

Fístula iliaco-entérica. Una causa poco frecuente de hemorragia digestiva baja.

J. Egurbide Arbera, J. Merino Angulo, P. González de Zárate, I. Alberola Gómez-Escolar, C. De la Riva Aguinaco, y C. Aguirre Errasti.

Servicio de Medicina Interna II.
Ciudad Sanitaria de la Seguridad Social «Enrique Sotomayor».
Cruces. Vizcaya.

RESUMEN

Paciente de 72 años con hemorragias digestivas bajas recidivantes como única sintomatología, en cuyos antecedentes destacaba una claudicación intermitente. En la exploración física no habían datos de interés. La analítica era normal, así como las exploraciones radiológicas y endoscópicas realizadas. En la laparotomía exploradora se puso de manifiesto una fístula entre un aneurisma arterioesclerótico de la arteria iliaca primitiva derecha y el ileon terminal. El postoperatorio fue tormentoso falleciendo 20 días después de la intervención.

ILIAC ARTERY-SMALL BOWEL FISTULA. A RARE CAUSE OF LOWER GASTROINTESTINAL HEMORRHAGE

A 72 year-old man with a prior history of intermittent claudication presented with recurrent lower gastrointestinal bleeding. Physical examination, biochemical data, gastrointestinal radiology and endoscopy were unrewarding. An explorative laparotomy was performed which disclosed a fistula between the right main iliac artery and the terminal ileon. The patient died after 20 days of complicated postoperative course.

Dentro de las múltiples causas de hemorragia digestiva baja, hay un grupo de procesos poco frecuentes cuyo diagnóstico es problemático, incluso

empleando las técnicas más sofisticadas. En este grupo se incluyen los tumores del intestino delgado¹ (adenocarcinoma, linfoma, carcinoide y leiomiomasarcoma), los divertículos de Meckel², los divertículos intestinales³ y las fistulas arterio-entéricas⁴.

En este trabajo comentamos la historia de un paciente que presentaba hemorragias digestivas bajas recidivantes secundarias a una fistula entre un aneurisma arterioesclerótico de la arteria iliaca primitiva y el ileon terminal.

OBSERVACION CLINICA

Varón de 72 años que ingresa en nuestro Servicio por un episodio de melenas y rectorragias, acompañado de sensación de mareo y sudoración fría, y precedido de dolor abdominal difuso. No refería fiebre, ni escalofríos.

En los últimos cuatro meses había tenido dos episodios similares. No presentaba otra sintomatología digestiva, ni pérdida de peso.

Entre los antecedentes personales destacaba una claudicación intermitente desde hacía 6 años. Cuatro años después se le implantó un puente iliaco-iliaco por oclusión de la arteria iliaca externa derecha. Un año después tuvo un episodio de isquemia cerebral transitoria.

A la exploración física se trataba de un paciente senil, con palidez de mucosas, con buena perfusión periférica. No existían adenopatías. La exploración torácica era normal. No se palpaban ni el hígado, ni el bazo, ni masas abdominales. En la zona inguinal derecha existía una cicatriz quirúrgica. Ambos pulsos pedios eran filiformes. No se apreciaron masas pulsátiles, ni soplos. Habían hemorroides externas y el tacto rectal fue negativo. La tensión arterial era de 160/85 mm Hg.

El hematocrito era de 30 % y la hemoglobina de 8 g/100 ml. El resto de la analítica era sin interés, y el VDRL era negativo. En la radiografía simple de abdomen se apreciaban calcificaciones en la aorta y en las ilíacas, sin datos sugestivos de aneurismas. La rectosigmoidoscopia y la colonoscopia fueron normales. En la gastroscopia se apreció un divertículo duodenal. El estudio radiológico digestivo, que incluía enema opaca, esófago, estómago, duodeno y tránsito digestivo superior, fue negativo. Estando ingresado tuvo un nuevo episodio de dolor abdomi-

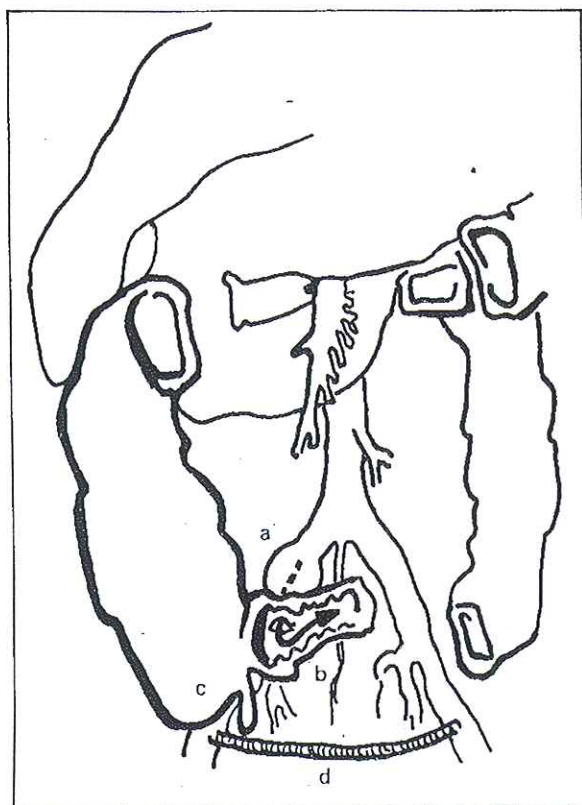


Fig. 1. a) aneurisma de la íliaca primitiva derecha. b) ileón terminal. c) ciego. d) puente iliaco-iliaco.

nal difuso, con sensación de mareo, hipotensión, melenas y rectorragias, que remontó con la reposición intravenosa de líquidos y sangre. Se realizó una nueva colonoscopia y se detectó sangre fresca en ciego.

