

## Cartas al Editor

### Fístula iliaco-apendicular. Una causa inusual de hemorragia digestiva

*Palabras clave:* Fístula iliaco-apendicular. Fístula aortoentérica. Hemorragia digestiva.

*Key words:* Iliac-appendiceal fistula. Aortoenteric fistula. Gastrointestinal bleeding.

*Sr. Editor:*

La fístula aortoentérica (FAE), definida como una comunicación entre la aorta y la pared del tubo digestivo, es una causa rara de hemorragia digestiva, que conlleva una elevada mortalidad, por lo que requiere una alta sospecha clínica para el diagnóstico y una conducta quirúrgica urgente.

Presentamos el caso de una paciente con fístula iliaco-apendicular primaria, cuya forma de presentación fue una hemorragia digestiva baja.

#### Caso clínico

Mujer de 59 años que acude a Urgencias por cuadro de rectorragia masiva indolora, fiebre y síncope. Como antecedentes personales destacan: carcinoma epidermoide de cérvix intervenido en el 2004 (histerectomía, doble anexectomía, radioterapia y braquiterapia), carcinoma epidermoide de lengua en 2005 y resección posterior pulmonar atípica por metástasis.

Al ingreso se encontraba estable, destacando una hemoglobina de 7,8 g/dl y un hematocrito del 24%. La radiología simple de

abdomen y la ecografía abdominal eran inespecíficas. Los estudios endoscópicos evidenciaban abundantes restos hemáticos en colon, sin identificar causa. En la TAC abdominal se visualizó una colección con gas a nivel del psoas derecho (Fig. 1).

Ante estos hallazgos y la persistencia de rectorragia, la paciente fue intervenida al cuarto día del ingreso, realizándose una laparotomía de urgencia (Fig. 2) en la que se encontró un proceso inflamatorio retrocecal afectando a ciego, apéndice y englobando la arteria iliaca derecha, comprobándose la existencia de fistulización iliaco-apendicular. Se realizó una hemicolectomía derecha ampliada y by-pass fémoro-femoral con vena safena. La paciente evolucionó favorablemente, siendo dada de alta a los 14 días de la intervención.

La anatomía-patológica informó de pieza de hemicolectomía derecha con necrosis mucosa y abundante material sanguíneo parcialmente organizado en el lecho apendicular. Focos metastáticos de carcinoma de células escamosas afectando a serosa, tejido graso y áreas perineurales y perivasculares (grandes vasos). Ganglios linfáticos aislados sin evidencia de malignidad. Material endoarterial con grupos de células tumorales de hábito escamoso.

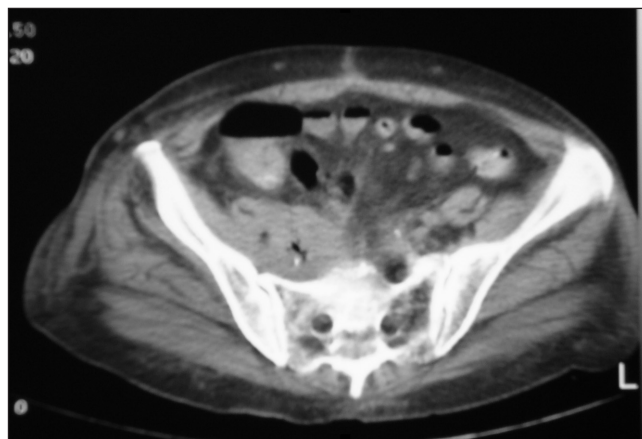


Fig. 1. TAC abdominal: colección con gas a nivel del psoas derecho.

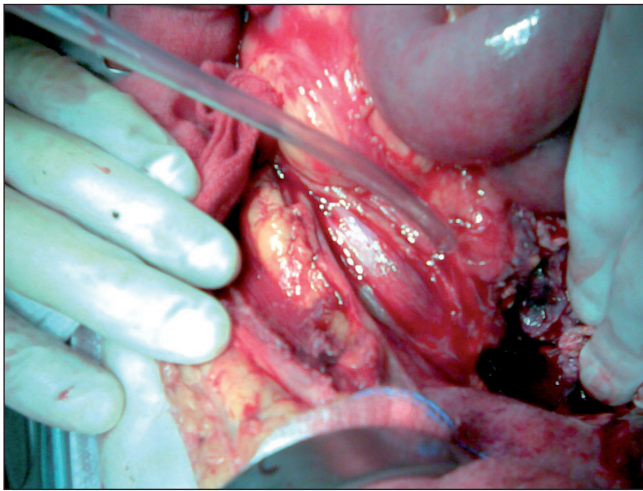


Fig. 2. Proceso inflamatorio retrocecal con fistulización iliaco-apendicular.

