



V-068 - Tratamiento de fístula aorto-esofágica mediante esofaguectomía y sustitución aórtica

D. Cortés Guiral, S. González Ayora, M. Posada González, E. Bernal Sánchez, G. Aldámiz-Echevarría, A. González, C. Aparicio y P. Vorwald

Hospital Universitario Fundación Jiménez Díaz, Madrid.

Resumen

Objetivos: La fístula aorto-esofágica tiene una elevada mortalidad por hemorragia digestiva. Presentamos el tratamiento de un caso mediante esofaguectomía y sustitución aórtica bajo hipotermia circulatoria moderada, parada cardiaca y exanguinación.

Caso clínico: La historia de nuestra paciente comienza en 2002 cuando sufre un accidente de tráfico con rotura contenida de la aorta torácica. Se colocó una endoprótesis para su tratamiento. En 2007 presenta colecistitis aguda perforada con importante peritonitis y perforación de colon transverso, por lo que se le realiza colectomía de colon transverso distal y descendente. En 2014, a sus 44 años, se establece la fístula aorto-esofágica y a consecuencia de la misma sufre una importante aortitis protésica con mediastinitis enfisematosa y un episodio de hematemesis con anemia significativa. Se le ofrece tratamiento quirúrgico que se lleva a cabo mediante abordaje por toracotomía postero-lateral. Se realiza canulación arterial en aorta ascendente y arteria femoral y canulación venosa en vena femoral y en arteria pulmonar, se comienza circulación extracorpórea (CEC) y enfriamiento hasta llegar a 25°, cuando se realiza parada cardiaca y exanguinación para realizar explante de endoprótesis y extirpación de aorta torácica descendente, objetivándose la fístula a nivel de T5. Tras 27 minutos de parada, se claman ambos extremos de la aorta y se reanuda perfusión. Se realiza esofaguectomía y tras nueva parada (10 minutos) se realiza "construcción" de tubo aórtico con pericardio bovino, con anastomosis proximal de tubo de pericardio a arco distal, conservando la subclavia. Se clampa el tubo y se reinicia CEC y recalentamiento. Se concluye la anastomosis distal y se completa recalentamiento y desconexión de la CEC sin necesidad de inotrópicos. Se realiza esogastomía cervical y yeyunostomía para nutrición. Tras 72 horas en la UVI la paciente pasa a la planta, donde es estudiada por neurología por presentar movimiento coreo-balísticos que ceden con haloperidol, sin objetivarse lesiones isquémicas en pruebas de imagen. Tras 21 días de ingreso es dada de alta tras arteriografía control que objetiva buen estado de neo-aorta, sin fugas y con adecuada perfusión en las ramas viscerales, siendo de especial interés la integridad de la arteria gástrica izquierda y gastro-epiplóica para la posterior reconstrucción del tránsito, que consistirá en tubulización gástrica y ascenso retro-esternal, ya que por la colectomía previa no puede utilizarse el colon para la reconstrucción del tránsito.

Discusión: La hipotermia sistémica previene las lesiones cardiacas, cerebrales y viscerales. Gracias

a la técnica de exclusión vascular total de la aorta torácica se ha podido tratar esta fístula aorto-esofágica que suponía una importante amenaza de muerte por hematemesis masiva o por complicaciones de la mediastinitis. La aplicación de esta técnica al tratamiento de esta grave patología aporta una opción terapéutica eficaz.