

Figura 1 CPRE donde se objetiva la fístula colecistocólica.

diarrea, y en ocasiones cursan de manera asintomática², por lo que habitualmente se diagnostican en el acto operatorio. Como pruebas de imagen que nos ayuden a su diagnóstico tendríamos la tomografía axial computarizada y estudio radiográfico de colon por enema³ como las más frecuentemente realizadas. Otras pruebas serían CPRE⁴, el diagnóstico mediante colonoscopia es menos usual. En nuestro paciente el diagnóstico fue un hallazgo casual en la CPRE que fue indicada para extracción de coledocolitiasis. El tratamiento de elección es quirúrgico, mediante la realización de colecistectomía abierta y fistuloplastia, aunque hay casos descritos en los que se ha llevado cabo con éxito la reparación laparoscópica⁵.

Bibliografía

1. Engelberger S, Schuld J, Schilling MK, Kollmar O. Cholecystocolonic fistula prevents upper intestinal obstruction by a large gallstone after perforation into the duodenum. *Langenbecks Arch Surg.* 2010;395:95-7.
2. Chatzoulis G, Kaltsas A, Danilidis L, Dimitriou J, Pachiadakis I. Mirizzi syndrome type IV associated with cholecystocolic fistula: a very rare condition- report of a case. *BMC Surgery.* 2007;7:6.
3. Jimenez VB, Gonzalo Molina MA, Carbonero Diaz P, Diaz Gutierrez F, Gracia Madrid A, Hernandez Hernandez JM. Cholecystocolic fistula demonstrated by barium enema: an uncommon cause of chronic diarrhoea. *Rev Esp Enferm Dig.* 2003;95:811-2.
4. Schoelers P, Fierens H, Colemont L, Van Moer E. A cholecystocolic fistula demonstrated by endoscopic retrograde cholangiopancreatography. *Endoscopy.* 2002; 34:595.
5. Wang WK, Yeh CN, Jan YY. Successful laparoscopic management for cholecystoenteric fistula. *World J Gastroenterol.* 2006;12:772-5.

Josefina Morales Ruiz*, Sonia González Castillo y Julio Pleguezuelo Díaz

Servicio de Aparato Digestivo, Hospital Universitario Virgen de las Nieves, Granada, España

* Autor para correspondencia.

Correo electrónico: jfinamr@hotmail.com (J. Morales Ruiz).

doi:10.1016/j.gastrohep.2011.02.012

Shock hipovolémico por fístula aortoentérica: una causa inusual de hemorragia digestiva

Hypovolemic shock caused by an aortoenteric fistula: an unusual cause of gastrointestinal bleeding

Sr. Director:

Las fístulas aortoentéricas (FAE) son una complicación infrecuente y con gran mortalidad de los aneurismas aórticos¹. El propósito de nuestra presentación es comunicar la importancia de la sospecha clínica para conseguir un diagnóstico y cirugía precoces que mejorarán el pronóstico del paciente, ya que las FAE no tratadas conllevan una mortalidad del 100%.

Paciente varón de 72 años con antecedentes de hipertensión arterial, cardiopatía isquémica, hiperlipidemia, intervenido de aneurisma de aorta infrarrenal en 2001 con bypass aortobifemoral. En tratamiento con: atorvastatina, clopidogrel, atenolol, olmesartán, furosemida, nitroglicerina y rabeprazol. Enviado a nuestra consulta para estudio por dolor abdominal periumbilical e hipogástrico de 20 días de evolución junto con cuadro constitucional y estreñimiento. En la exploración física se encuentra consciente, orientado, con sensación de enfermedad y discreta deshidratación cutáneo-mucosa. PA 135/87 mmHg. FC 80 lat./min. Temperatura 36 °C. Abdomen con cicatriz de laparotomía no complicada, doloroso a la palpación en hipogastrio con sensación de empastamiento, sin signos de peritonismo y ruidos intestinales normales. Dado el deterioro de su estado general se decide ingreso hospitalario para estudio. A las 3h de su estancia en planta presenta hematemesis franca junto con deterioro hemodinámico (PA

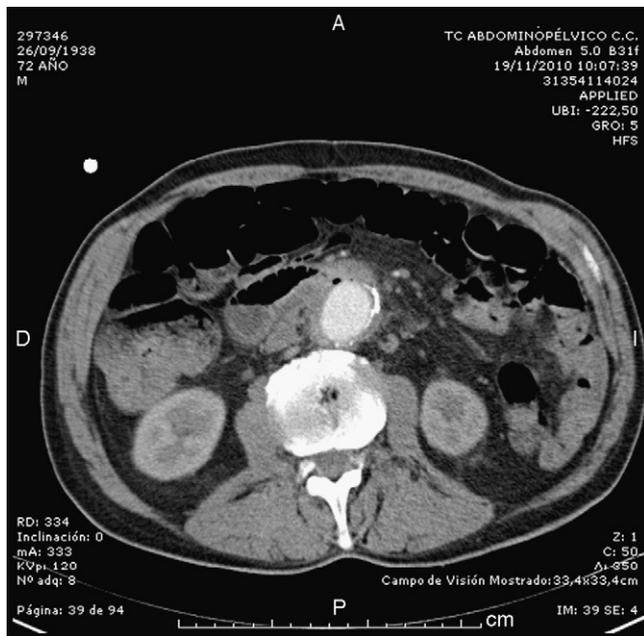


Figura 1 Burbujas de aire que indican la presencia de fístula aortoduodenal.

