

Sangrado de tubo digestivo alto crónico secundario a fistula aortoentérica diagnosticada por endoscopia. Reporte de caso

Sandra S. May-López^{*}, Andrés M. Aguilar-Jaramillo¹, Miguel Camacho-Nájera, Rolando Armienta-Sarabia, Ma. Elena Hernández-Gómez y Uriel Martínez-Segundo

Servicio de Endoscopia Gastrointestinal, Hospital Regional General Ignacio Zaragoza, Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado, Ciudad de México, México

Resumen

El sangrado de tubo digestivo alto secundario a una fistula aortoentérica en un paciente hemodinámicamente estable es una posibilidad diagnóstica que debe sospecharse cuando se tiene el antecedente quirúrgico por aneurisma aórtico. Es de suma importancia el abordaje multidisciplinario para el tratamiento oportuno y temprano, ya que en la mayoría de los casos estos pacientes tienen un pronóstico malo con alta mortalidad a corto plazo. En este documento se describe el caso de un paciente con sangrado de tubo digestivo alto que fue diagnosticado y tratado oportunamente de forma exitosa.

Palabras clave: Fistula aortoentérica. Erosión. Injerto aórtico.

Chronic upper gastrointestinal tract bleeding secondary to endoscopically diagnosed aortoenteric fistula. Case report

Abstract

Bleeding from the upper gastrointestinal tract secondary to an aortoenteric fistula in a hemodynamically stable patient is a diagnostic possibility that should be suspected when there is a surgical history of aortic aneurysm. The multidisciplinary approach is of utmost importance for timely and early treatment, since, in most cases, these patients have a poor prognosis with high short-term mortality.

Keywords: Aortoenteric fistula. Erosion. Aortic graft.

*Correspondencia:

Sandra S. May-López
E-mail: sarahimaylo@gmail.com

Fecha de recepción: 27-02-2025
Fecha de aceptación: 17-04-2025
DOI: 10.24875/END.25000011

Disponible en internet: 16-07-2025
Endoscopia. 2025;37(2):63-65
www.endoscopia-ameg.com

0188-9893/© 2025. Asociación Mexicana de Endoscopia Gastrointestinal, publicado por Permayer México SA de CV, todos los derechos reservados.

Introducción

Las fistulas aortoentéricas secundarias son aquellas que se presentan como resultado de una erosión intestinal por un injerto aórtico. Se presentan en el 0.4-4% de los pacientes con injerto aórtico¹. Afectan principalmente al duodeno en su tercera porción. La patogenia no se conoce completamente, pero se teoriza que se debe a la formación de un pseudoaneurisma en la línea de sutura anastomótica proximal como consecuencia de una infección, que provoca fistulización al duodeno suprayacente, en un promedio de 3-5 años posterior a la colocación del injerto.

Normalmente cursan con cuadros previos autolimitados de sangrado, previo a que se presente una hemorragia masiva y mortal². El diagnóstico endoscópico es complejo en ausencia de hemorragia activa, sin embargo es la primera opción en pacientes estables³. En pacientes con alta sospecha de fístula aortoentérica por antecedentes quirúrgicos y sangrado activo se debe realizar angiotomografía contrastada, para confirmar diagnóstico, ya que requiere tratamiento quirúrgico de urgencia.

Caso clínico

Paciente de sexo masculino de 39 años, con antecedente de hipertensión arterial sistémica en control, operado en septiembre de 2021 por el servicio de angiología de endoaneurismorrafía con anastomosis aorto-aórtica término-terminal con injerto de dacrón. Cursa su postoperatorio con adecuada evolución, por lo que es egresado a domicilio 13 días posterior a cirugía con hemoglobina de 14.9 g/dl.

Inicia padecimiento actual en abril de 2024 con dolor abdominal en mesogastrio de forma intermitente, en julio se agregan evacuaciones melénicas e hipotensión. Acudió a urgencias con nivel de hemoglobina de 7.9 g/dl. Se realizaron dos panendoscopias, la primera no fue satisfactoria por intolerancia al estudio, la segunda no identificó sitio de sangrado activo, solo reportó hernia hiatal tipo I. Es egresado y acude nuevamente en septiembre con la misma sintomatología y anemia grave con hemoglobina en 5.8 g/dl, por lo que se repite endoscopia en primera instancia con anestesia local, observando sangrado rutilante en bulbo duodenal sin tolerancia al estudio, por lo que se realiza segundo estudio bajo sedación observando injerto vascular en luz duodenal en su tercera porción compatible con fistula aortoentérica (Figs. 1 y 2). Es transfundido en urgencias con tres concentrados eritrocitarios con control de hemoglobina en 9.9 g/dl.



Figura 1. Injerto vascular en luz duodenal.

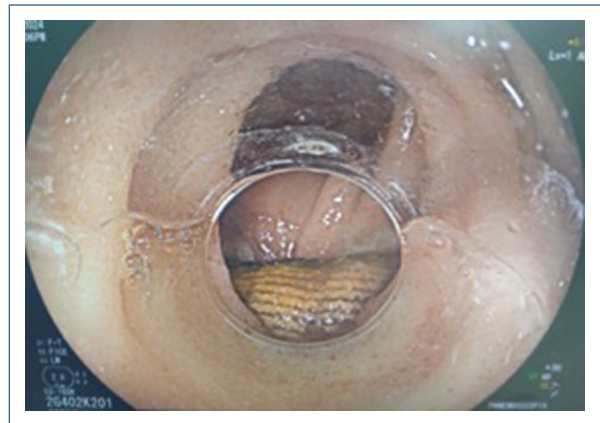


Figura 2. Injerto vascular en luz duodenal.

