ISSN (electrónico): 1695-2987 - ISSN (papel): 0003-3170

Angiología

Caso Clínico

Fístula aortoentérica como causa infrecuente de hemorragia masiva gastrointestinal

Aortoenteric fistula as a rare cause of massive gastrointestinal bleeding

Camilo Espinel[1], Katherine Freire[1], Fernando Guerrero Dukon[2], Darío Sebastián Quintero[1], Gianmarco Camelo Pardo[3]

[1]Servicio de Cirugía Vascular y Angiología. Fundación Cardiovascular de Colombia. Santander, Colombia. [2]Servicio de Radiología e Imágenes Diagnósticas. Fundación Cardiovascular de Colombia. Santander, Colombia. [3]Servicio de Urgencias. Fundación Cardiovascular de Colombia. Santander, Colombia. Departamento de Epidemiología. Universidad del Área Andina. Bogotá, Colombia

Resumen

Introducción: la fístula aortoentérica secundaria es una complicación infrecuente pero potencialmente letal de los aneurismas de aorta abdominal, caracterizada por una comunicación anormal entre la aorta y el tracto gastrointestinal que genera sangrado digestivo y dolor abdominal.

Caso clínico: paciente masculino de 74 años que presentó dolor abdominal, rectorragia, lipotimia y sensación febril con hallazgo de anemización severa y angiotomografía con aneurisma de aorta abdominal y con fístula aortoentérica, que requirió intervención quirúrgica con parche pericardio bovino.

Discusión: la fístula aortoentérica debe sospecharse ante sangrado gastrointestinal en pacientes con aneurismas conocidos. Su diagnóstico requiere un alto índice clínico y confirmación por imágenes. El manejo es quirúrgico urgente, con alta morbilidad y mortalidad. En conclusión, la sospecha oportuna de fístula aortoentérica permite intervenir de forma emergente y puede mejorar el pronóstico en esta entidad grave y rara.

Palabras clave:
Aneurisma aórtico abdominal. Fístula gastrointestinal. Cirugía vascular. Hemorragia gastrointestinal.

Recibido: 18/07/2025 • Aceptado: 19/08/2025

Agradecimientos: agradecemos a todas las personas que hicieron parte de este estudio aportando de diferentes maneras en su construcción.

Conflictos de interés: los autores declaran no tener conflictos de interés.

Inteligencia artificial: los autores declaran no haber usado inteligencia artificial (IA) ni ninguna herramienta que use IA para la redacción del artículo.

Espinel C, Freire K, Guerrero Dukon F, Sebastián Quintero D, Camelo Pardo G. Fístula aortoentérica como causa infrecuente de hemorragia masiva gastrointestinal. Angiología 2025;77(6):353-356

DOI: http://dx.doi.org/10.20960/angiologia.00807

Correspondencia:
Gianmarco Camelo Pardo. Servicio de Urgencias. Fundación Cardiovascular de Colombia. C/ 155A, 23-58. Floridablanca. Santander, Colombia.
e-mail: gianmarconacional@hotmail.com

©Copyright 2025 SEACV y ©Arán Ediciones S.L. Este es un artículo Open Access bajo la licencia CC BY-NC-SA (http://creativecommons.org/licenses/by-nc-sa/4.0/).

Abstract

Introduction: secondary aortoenteric fistula is an uncommon but potentially fatal complication of abdominal aortic aneurysms, characterized by an abnormal communication between the aorta and the gastrointestinal tract, leading to gastrointestinal bleeding and abdominal pain.

Case report: a 74-year-old male patient presented with abdominal pain, hematochezia, near syncope, and feverish sensation. Workup revealed severe anemia and an angioCT showing an abdominal aortic aneurysm with an aortoenteric fistula, requiring surgical intervention with a bovine pericardial patch.

Discussion: aortoenteric fistula should be suspected in patients with known aneurysms who present with gastrointestinal bleeding. Diagnosis requires a high clinical index of suspicion and imaging confirmation. Management is an urgent surgical intervention, associated with high morbidity and mortality. In conclusion, timely suspicion of an aortoenteric fistula allows for emergent surgical intervention and may improve the prognosis of this rare and life-threatening condition.

