

HEMORRAGIA DIGESTIVA SECUNDARIA A FÍSTULA AORTOESOFÁGICA

J.M. Vázquez-Morón, H. Pallares-Manrique, R. González-Gutiérrez, M. Ramos-Lora

Servicio de Aparato Digestivo. Hospital Juan Ramón Jiménez. Huelva.

Resumen

Presentamos el caso de un varón de 58 años que acudió a urgencias por presentar episodio de epigastalgia y hematemesis masiva. En la endoscopia oral se observó imagen compatible con posible fístula aorto-esofágica que se confirma tras realización de TAC de tórax con contraste iv. Se procedió a la colocación de una prótesis endovascular, pero a pesar del procedimiento, el paciente presentó una mala evolución falleciendo a las pocas horas.

Palabras clave: Hemorragia digestiva, fístula aorto-esofágica.

Abstract

We report the case of a 58 year old man who was admitted to the emergency services with episode epigastric pain and massive hematemesis. An image consistent with possible aorto-esophageal fistula was obtained by oral endoscopy, later confirmed after the

patient underwent a chest CT scan with intravenous contrast. We proceeded to the placement of an endovascular stent graft, but despite the procedure, the patient had a poor clinical course dying within hours.

Key words: Gastrointestinal bleeding, aorto-esophageal fistula.

Introducción

La fístula aorto-esofágica es una causa rara de hemorragia digestiva. Las principales pruebas para confirmar el diagnóstico son la endoscopia oral y la TAC torácica. La colocación urgente de una prótesis endovascular es el principal tratamiento en los pacientes con hemorragia activa severa.

Caso Clínico

Varón de 58 años de edad, fumador de 20 cigarrillos/día, exbebedor de más de 60 gr de etanol al día desde hace 20 años e intervenido por apendicitis aguda en la infancia. Acude al hospital tras despertarse por dolor epigástrico intenso y presentar hematemesis abundante con posterior episodio presincopeal. Refería dolor epigástrico en los últimos 5 días con algún episodio de vómito

CORRESPONDENCIA

Juan María Vázquez Morón
Hospital Juan Ramón Jiménez.
Ronda Norte s/n. 21005 Huelva.
Teléfono fijo: 959101238
Teléfono móvil: 648016938
juanma_cartaya@hotmail.com

alimenticio sin contenido hemático. Al llegar a urgencias presentaba tensión arterial 65/47 mmHg y frecuencia cardiaca 93 lpm. Se inició sueroterapia, administración de cristaloides y 80 mg intravenoso de pantoprazol. Se colocó sonda nasogástrica, observándose escaso contenido hemático. A la exploración destacaba palidez cutáneo-mucosa, dolor epigástrico a la palpación sin signos de peritonismo y pulsos periféricos débiles. La auscultación cardiopulmonar no presentaba alteraciones.

Hemograma: Hb 6.7 g/dl, Htco 19.7%, VCM 90 fl, 6700 leucocitos/ μ l (83% segmentados, 11% linfocitos y 6% monocitos), 147000 plaquetas/ μ l. Tiempos de coagulación: Tiempo de trombina 1.22 y tiempo de tromboplastina 1.62. Presentaba una bioquímica con glucosa, función renal, iones, función hepática y pancreática, reactantes de fase aguda, CK y LDH dentro de la normalidad. En endoscopia oral urgente se apreció una lesión en tercio medio esofágico consistente en una impronta extrínseca longitudinal con fisura en superficie y coágulo adherido (Figura 1). El diagnóstico de sospecha fue de aneurisma de aorta perforante a esófago, ante lo cual se realizó TAC de tórax urgente con contraste iv en el que se evidenció un aneurisma sacular de 63 mm en aorta descendente parcialmente trombosado, sin calcificaciones, con luz irregular permeable en su interior y fístula aortoesofágica (Figura 2).

Se inició transfusión de hemoderivados y se procedió a la colocación de endoprótesis aórtica modelo Valiant Thoracic de 38x38x179 mm a nivel de aorta descendente a través de femoral derecha, realizándose control por vía radial derecha sin evidenciarse fuga. Varias horas tras el procedimiento presentó nuevo episodio de hematemesis abundante, shock hipovolémico y parada cardiorrespiratoria produciéndose el fallecimiento del paciente.

Discusión

Las fístulas aortoesofágicas son una causa poco frecuente de hemorragia gastrointestinal masiva y presentan una alta tasa

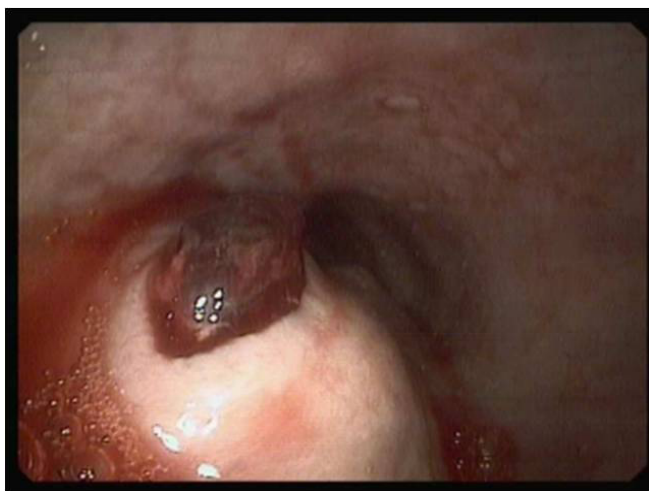


Figura 1 Imagen endoscópica de protrusión extrínseca ulcerada con coágulo en superficie a nivel de tercio medio esofágico.

