinámica. Si se tiene el antecedente de cirugía vascular previa se debe sospechar, de no haberlo será más difícil establecer el diagnóstico de FAE primaria.

Referencias

1. Wheeler WE, Hanks J, Raman VK. Primary aortoenteric fistulas. *Am Surg* 1992; 58: 53-4.
2. Brown PW, Sailors DM, Headrick JR, Burns RP. Primary aortojejunal fistula: a case report. *Am Surg* 1999; 65: 139-41.
3. Nagy SW, Marshall JB. Aortoenteric fistulas. Recognizing a potentially catastrophic cause of gastrointestinal bleeding. *Postgrad Med* 1993; 93: 211-2, 215-6, 219-22.
4. Antinori CH, Andrew CT, Santaspirit JS, Villanueva DT, Kuchler JA, de León ML, et al. The many faces of aortoenteric fistulas. *Am Surg* 1996; 62: 344-9.
5. Voorhoeve R, Moll FL, de Letter JA, Bast TJ, Wester JP, Slee PH. Primary aortoenteric fistula: report of eight new cases and review of the literature. *Ann Vasc Surg* 1996; 10: 40-8.
6. Bashir RM, al-Kawas FH. Rare causes of occult small intestinal bleeding, including aortoenteric fistulas, small bowel tumors, and small bowel ulcers. *Gastrointest Endosc Clin North Am* 1996; 6: 709-38.
7. Schwab CW, McMahon DJ, Phillips G, Pentecost MJ. Aortic balloon control of a traumatic aortoenteric fistula after damage control laparotomy: a case report. *J Trauma* 1996; 40: 1021-3.

8. Grande JP, Ackermann DM, Edwards WD. Aortoenteric fistulas. A study of 28 autopsied cases spanning 25 years. *Arch Pathol Lab Med* 1989; 113: 1271-5.
9. Sigler ML, Gutiérrez CR, Ibarrola JL. Complicaciones gastrointestinales de la cirugía aortoiliaca. *Rev Méx Angiol* 1983; 121: 8.
10. Sigler Morales L, Sigler Morales A. Hemorragia aguda del tubo digestivo alto. En: Gutiérrez SC, Arrubarrena AVM. *Fisiopatología quirúrgica del aparato digestivo*. 2ª edición; México, D.F. Ed. El Manual Moderno: 1996: 197-207.
11. Low RN, Wall SD, Jeffrey RB Jr, Sollitto RA, Reilly LM, Tierney LM Jr. Aortoenteric fistula and perigraft infection: evaluation with CT. *Radiology* 1990; 174: 157-62.
12. Moulton S, Adams M, Johansen K. Aortoenteric fistula. A 7 year urban experience. *Am J Surg* 1986; 151: 607-11.
13. Peck JJ, Eidemiller LR. Aortoenteric fistulas. *Arch Surg* 1992; 127: 1191-3.