Unos días más tarde se realizó una laparotomía exploradora, en la que se halló un aneurisma arterioesclerótico de la íliaca primitiva a 4 cm. por encima del puente iliaco-iliaco, que fistulizaba en el ileón terminal a unos 10 cm. de la válvula ileocecal (fig. 1). La etiología arterioesclerótica del aneurisma se confirmó en el estudio anatomopatológico. El postoperatorio fue tormentoso, falleciendo 20 días después de la intervención.

DISCUSION

Las fistulas arterio-digestivas consisten en una comunicación entre el sistema arterial y el tubo digestivo. Desde que Cooper⁵ en 1839 describiera el primer caso de fistula aorto-duodenal, han sido numerosas las publicaciones aparecidas, especialmente en los últimos 20 años.

La etiología de estas fistulas puede ser arterioesclerótica⁶ como en nuestro paciente, post-traumática, relacionada con procesos tumorales o con infecciones⁷ y secundario a la implantación de prótesis arteriales⁸. Esta última es la causa más frecuente de los casos publicados en las últimas dos décadas.

Las fistulas se pueden localizar desde el esófago al recto por parte del tubo digestivo y por parte arte-

rial en cualquier tramo próximo al tubo digestivo, aunque el 80 % de los casos se localizan entre la aorta y el duodeno, debido a que el duodeno tiene una localización retroperitoneal y es poco móvil.

Clínicamente estas fistulas se caracterizan por hemorragias digestivas intermitentes, ya que con frecuencia se produce una oclusión transitoria de la fistula por un trombo laminar o por la contracción de la pared intestinal irritada. El intervalo entre la primera hemorragia y el desenlace final, que ocurre inevitablemente, puede ser de varias semanas a varios meses. Únicamente las fistulas que afectan al esófago suelen debutar con hemorragias fatales⁹.

De las exploraciones complementarias únicamente las angiografías pueden suministrar datos que faciliten el diagnóstico preoperatorio, bien evidenciando aneurismas, bien poniendo de manifiesto extravasación de contraste si la exploración se hace durante la hemorragia.

El tratamiento es siempre quirúrgico, ya que estas fistulas son inevitablemente fatales. Como el diagnóstico preoperatorio no siempre se realiza, con frecuencia habrá que tomar una decisión quirúrgica ante la sospecha de fistula iliaco-digestiva. En este sentido ante un paciente con una hemorragia digestiva importante se debe sospechar la existencia de una fistula arterio-digestiva si existe una masa pulsátil, si radiológicamente hay signos sugestivos de aneurismas, si hay antecedentes de intervenciones arteriales previas, especialmente implantación de prótesis, cuando la hemorragia es masiva y tiene carácter intermitente y por último si la causa de la hemorragia no está clara.

BIBLIOGRAFIA

1. DARLING, R.C. y WELCH, C.E.: Tumors of the small intestine. *New Engl. J. Med.*, 260: 397, 1959.
2. MOORE, T. y JOHNSTON, A.O.B.: Complications of Meckel's diverticulum. *Br. J. Surg.*, 63: 453, 1976.
3. SHACKELFORD, R.T. y MARCUS, W.Y.: Jejunal diverticula: a cause of gastro-intestinal hemorrhage. *Ann. Surg.*, 151: 930, 1960.
4. WEBSTER, M.W. y CAREY, L.C.: Fistulae of the intestinal tract. *Curr. Probl. Surg.*, 13: 60, 1976.
5. COOPER, A.: Citado por WEBSTER, M.W. y CAREY, L.C.
6. Case Records of the Massachusetts General Hospital (Case 3-1978). *New Engl. J. Med.*, 298: 208, 1978.
7. O'LEARY, M., NOLLET, D.J. y BLOMBERG, D.J.: Rupture of a tuberculous pseudoaneurysm of the innominate artery into the trachea and esophagus: Report of a case and review of the literature. *Hum. Path.*, 8: 458, 1977.
8. Case Records of the Massachusetts General Hospital (Case 41-1977). *New Engl. J. Med.*, 297: 828, 1977.
9. BUADES REYNES, J. AGUIRRE ERRASTI, C., BILBAO ERCORECA, F.J. y OÑATE LANDA, A.: Aneurysm of aberrant right subclavian artery with esophageal perforation. *Chest*, 70: 105, 1976.