



# Cirugía Española

[www.elsevier.es/cirugia](http://www.elsevier.es/cirugia)



## V-028 - Tratamiento diferido en dos tiempos con técnicas mínimamente invasivas de fístula aorto-esofágica secundario a aneurisma AÓRTICO

Colás Ruiz, Enrique; Fernández Cebrián, José María; Gil, Pablo; Quintáns, Antonio; Celi, Edgardo; Linacero, Santiago; Martín, Libertad; Cancer, Susana

Fundación Hospital Alorcón, Alorcón.

### Resumen

**Introducción:** La fístula aorto-esofágica es una patología urgente poco frecuente de sangrado digestivo, siendo un verdadero desafío para cualquier cirujano. Los pacientes tienen un mal pronóstico, con escasa tasa de supervivencia.

**Caso clínico:** Presentamos un varón de 71 años con antecedentes de obesidad, HTA, dislipemia, insuficiencia renal crónica, SAOS, cor pulmonale, HT pulmonar y aneurisma de aorta abdominal de pequeño tamaño en seguimiento por cirugía vascular, que acude a Urgencias por hematemesis, acompañado de dolor retroesternal y fiebre de hasta 38 °C de unas 48 horas. Durante su estancia en el servicio de Urgencias se inestabiliza hemodinámicamente, procediéndose a intubación y aporte de volumen con sangre y cristaloides. Se procede a la realización de una endoscopia digestiva alta, observándose a 40 cm lesión de aspecto proliferativo que parece depender de la mucosa sin claro sangrado, sin varices esofágicas y estómago lleno de contenido hemático fresco. Se realiza TC con hallazgos compatibles con aneurisma roto de aorta torácica descendente con fístula aorto-esofágica. Ante estos hallazgos se decide conjuntamente con los servicios de Cirugía General y Cirugía Vascular, la reparación aórtica y plantear en un segundo tiempo el tratamiento definitivo dada la mala situación del paciente. Se implantan tres endoprótesis solapadas de 44/44 enrasada a subclavia izquierda, 46/46 y 46/42 enrasada a mesentérica inferior, y viabahn en tronco celiaco. El paciente permanece ingresado en la UCI cuatro meses, con una evolución tórpida por problemas respiratorios, sin datos de mediastinitis en las sucesivas pruebas de imagen, planteándose colocación de endoprótesis esofágica desestimada por Digestivo. Durante este tiempo se trató con antibioterapia, precisó una fibrobroncoscopia por atelectasia masiva del pulmón izquierdo, con progresión respiratoria lenta precisando traqueotomía, varios cambios de vías centrales por infección desarrolló una trombosis yugular... y en sucesivas endoscopias se visualizaba zona con fibrina sin visualizar orificio concreto. Tras la mejoría, en nueva endoscopia se identifica cavidad con fibrina y zona de erosión con dudas de visualizar endoprótesis, así que se planteó tratamiento mediante abordaje toracoscópico derecho y laparotomía subcostal bilateral, sin evidenciar signos de mediastinitis, con esófago distal fijado sobre aorta con cavidad residual con membrana piógena sin signos de contaminación, realizándose esofagectomía toracoscópica y reconstrucción con gastroplastia tubular con anastomosis cervical y epiploplastia sobre aorta descendente. Se colocó sonda de faringostomía para alimentación y descompresión por elevado riesgo de dehiscencia. Durante el postoperatorio permaneció en la UCI durante dos meses con importantes problemas

respiratorios que condicionaron insuficiencia respiratoria global precisando ventilación mecánica prolongada, además de un trastorno depresivo.

**Discusión:** El tratamiento de la fístula aortoesofágica actualmente es controvertido, aunque lo primero que se debe realizar es el control del sangrado tratando de reparar la rotura aortica. Actualmente las técnicas endovasculares y laparoscópicas permiten menor agresión en pacientes críticos.