Keywords: Abdominal aortic aneurysm. Gastrointestinal fistula. Vascular surgery. Gastrointestinal hemorrhage.

INTRODUCCIÓN

La fístula aortoentérica (FAE) se define como una comunicación anómala entre la aorta y el tracto gastrointestinal (1). Aunque es una entidad poco frecuente, se asocia con una elevada mortalidad, ya que constituye una causa potencial de hemorragia digestiva masiva (2). Su clasificación se divide en dos tipos: primaria, que ocurre sin antecedentes quirúrgicos previos y suele estar relacionada con aneurismas aórticos, y secundaria, que representa la forma más común, asociada a complicaciones de procedimientos quirúrgicos, especialmente aquellos que involucran a injertos protésicos (3,4). La incidencia de las fístulas secundarias se estima entre el 0,3 % y el 2 % después de cirugía aórtica, con una mortalidad superior al 50 % en ausencia de un diagnóstico y de una intervención oportunos (1,2). La localización más frecuentemente afectada dentro del tracto gastrointestinal es la tercera porción del duodeno (5).

Clínicamente, el signo más característico es la hemorragia centinela, que puede preceder a una hemorragia masiva. Los pacientes también pueden presentar dolor abdominal, fiebre, sepsis, astenia, adinamia y emesis (3,4). El diagnóstico temprano es crucial. La tomografía computarizada con contraste es la herramienta de elección para valorar la anatomía abdominal y confirmar la presencia de la fístula (4).

El objetivo es presentar el caso de un adulto mayor con un hallazgo de fístula aortoentérica que requirió intervención abierta y resaltar cómo el diagnóstico y el abordaje oportunos permitirían una evolución satisfactoria en este tipo de patologías.

CASO CLÍNICO

Paciente masculino de 74 años con antecedentes de amputación traumática del miembro inferior izquierdo, enolismo crónico y tabaquismo activo desde los 18 años, que presentó un cuadro clínico de siete días de evolución caracterizado por dolor abdominal con sensación de desgarro, rectorragia en escasa cantidad, lipotimia y febrícula. En la institución de primer contacto, los paraclínicos revelaron función renal dentro de los rangos de normalidad, pero con anemia severa en el hemograma (hemoglobina: 6,6 g/dL). Ante la sintomatología y los hallazgos de laboratorio, se sospechó abdomen agudo quirúrgico, por lo que se solicitó una angiotomografía, que evidenció un aneurisma de aorta abdominal con fístula aortoentérica (Fig. 1), por lo que fue remitido a nuestra institución para su valoración por el servicio de cirugía vascular.

A su ingreso, se encontraba en regulares condiciones generales, con persistencia del dolor abdominal y tendencia a la hipertensión arterial. Tras la revisión de las imágenes diagnósticas, se decidió su traslado inmediato a quirófano para intervención quirúrgica de urgencia. Durante el procedimiento, se evidenció una marcada inflamación periaórtica y una fístula aortoentérica con trayecto hacia la tercera porción del duodeno (Fig. 2). Se realizó cierre de la fístula con parche de pericardio bovino y reparación intestinal mediante sutura simple.

Finalizado el procedimiento quirúrgico, el paciente fue trasladado a la unidad de cuidados intensivos para soporte hemodinámico y vigilancia posoperatoria.

