CIR ESP. 2020;98(Espec Congr 1):177

Cirugía Española

www.elsevier.es/cirugia

P-062 - A PROPÓSITO DE UN CASO: FÍSTULA ESÓFAGO CAROTIDEA EN UN PACIENTE CON ADENOCARCINOMA DE ESÓFAGO

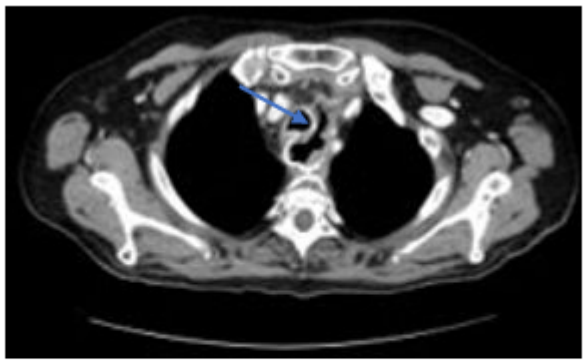
Lagunas Caballero, Esther; Castanedo Bezanilla, Sonia; Trugeda Carrera, María Soledad; García Cardo, Juan; Toledo Martínez, Enrique; Anderson, Edward Joseph; Valbuena Jabares, Víctor; Rodríguez San Juan, Juan Carlos

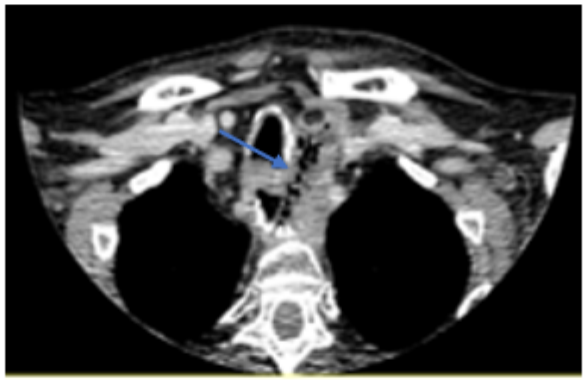
Hospital Universitario Marqués de Valdecilla, Santander.

Resumen

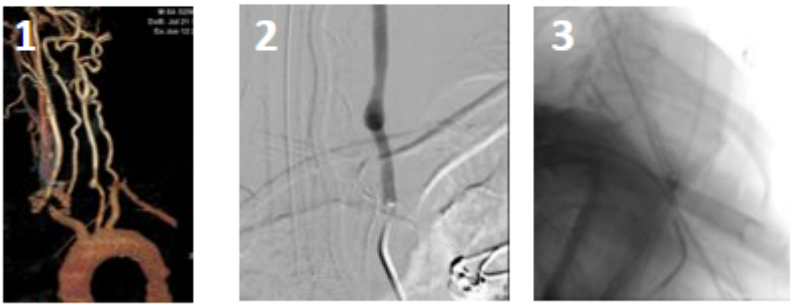
Introducción: La fístula esófago carotídea se define como una comunicación anormal entre el esófago y la arteria carótida que pone en riesgo inminente la vida del paciente. Una actuación rápida tanto en la sospecha diagnóstica como en la intervención terapéutica puede ser crucial para su supervivencia. El objetivo es presentar la fístula esófago-vascular como diagnóstico a tener en cuenta en pacientes con hematemesis masiva.

Caso clínico: Presentamos el caso de un varón de 64 años exfumador, diagnosticado en diciembre de 2018 de un carcinoma epidermoide de tercio superior esofágico (T4bN1M0), tratado inicialmente mediante radioterapia concomitante con un total de tres ciclos de quimioterapia (cisplatino-capecitabina). En control radiológico en julio de 2019, se objetiva progresión locorregional, pulmonar, suprarrenal y ganglionar. En junio de 2020, pendiente de inicio de tratamiento, el paciente acude a urgencias por shock hemorrágico en el contexto de hematemesis y hemoptisis. En angioTAC se objetiva la presencia de un pseudoaneurisma de la arteria carótida primitiva proximal secundario a infiltración tumoral. Ante este hallazgo y tras la estabilización hemodinámica del paciente, se decidió completar el estudio con un TAC de arterias supraaórticas, evidenciando una dilatación pseudoaneurismática en el tercio proximal de la arteria carótida primitiva izquierda, en íntima relación a la tumoración esofágica, con signos de sangrado agudo y hematoma de partes blandas. El paciente fue intervenido de forma urgente por radiología intervencionista para colocación de stent carotídeo, logrando la oclusión completa del punto de rotura arterial. En un control de imagen posterior se identificó la correcta colocación del stent carotideo izquierdo, así como su permeabilidad y la ausencia de datos de sangrado activo.





Imágenes de TAC donde se aprecia la fístula esófago carotídea (flecha azul).



Reconstrucción tridimensional de los troncos supraaórticvos (1). Colocación de stent endovascular (2 y 3).

Discusión: Las causas más frecuentes de la fístula esófago carotídea incluyen: heridas penetrantes, lesiones por ingesta de cuerpo extraño y complicaciones poscirugía esofágica. Son pocos los casos recogidos en la literatura que estén ocasionados por un tumor esofágico. Un elemento común en estos pacientes es el tratamiento con radioterapia. Su forma de presentación más frecuente es la hematemesis masiva, que suele condicionar la muerte rápida del paciente por un cuadro de shock hipovolémico. El angioTAC es la prueba diagnóstica más apropiada para su identificación. En ocasiones, se debe valorar completar el estudio mediante endoscopia digestiva alta o esofagografía. En cuanto al tratamiento, la estabilización hemodinámica y la reposición de volumen, seguidos de los procedimientos endovasculares apropiados (en forma de embolización con coils u oclusor de Amplatzer), constituyen la aproximación terapéutica más habitual. En ocasiones es necesario recurrir a la ligadura quirúrgica. Adicionalmente, algunos artículos recogen la posibilidad de interposición de un flap de músculo esternocleidomastoideo entre las estructuras comunicadas como técnica complementaria a la colocación de la prótesis endovascular.

0009-739X © 2020 AEC. Publicado por Elsevier España, S.L.U. Todos los derechos reservados