



V-025 - ESOFAGUECTOMÍA EN EL CONTEXTO DEL TRATAMIENTO DE UNA FISTULA AORTO-ESOFÁGICA DE CAUSA NO FILIADA

Mínguez Ruiz, Germán; Gonzales Stuva, Jéssica P.; Jara Quezada, Jimi H.; Rodicio Miravalles, José Luis; Turienzo Santos, Estrella; Sanz Álvarez, Lourdes; González González, Juan José

Hospital Universitario Central de Asturias, Oviedo.

Resumen

Introducción: La fistula aorto-esofágica es una patología poco frecuente de causa diversa: aneurisma aórtico, ingesta de cuerpos extraños o cáncer de esófago avanzado, con elevada mortalidad y tratamiento controvertido. La sintomatología más frecuente es la fiebre, el dolor torácico, la hematemesis y el shock. El TC confirma el diagnóstico en el 92% de los casos. El tratamiento debe ser agresivo, ya que la mortalidad al año es del 100% con tratamiento conservador y habrá que adecuarlo a la etiología y localización de la lesión, debe ir dirigido a evitar el sangrado y al control de la sepsis. Aunque los mejores resultados se obtienen al realizar una reparación aórtica asociada a esofaguectomía, en lesiones que afectan al arco aórtico la reparación arterial es compleja y la utilización de dispositivos endovasculares previos a la esofaguectomía tiene resultados aceptables con supervivencia del 43% al año del tratamiento. Presentamos un caso tratado con éxito en nuestro Servicio.

Caso clínico: Se trata de una paciente de 67 años que tras el diagnóstico de un aneurisma micótico del cayado de la aorta de causa no filiada fue tratada mediante reparación endovascular con colocación de prótesis. Tras el alta médica, la paciente desarrolló un síndrome febril 25 días después de la colocación de la prótesis. Estudiado mediante angioTC que mostró una íntima relación entre la pared aórtica a nivel de la prótesis y el esófago, colección adyacente de 2 x 3 x 3 cm con aire en su interior; y endoscopia digestiva alta en la que se apreció, una solución de continuidad en su pared de 2 cm, con prótesis sellando el orificio sin otro signo de patología intrínseca esofágica. Con el diagnóstico de fistula aorto-esofágica tras valorar el caso en sesión multidisciplinar se realizó extensión de la prótesis aórtica previa por vía endovascular, seguida de esofaguectomía por triple vía: Primer tiempo: esofaguectomía subtotal mediante toracotomía posterolateral derecha tras disección de la fistula y confección de un colgajo pleural para cubrir la prótesis expuesta a través del defecto aórtico. Segundo tiempo: plastia tubular gástrica tunelizada por vía retroesternal. Y tercer tiempo: cervicotomía izquierda con anastomosis termino-lateral manual. El postoperatorio transcurrió sin complicaciones notables, se inició la tolerancia digestiva al 8º día tras un estudio gastro-duodenal normal y se mantuvo pauta antibiótica intravenosa de amplio espectro durante 30 días, con cambio de la misma a vía oral tras hemocultivos negativos después de ventana terapéutica. La paciente fue alta hospitalaria el día 42 previo TC tóraco-abdominal de control sin signos de complicación. Durante el primer año tras la cirugía la paciente presentó un absceso a nivel de la cervicotomía que requirió drenaje y una pérdida de peso de 15 Kg. Los controles de imagen no

muestran alteraciones a nivel de la endoprótesis ni en la plastia gástrica.

Discusión: El tratamiento de la fístula aortoesofágica debe individualizarse en función de su etiología, no siempre clara, y el estado general del paciente. El control de la lesión aortica (pseudoaneurisma) mediante una prótesis endovascular y la prevención/tratamiento de su infección serán los pilares básicos.