Es valorado por el servicio de cirugía vascular, durante su internamiento presenta nueva disminución de hemoglobina a 5.9 g/dl. Se realiza angiotomografía que identifica duodeno con paredes irregulares y densidad aire en sus paredes, sin identificar defectos de continuidad ni fuga de contraste oral (Fig. 3). Aorta abdominal sin defectos de llenado y estriación de la grasa adyacente. Aunque no se evidencia fístula por estudio de imagen (Fig. 4), por hallazgos endoscópicos y disminución constante de hemoglobina a pesar de transfusiones deciden realizar desmantelamiento de fistula aortoentérica, cierre primario de injerto protésico de dacrón con colocación de malla, cierre primario de tercera porción de duodeno y gastroyeyuno anastomosis en Y de Roux. En su postoperatorio presenta fiebre secundaria a hemocultivo positivo para *Escherichia coli*, completando esquema antibiótico de 10 días con meropenem. Cursa

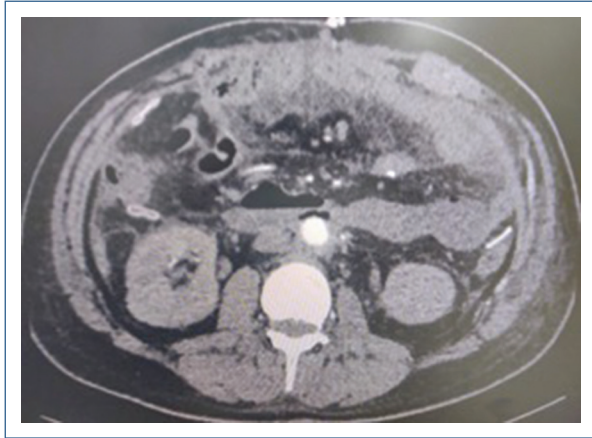


Figura 3. Paredes de duodeno irregulares con densidad aire en su pared.

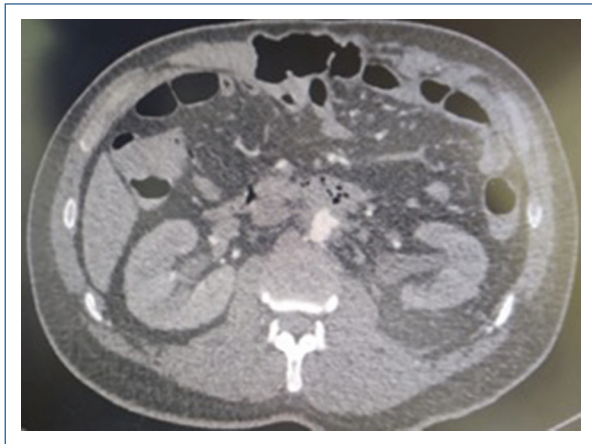


Figura 4. Estriación de la grasa adyacente a aorta descendente.

con adecuada evolución posquirúrgica, progresa dieta con adecuada tolerancia, sin datos de sangrado o fuga intestinal, por lo que es egresado a domicilio 35 días posterior a su ingreso con hemoglobina de 10.3 g/dl.

Discusión

Las fistulas aortoentéricas secundarias son una patología infrecuente, que se presentan la mayoría de

las veces con cuadros intermitentes de sangrado de tubo digestivo alto, sin identificar sitio de sangrado activo por endoscopia convencional, previo a un desenlace fatal, por lo que es de suma importancia sospechar esta patología en pacientes con antecedente de aneurisma aórtico con tratamiento quirúrgico vascular, ya que el diagnóstico y tratamiento oportuno de estos pacientes puede salvar su vida, con el manejo adecuado y multidisciplinario de un hospital de tercer nivel.

Financiamiento

Los autores no recibieron ningún patrocinio para llevar a cabo la investigación reportada en el presente manuscrito.

Conflicto de intereses

No existe ningún tipo de conflicto de intereses directo o indirecto relacionado con el tema del trabajo.

Consideraciones éticas

Protección de personas y animales. Los autores declaran que para esta investigación no se han realizado experimentos en seres humanos ni en animales.

Confidencialidad, consentimiento informado y aprobación ética. El estudio no involucra datos personales de pacientes ni requiere aprobación ética. No se aplican las guías SAGER.

Declaración sobre el uso de inteligencia artificial. Los autores declaran que no utilizaron ningún tipo de inteligencia artificial generativa para la redacción de este manuscrito.

Referencias

1. Chiang KJ, Saillant NN, Hodin R. Capítulo 47. Hemorragia digestiva aguda. En: Townsend CM, editor. Sabiston. Tratado de cirugía. 21.^a edición. Elsevier; 2022.
2. Savides TJ, Jensen DM. Capítulo 20. Hemorragia digestiva. En: Feldman M, Friedman LS, Brandt LJ, editores. Sleisenger y Fordtran. Enfermedades digestivas y hepáticas. 11.^a edición. Elsevier; 2021.
3. Yang DY, Wiebe E, Peerani F. Aortoenteric fistula: a rare cause of upper gastrointestinal bleed captured on endoscopy with exceptional clarity. Dig Liver Dis. 2018;50(12):1367.