

Hemorragia gastrointestinal por comunicación aortoentérica. Presentación de un caso

Gastrointestinal bleeding for aortoenteric communication. A case presentation

José A Camejo Pérez(1), Jorge Pérez Parrado(1), Fernando Trujillo Sánchez(1).

Resumen

Se presenta un caso de un hombre de 73 años de edad con antecedentes de Hipertensión arterial tratado irregularmente e ingresa con dolor abdominal persistente presentando Fístula Aortoentérica fatal con apertura a estómago. Esta es una causa poco descrita de Fístula Aortoentérica Primaria(FAEP) pues generalmente se abre a duodeno. Se revisa brevemente el tema y los reportes de la literatura actual.

Palabras Claves: Fístula aortoentérica.

1. Especialista de Primer grado en Medicina Interna verticalizado en Cuidados Intensivos.

PRESENTACIÓN DE CASO

Paciente de 73 años de edad, con antecedentes de Hipertensión arterial hace 20 años tratada de forma irregular y de Ulcera gástrica bajo tratamiento no sostenido con Cimetidina hace 4 años. Hace varios días presenta dolor torácico bajo y/o epigastralgia con ciertos trastornos dispépticos asociados que fueron en aumento, aliviando poco con la administración de analgésicos via parenteral, anti H2 y antiácidos, Por esto se decidió su ingreso.

Hábito tóxico: café, cigarro.

Exámen Físico:

Piel y mucosas: húmedas y discretamente hipocoloreadas.

A. Resp: Murmullo vesicular audible. No estertores.

A. CV: Tonos cardiacos rítmicos de buena intensidad, no 3R, no gradiente, pulsos llenos.

Abdomen: Suave, doloroso en epigastrio donde se palpa una tumoración pulsátil de \pm 8 cm.

Resto de exámen físico normal.

TA: 140- 80 FC: 94 FR: 20

COMPLEMENTARIOS:

Hb: 98 g/l

Creatinina: 140 mcml/l

USD abdominal: no realizado.

ID: Crisis ulcerosa.

Aneurisma de la aorta abdominal.

Se impone tratamiento antiulceroso, a pesar de ello, el dolor en epigastrio se mantiene y por momentos se intensifica aliviando escasamente con analgesia parenteral.

A las 36 horas de ingresado presenta cuadro agudo caracterizado por epigastralgia intensa, sudoración, taquicardia, trastornos del nivel de conciencia, pérdida de pulso, hipotensión marcada hasta llegar a la asistolia y fallece a pesar de las medidas empleadas.

Informe anatomopatológico:

Sangramiento digestivo alto por aneurisma de la aorta abdominal abierto a estómago.

COMENTARIOS

La hemorragia gastrointestinal obedece a múltiples lesiones que pueden resumirse en causas esofágicas, gástricas, y duodenales cuando nos referimos al sangramiento digestivo alto el cual ocurre por encima del ligamento de Treitz.

Nos interesa en este caso mencionar específicamente aquella que es debida a Fístula Aortoentérica, la cual no es causa común del mismo, pero sí de hemorragia gastrointestinal catastrófica. (1,2,3)

Las fístulas aortoentéricas se producen fundamentalmente en pacientes con Aneurismas ateroscleróticos de la aorta abdominal que han sido objeto de implantes de prótesis. (3,4,5). La primaria es un raro desorden que ocurre predominantemente en el duodeno.(4,5,6,7) se han descrito casos de FAEP en pacientes sin aneurismas de la aorta.(8)

Sus manifestaciones clínicas fundamentales son la hematemesis, melena o melenemesis. La FAEP debe considerarse en cualquier paciente con aneurisma aórtico abdominal conocido y SDA cuando la causa del mismo no ha sido determinada por endoscopia.(1). Su triada característica es dolor abdominal, SDA y masa pulsátil aunque esta puede estar ausente.(6)

La gravedad de la hemorragia se basa en la presencia de shock o alteraciones en los signos vitales por cambios posturales. El primero indica una pérdida aguda de sangre aproximada del 15-20% y los segundos (taquicardia de pie, estrechamiento de la presión de pulso, hipotensión arterial sistólica de pie o ambas) son indicio de pérdidas de volumen intravascular agudo de menos de un 10%.

El lavado gástrico es útil pero muy inexacto. En la hemorragia reciente la Hb y el hematocrito no son indicadores confiables de la gravedad de la hemorragia.

Los métodos de estudio más utilizados son la endoscopia, radiografías con bario, angiografías, centellografía nuclear y la TAC.(1,3,9,10)

Su diagnóstico es difícil y algunas veces solo se hace en la laparotomía.

La esperanza de sobrevivida depende del diagnóstico temprano y del tratamiento quirúrgico.(9)

La terapéutica inicial es generalmente igual para todas las causas, incluye medir signos vitales, fluidos, valoración de antecedentes para determinar la causa. El tratamiento definitivo en la FAEP es la cirugía.

ABSTRACT

A case is presented a case of a 73 years old man with a background of high blood pressure irregularly treated and he is admitted with persistent abdominal pain. He presented a fatal aortoenteric fistula with opening to the stomach. This is little described cause of primary aortoenteric fistula because generally is open to the duodenum. The topic is briefly reviewed and literature reports.

REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS

- 1- Cumpa EA, Stevens R, Hodgson K, Castro F. Primary aortoenteric fistula: South Med J 2002 Sept; 95(9): 1071-3.
- 2- Martinez Perez M, Senin Fernández E, Barreiro Morandeira F, Pintos Diaz G. Digestive hemorrhage as the first symptom of a rupture of an abdominal aortic aneurysm. Rev Esp Enferm Dig 1993 Jan; 83(1): 42-4.
- 3- Nagy SW, Marshall JB. Aortoenteric fistulas. Recognizing a potentially catastrophic cause of gastrointestinal bleeding. Postgrad Med 1993 Jun; 93(8): 211-2, 215-6, 219-22.
- 4- Van der Klooster JM, Reuter RA, Van der Wiel HE. Primary aortoduodenal fistula. Neth J Med 1999 Apr; 54(4): 152-7.
- 5- Adamek HE, Maier M, Kohler B, Zurmeyer EL. Aortoduodenal fistula as the cause of gastrointestinal hemorrhage. Leber Magen Darm 1996 Nov; 26(6): 317-9.
- 6- Mirarchi FL, Scheatzle MD, Mitre RJ. Primary aortoenteric fistula in the Emergency Department. J Emerg Med 2001 Jan; 20(1): 25-7.
- 7- Huang WS, Chiu KW, Changchien CS. Aortoduodenal fistula presenting as acute massive gastrointestinal bleeding and recurrent syncope: case report. Changgeng Yi Xue Za Zhi 2000 Jan; 23(1): 48-51.
- 8- Farber A, Grigoujants V, Palac DM, Chapman T, Cronenwett JL, Powell RJ. Primary aortoduodenal fistula. J Vasc Surg 2001 Apr; 33(4): 868-73.
- 9- Duncan JR, Renwick AA, Mackenzie I, Guilmour DG. Primary aortoenteric fistula: pitfalls in the diagnosis of a rare condition. Ann Vasc Surg 2002 Mar; 16(2): 242-5.
- 10- Brady PG. Aortoduodenal fistula: role of endoscopy in diagnosis. Am J Gastroenterol 1978 Jun; 69(6): 705-7.