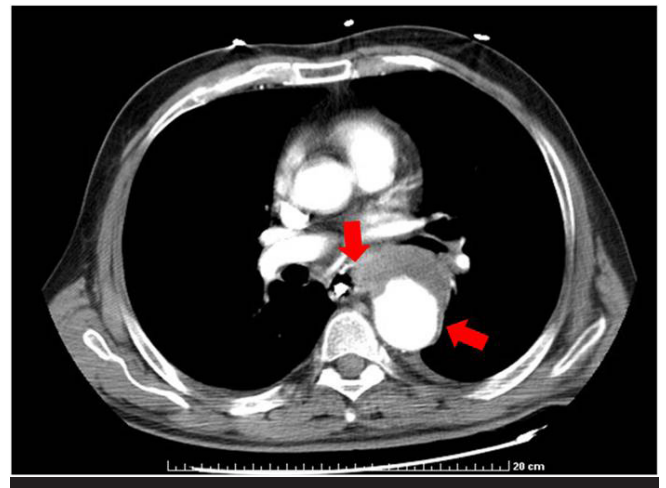


Figura 2 Imagen de TAC en la que se observa aneurisma de aorta descendente con fístula aortoesofágica.

de mortalidad. Los procesos que con mayor frecuencia producen su aparición son: cáncer de esófago, presencia de cuerpo extraño en luz esofágica, aneurismas vasculares o como complicación de la cirugía de la aorta torácica¹.

La ruptura de una úlcera penetrante de la aorta torácica descendente es una causa poco frecuente de fístula aortoesofágica; es diagnosticada por técnicas de imagen como TAC con contraste intravenoso, angiografía o resonancia magnética. En la endoscopia oral se observa la presencia de una úlcera de esófago con signos de compresión extrínseca, siendo esta técnica de gran utilidad porque nos permitirá descartar otras causas de hemorragia digestiva alta².

El objetivo principal del tratamiento consiste en la resección adecuada de la parte de aorta afectada y el restablecimiento de la integridad y la continuidad de la misma. La cirugía abierta en estos casos no ha presentado buenos resultados (20-30% mortalidad) ya que estos pacientes presentan mal estado general agravado por grandes pérdidas de sangre³. El tratamiento de elección en aquellos pacientes que presenten una fístula aortoesofágica con sangrado persistente es la reparación urgente, colocándose prótesis endovascular⁶. Existen pocos casos descritos en la literatura de fístula aortoesofágica secundaria a úlcera penetrante de la aorta descendente y en todos ellos se trató al paciente con colocación de endoprótesis aórtica^{5,6}. Se debe realizar tratamiento antibiótico por el alto riesgo de presentar mediastinitis. Es frecuente la aparición de fístulas aortoentéricas tras la colocación de prótesis aórtica endovascular como tratamiento de aneurisma de aorta⁷. La tasa de mortalidad en los pacientes que presenta una fístula aortoesofágica es muy elevada a pesar del tratamiento endovascular⁸ como sucedió en nuestro caso.

BIBLIOGRAFÍA

1. Hollander JE, Quick G. Aortoesophageal fistula: A comprehensive review of the literature. *Am J Med* 1991; 91: 279-287.

2. Acosta RD, Wong RK. Differential diagnosis of upper gastrointestinal bleeding proximal to the ligament of Trietz. *Gastrointest Endosc Clin N Am* 2011; 21: 555-566.
3. Assink J, Vierhout BP, Snellen JP, et al. Emergency endovascular repair of an aortoesophageal fistula caused by a foreign body. *J Endovasc Ther* 2005; 12: 129-133.
4. Schoder M, Grabenwoger M, Holzenbein T, et al. Endovascular stent-graft repair of complicated penetrating atherosclerotic ulcers of the descending thoracic aorta. *J Vasc Surg* 2002; 36:720-726.
5. Soritidis C, Stamou MD, Robert C, et al. Endovascular repair of thoracic aortoenteric fistulas. *J Card Surg* 2012; 27: 78-80.
6. D'Ancona G, Dagenais F, Bauset R: Endoluminal stenting of the aorta as treatment of aortoesophageal fistula due to primary aortic disease. *Tex Heart Inst J* 2002; 29: 216-217.
7. Bond SE, McGuinness CL, Reidy JF, et al. Repair of secondary aortoesophageal fistula by endoluminal stentgrafting. *J Endovasc Ther* 2001; 8: 597-601.
8. Luketich JD, Sommers KE, Griffith BP, et al: Successful management of secondary aortoesophageal fistula. *Ann Thorac Surg* 1996; 62: 1852-1854.