

## Cartas al Director

### Hemorragia digestiva en varón con sida sin hepatopatía conocida

*Palabras clave:* Hemorragia digestiva. Sida. Fístula arterio-portal.

*Key words:* Gastrointestinal bleeding. AIDS. Arterio-portal fistula.

*Sr. Director:*

Exponemos el caso de un varón de 44 años sin hepatopatía conocida que acudió a urgencias por melenas. Se trataba de un paciente VIH positivo categoría C3. Había recibido diferentes tratamientos antirretrovirales a pesar de lo cual se mantenía con C. V. detectable y CD4 menor de 200 cel/ml.

En la exploración física no se objetivó hepato-esplenomegalia, estigmas de hepatopatía crónica ni otros datos de interés.

En la analítica destacaba una Hb de 9,3 mg/dl siendo el resto del hemograma, la creatinina, la urea, las pruebas de función hepática y la coagulación normales.

Tanto las serologías como el DNA de virus B y el RNA de virus C fueron negativos. El estudio inmunológico, estudio del hierro y cobre y de porfirias y la ecografía abdominal fueron normales.

Se decidió no realizar biopsia hepática ya que no iba a modificar la actitud terapéutica dado lo avanzado de su enfermedad de base con fracaso inmunológico y virológico.

La gastroscopia objetivó varices esofágicas grado III sin signos de sangrado activo. Se realizó colonoscopia sin objetivarse punto de sangrado. Ante la inestabilidad clínica del paciente se realizó arteriografía (Figs. 1 y 2).

En la primera imagen se ve la fase arterial tras la inyección de contraste en la arteria hepática y en la segunda con una diferencia de sólo tres segundos la fase venosa lo que indica la

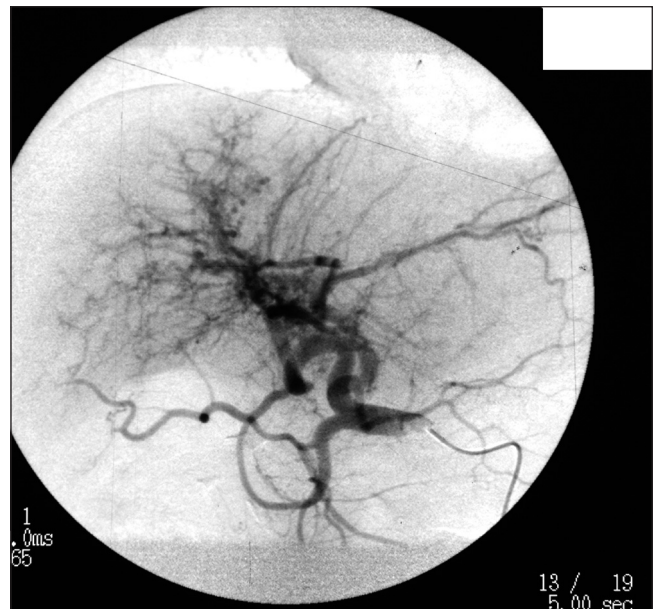


Fig. 1.

presencia de fístula arterio-portal en lóbulo hepático derecho. No había fuga de contraste y el gradiente de presión portal fue de 20 mmHg. Se realizó embolización selectiva de la arteria hepática derecha, con desaparición de la fístula y disminución del gradiente de presión portal a 8 mmHg. Un mes después presentó rectorragia por lo que se repitió la arteriografía objetivándose fístula en ambas arterias hepáticas realizándose embolización de las ramas de ambas arterias hepáticas. Desde entonces el paciente se ha mantenido asintomático.

### Discusión

Las fístulas arterioportales (FAP) pueden ser congénitas como en las enfermedades hereditarias telangiectásicas, las

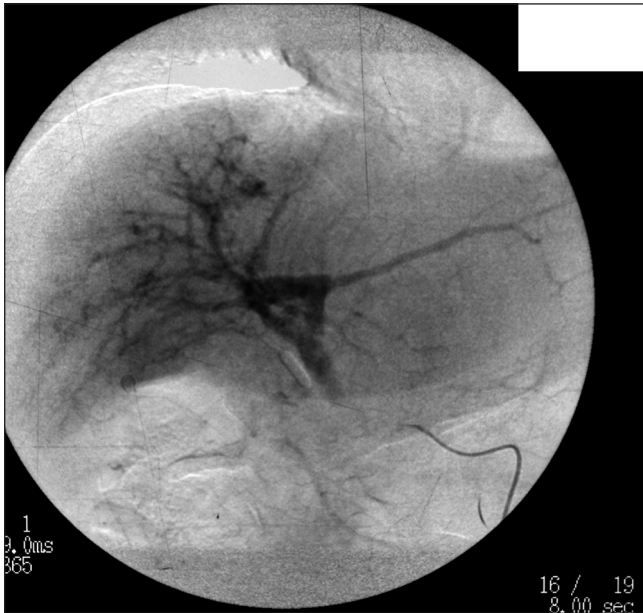


Fig. 2.

malformaciones arteriovenosas y los aneurismas. Las adquiridas son secundarias a traumatismo abdominal, iatrogénicas tras biopsias percutáneas, colangiografías, etc. Se pueden producir en caso de carcinoma hepatocelular, cirrosis, nódulos de regeneración y hemangiomas cavernosos.

Se producen varices esofágicas por hipertensión portal secundaria a hiperflujo sanguíneo. Así los síntomas dependen del volumen de sangre del *shunt*, y de la resistencia en el hígado

del incremento del flujo venoso mesentérico y portal.

Pueden ser asintomáticas o presentarse como complicación de hipertensión portal siendo el sangrado digestivo el síntoma más frecuente. El diagnóstico se puede hacer con ecografía doppler color, CT, angiorresonancia y la arteriografía permite confirmar el diagnóstico. El tratamiento de elección es ocluir con material no absorbible mediante radiología intervencionista, incluso en pacientes asintomáticos para prevenir complicaciones. Pueden ser necesarias múltiples intervenciones y la cirugía sólo estaría indicada si fracasan las anteriores.

P. Cubo, M. Abad, V. Estrada, J. Vergas, J. Lobo y S. Muñoz

*Unidad de Enfermedades Infecciosas.  
Hospital Clínico San Carlos. Madrid.*

#### BIBLIOGRAFÍA RECOMENDADA

1. Vauthey JN, Tomczak RJ, Helmberger T, Gertsch P, Forsmark C, Caridi J, et al. The arterioportal fistula syndrome: Clinicopathologic features, diagnosis, and therapy. *Gastroenterology* 1997; 113: 1390-401.
2. Sugano S, Kawafune T, Ohe K, Watanabe M, Tanigawa K, Ishikawa T. Intrahepatic arterioportal fistula most likely due to liver biopsy: an unusual cause of esophageal variceal hemorrhage. *J Clin Gastroenterol* 1999; 29 (3): 289-90.
3. Wolf S, Berger H, Jauch KW. Arterioportal fistula with portal hypertension after liver trauma: A case report and review of the literature. *Hepatogastroenterology* 1998; 45 (21): 821-6.
4. Tarazov PG, Prozorovskij KV. Intrahepatic spontaneous arterioportal fistula: duplex ultrasound diagnosis and angiographic treatment. *Am J Gastroenterol* 1991; 86 (6): 775-8.