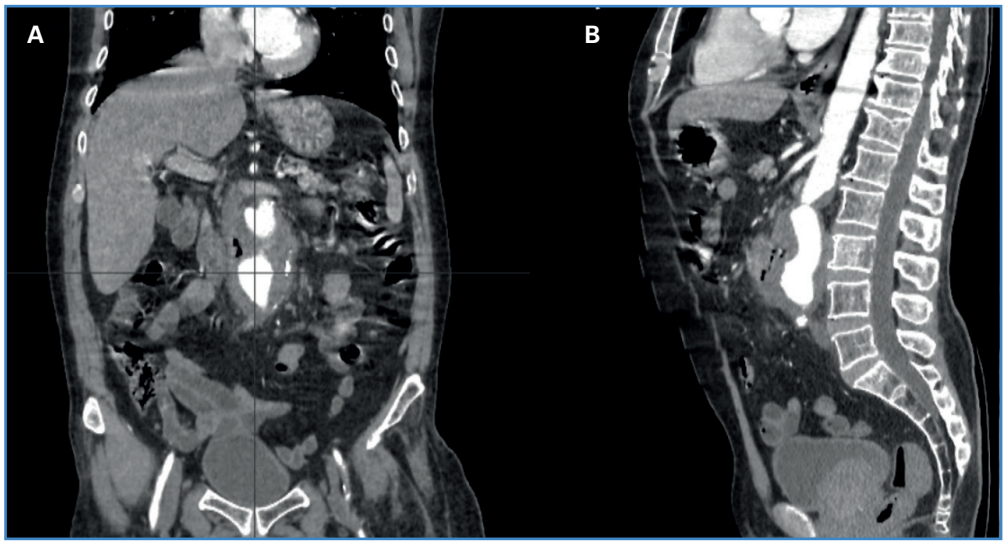

Figura 1. *A y B. Tomografía abdominal con hallazgo de aneurisma de aorta infrarrenal con signos de ruptura contenida que sugiere fístula aortoentérica primaria.*

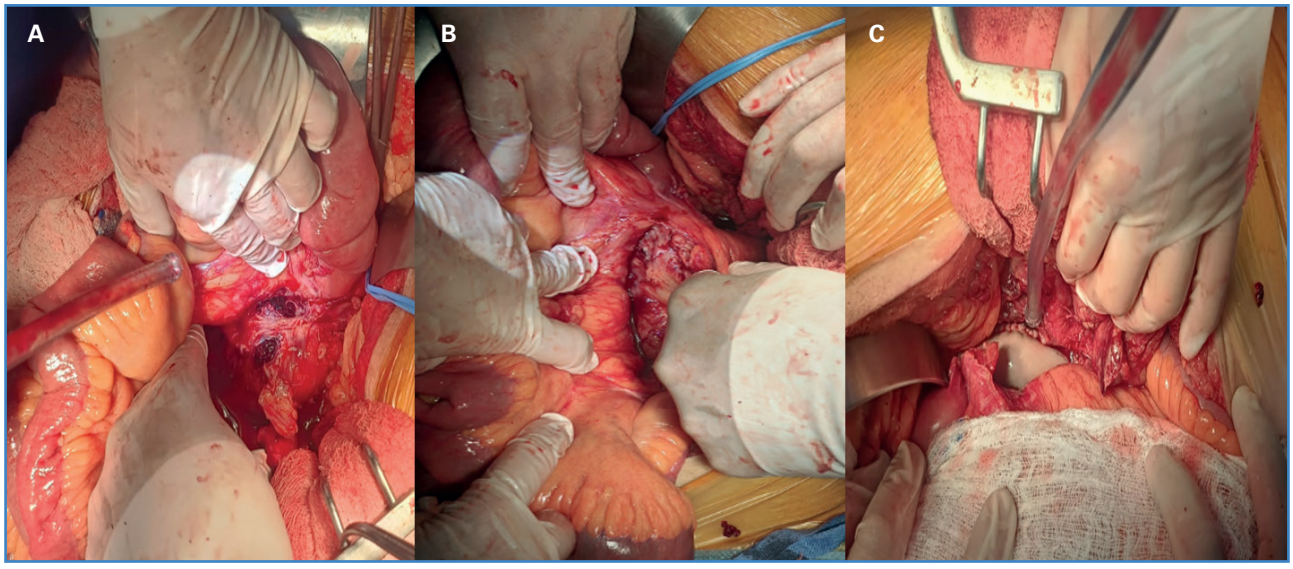

Figura 2. *A y B. Hallazgo intraoperatorio de fístula aortoentérica. C. Reparación quirúrgica con parche de pericardio bovino.*

DISCUSIÓN

La fístula aortoentérica (FAE) constituye una emergencia médica y quirúrgica, por lo que su abordaje integral, su diagnóstico oportuno y su intervención temprana son determinantes para la supervivencia del paciente. El sitio anatómico más frecuentemente comprometido es el duodeno (50-83 %), especialmente su tercera porción (51-60 %), seguido por la cuarta porción (5-8 %), la segunda (3 %) y la primera (1%) (2,3). Las localizaciones a nivel del yeyuno y del íleon son menos frecuentes, con una incidencia inferior al 4 % (3), y la afectación colónica es la más inusual (2).