## Discusión

La mayoría de las FAE son secundarias a cirugía de aorta previa (1). Las fístulas primarias son infrecuentes y se asocian en su mayoría a aneurismas arterioescleróticos (90%), radioterapia, traumatismos, neoplasias, pseudoquistes pancreáticos, enfermedad ulcerosa, diverticulitis, apendicitis e infecciones arteriales (2,3).

El segmento más frecuentemente comprometido en el aparato digestivo es el duodeno (80%), especialmente la tercera porción (3). Nuestro caso es inusual debido a la localización y causa de la fístula. Se trata de una fistulización iliaco-apendicular causada por una recidiva neoplásica a nivel de grandes vasos y colon derecho. La extrema movilidad del apéndice hace que sea susceptible de verse implicado en cualquier patología intraabdominal (4,5). Tyson y cols. publicaron un caso de fístula iliaco-apendicular en 1969 (6).

El signo clínico principal es la hemorragia digestiva, generalmente en forma de sangrado intermitente, pudiendo ser exanguinante

al inicio, constituyendo la principal causa de muerte en estos pacientes (2).

Es una grave entidad, cuyo diagnóstico precisa de un alto grado de sospecha clínica. La endoscopia y la tomografía axial computarizada (TAC) son las técnicas más usadas para su diagnóstico, aunque no es infrecuente que estas técnicas sean negativas (2,3), siendo la mayoría diagnosticadas mediante laparotomía exploradora, como nuestro caso, debiendo realizarse tan pronto como se plantee la sospecha diagnóstica, ya que la mortalidad sin tratamiento quirúrgico es cercana al 100% (1).

Inmaculada Monjero Ares<sup>1</sup>, Carlos Gegúndez Gómez<sup>1</sup>,  
Francisco Javier Rielo Arias<sup>2</sup>, Ana Elisa Álvarez Gutiérrez<sup>1</sup>,  
Juan Pena Holguín<sup>2</sup>, Marlén Alvite Canosa<sup>1</sup>,  
Rocío González López<sup>1</sup>, Eva Iglesias Porto<sup>1</sup>,  
María Isabel Pérez Moreiras<sup>1</sup> y Félix Arijá Val<sup>1</sup>

<sup>1</sup>Servicio de Cirugía General y del Aparato Digestivo.

<sup>2</sup>Servicio de Cirugía Vascul. Hospital Universitario  
Lucus Augusti. Lugo

## Bibliografía

1. Morales Ruiz J, Selfa Muñoz A, Salmerón Escobar J. Hipovolemic shock caused by an aortoenteric fistula: an unusual cause of gastrointestinal bleeding. *Gastroenterol Hepatol* 2011;34:586-7.
2. Riera Vázquez R, Manuel-Rimbau Muñoz E, Julia Montoya J, Córdoba Gual J, Merino Mairal O, Lara Hernández R, et al. Primary aortoenteric fistula: a rare cause of gastrointestinal bleeding in young adults. *Gastroenterol Hepatol* 2005;28:26-9.
3. Acosta A, Karatanasopuloz Pintos R, Haydar C, Levy G, Martín C, Paiz M. Aortoenteric fistula as cause of digestive bleeding in three adult patients. *Med Intensiva* 2006;30:120-2.
4. Fievé G, Bour P. Aortoappendicular fistula after aortoiliac prosthetic replacement. *Ann Vasc Surg* 1989;3:187-9.
5. Matsuura K, Takahara Y, Sudo Y, Ishida K, Nakajima N. A Case of Fistula of the Right Iliac Aneurism to the Appendix. *Ann Vasc Surg* 2002;16:768-70.
6. Kitzmiller JW, Robb HJ, Barkel D, Clift D, Klein S, Madrazo A. Iliac appendiceal fistula: Case presentation and review of management. *J Vasc Surg* 1984;1:696-6.