80/40 mmHg, FC 122 lat./min). Se decide traslado a unidad de cuidados intensivos y realización de gastroscopia urgente donde se evidencia en segunda porción duodenal restos hemáticos frescos que parecen provenir de tercera porción duodenal, sin poder progresar por agotamiento del endoscopio. Se realiza angio-TAC abdominopélvica observando cambios inflamatorios en la pared de la aorta abdominal retroduodenal y burbujas de aire, entre la arteria mesentérica superior y la inferior (fig. 1). Con la sospecha de FAE se lleva a cabo intervención quirúrgica realizándose colocación de endoprótesis aortomonoiíaca con bypass femorofemoral, disección de la fístula entérica a nivel de tercera porción duodenal y plastia de yeyuno. Su evolución es satisfactoria procediendo al alta hospitalaria a las 2 semanas del ingreso.

La FAE es una causa rara de sangrado digestivo acompañada de alta mortalidad (30-85% según las series) y riesgo de sepsis, de ahí la importancia de la sospecha clínica para tener un rápido diagnóstico y actitud quirúrgica urgente. Se dividen en FAE primarias como consecuencia de aneurismas arterioscleróticos o infecciosos y FAE secundarias a cirugía de reparación aórtica con o sin colocación de prótesis vasculares aórticas (0,6-2% de los casos) pudiendo presentarse pocos días después hasta 15 años más tarde. Patogénicamente la arteriosclerosis está presente en el 85% de las FAE primarias², en el caso de las FAE secundarias hay controversia acerca de la infección del material protésico, estrés mecánico de la prótesis y erosiones de la pared intestinal. La localización más frecuente es la duodenal (60%), especialmente tercera-cuarta porción. El cuadro clínico clásico de dolor abdominal e irradiación

lumbar, masa pulsátil abdominal y hemorragia digestiva es poco frecuente, caracterizándose generalmente por sangrado intermitente de varios meses de evolución consistente en melena o rectorragia (en nuestro caso el paciente presentaba una sintomatología más inespecífica consistente en dolor periumbilical y cuadro constitucional hasta la aparición de la hemorragia masiva e inestabilidad hemodinámica). Debido a su importante mortalidad se requiere un gran índice de sospecha clínica. En pocas ocasiones la endoscopia digestiva alta nos proporciona el diagnóstico³ (en nuestro paciente sí nos proporcionó la sospecha diagnóstica al encontrar sangre proveniente de tercera porción duodenal) siendo la prueba diagnóstica más adecuada la TAC con contraste que muestra la comunicación entre aorta e intestino con una sensibilidad del 40-90% y especificidad del 33-100%⁴ o bien la arteriografía (que precisa pérdidas superiores a 0,5 ml/min para objetivar la lesión); a pesar de todo en muchas ocasiones el diagnóstico definitivo se realiza durante la cirugía. El tratamiento de elección es quirúrgico, aunque también se han descrito casos tratados con técnicas intravasculares, siempre asociado a antibioticoterapia intensa y en ocasiones a cirugía de derivación intestinal⁵.

Bibliografía

1. Bala M, Sosna J, Appelbaum L, Israeli E, Rivkind AI. Enigma of primary aortoduodenal fistula. *World J Gastroenterol.* 2009;15:3191-3.
2. Ihama Y, Miyazaki T, Fuke C, Ihama Y, Matayoshi R, Kohatsu H, et al. An autopsy case of a primary aortoenteric fistula: a pitfall of the endoscopic diagnosis. *World J Gastroenterol.* 2008;14:4701-4.
3. Delgado J, Jotkowitz AB, Delgado B, Makarov V, Mizradhi S, Szendro G. Primary aortoduodenal fistula: pitfalls and success in the endoscopic diagnosis. *Eur J Intern Med.* 2005;16: 363-5.
4. Vu QD, Menias CO, Bhalla S, Peterson C, Wang LL, Balfe DM. Aortoenteric fistulas: CT features and potential mimics. *Radiographics.* 2009;29:197-209.
5. Papacharalambous G, Skourtis G, Saliveros A, Karagannidis D, Makris S, Panousis P, et al. Endovascular treatment of a primary aortoduodenal fistula: 2-year follow-up of a case report. *Vasc Endovascular Surg.* 2007;41: 265-70.

Josefina Morales Ruiz*, Aída Selfa Muñoz y Javier Salmerón Escobar

Unidad de Gestión Clínica de Aparato Digestivo, Hospital Universitario San Cecilio, Granada, España

* Autor para correspondencia.

Correo electrónico: jfinamr@hotmail.com
(J. Morales Ruiz).

doi:10.1016/j.gastrohep.2011.03.008