El abordaje diagnóstico puede ser complejo, ya que los síntomas suelen ser inespecíficos y pueden confundirse con otras patologías abdominales, lo que retrasa el diagnóstico definitivo (1). La presencia de una "hemorragia centinela" debe considerarse un signo de alarma, especialmente en pacientes con antecedentes de cirugía aórtica o diagnóstico de aneurisma abdominal (2,3). Aunque existen diversas herramientas diagnósticas, la tomografía computarizada con contraste es el estudio de elección,

ya que permite identificar hallazgos sugestivos, como burbujas de aire en el injerto, pérdida del plano graso entre la aorta y el intestino y presencia de contraste en la luz intestinal (2).

Una vez confirmado el diagnóstico, el tratamiento debe ser quirúrgico, mediante técnicas abiertas o endovasculares, en función de la estabilidad hemodinámica del paciente, de las características anatómicas y de la extensión del compromiso.

El enfoque endovascular se relaciona con menor trauma quirúrgico, reducción en el tiempo operatorio y una estancia hospitalaria más breve. Sin embargo, no está exento de riesgos, incluyendo hemorragias e infecciones. Diversos estudios han reportado tasas de éxito cercanas al 93 % y una mortalidad del 8,5 % a los 30 días.

Cuando hay afectación intestinal, el tratamiento debe adaptarse a cada caso. Si el defecto intestinal es inferior a 3 cm, puede considerarse un cierre primario, mientras que en defectos mayores a 3 cm se recomienda realizar una resección del duodeno.

Cada paciente debe ser individualizado, ya que el pronóstico depende directamente del tiempo transcurrido entre el inicio de los síntomas y la intervención quirúrgica. Es fundamental que cada caso se valore y se maneje por un equipo multidisciplinario. Finalmente, la prevención a través de técnicas quirúrgicas meticulosas y el seguimiento riguroso de los injertos aórticos son esenciales. La FAE es una patología en la que la sospecha clínica temprana y el abordaje multidisciplinario pueden significar la diferencia entre la vida y la muerte.

BIBLIOGRAFÍA

1. Calvo-García H, Herrera-Kok JH, Álvarez-Martínez A, Maqueda-Ara S, Ortega-Martín JM, Elosua-González T, et al. Aortoenteric fistulae and their multidisciplinary approach. Cir Cir 2023;91(4):571-5. DOI: 10.24875/CIRU.21000702
2. Ferreira FH, Ambrioso I, Rodrigues F, Martins PA, Amaro G. Aortoenteric Fistula: A Rare Cause of Gastrointestinal Bleeding. Cureus 2025;17(4):e82361. DOI: 10.7759/cureus.82361
3. Lozano Francisco S, Parreño Felipe, Parra María, González José I, Peña Rubén, Diego Elisa, et al. Fístula aorto-entérica y ley de Murphy. JONNPR 2020;5(7):702-20. DOI: 10.19230/jonnpr.3727
4. Vu QD, Menias CO, Bhalla S, Peterson C, Wang LL, Balfe DM. Aortoenteric fistulas: CT features and potential mimics. Radiographics 2009;29(1):197-209. DOI: 10.1148/rg.291075185
5. Tupper-Ring L, Mills L, McDonald J, Lightfoot C, Livingstone S, Jessula S. Aortoenteric fistula following elective laparoscopic cholecystectomy. J Vasc Surg Cases Innov Tech 2025;11(3):101761. DOI: 10.1016/j.jvscit.2025.101761
6. Acosta A, Karatanasopuloz Pintos R, Haydar C, Levy G, Martín C, Paiz M. Fístula aortoentérica como causa de hemorragia digestiva en tres pacientes adultos. Med. Intensiva 2006;30(3):120-2.