



P-172 - FISTULA GASTROBRONQUIAL POSESOFACTOMÍA, LA IMPORTANCIA DE LA SOSPECHA CLÍNICA

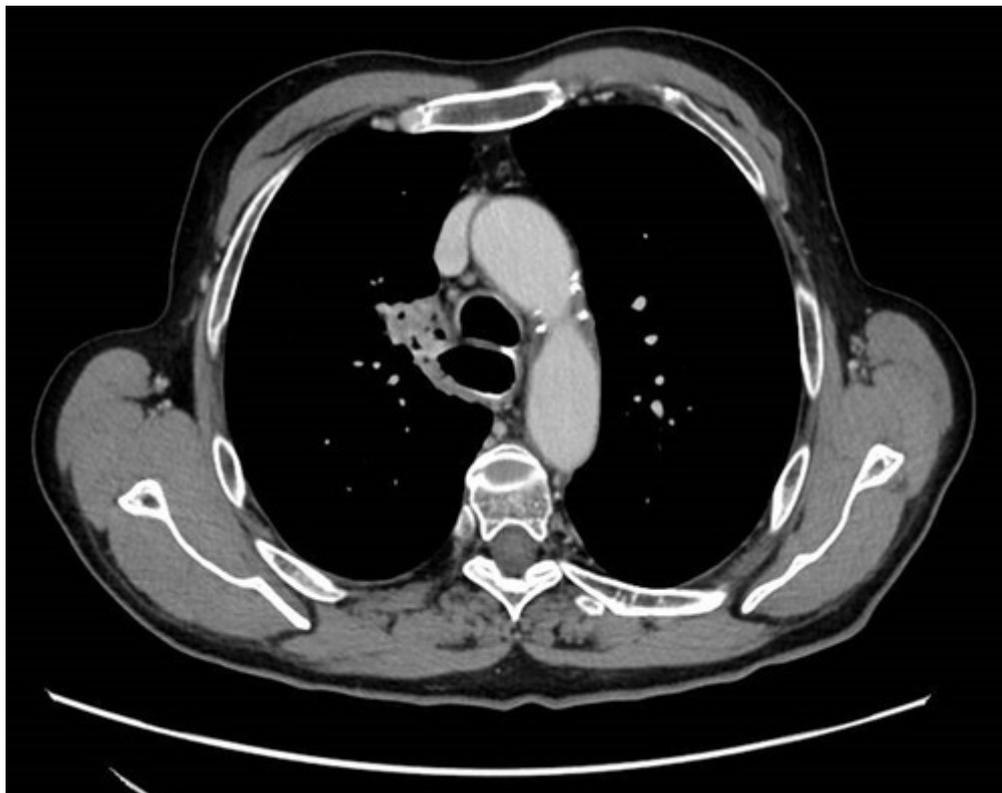
Crespo Álvarez, Marco Antonio; Lavin Montoro, Lucia; Vega Novillo, Viviana Alejandra; Rodríguez Cuellar, Elias; Alegre Torrado, Cristina; Pérez Zapata, Ana Isabel; Vivas López, Alfredo Alejandro; Ferrero Herrero, Eduardo

Hospital Universitario 12 de Octubre, Madrid.

Resumen

Introducción: La fístula gastrobronquial es una complicación rara y devastadora de la esofagectomía con esofagogastroplastia. La causa más probable es una fuga de la anastomosis esofagogastrica con posterior absceso mediastínico y ruptura del árbol traqueobronquial. La presentación clínica incluye tos al tragar, fiebre y neumonías recurrentes. El tratamiento es controvertido y debe individualizarse, dependerá entre otros de la condición del paciente, la gravedad de los síntomas presentados o el tamaño y localización de la fístula. La interposición quirúrgica con colgajos musculares, su obliteración endoscópica mediante *stents* o el manejo conservador con nutrición enteral son algunas de las opciones terapéuticas.

Caso clínico: Varón de 68 años, con antecedentes personales de hipertensión arterial, exfumador, hepatopatía enólica y adenocarcinoma de la unión gastroesofágica diagnosticado en 2021. Tras recibir quimiorradioterapia neoadyuvante con respuesta parcial se realiza esofagectomía con esofagogastroplastia según la técnica de McKeown en julio de 2022. Presenta un ingreso prolongado por dehiscencia anastomótica de 1 cm que requiere de la colocación de una prótesis metálica endoscópica. Posteriormente tras evidenciarse endoscópicamente cierre de la dehiscencia se retira la prótesis; no obstante a 25 cm de la arcada dentaria sobre la plastia gástrica, se objetiva una solución de continuidad de 2 cm de nueva aparición con tejido de granulación y exudado fibrinoso subsidiaria de colocación de un dispositivo de aspiración tipo EsoSponge. Tras 2 semanas de tratamiento aspirativo, su diámetro se reduce a 3 mm y finalmente se retira el dispositivo. Clínicamente, durante el ingreso presentó tos persistente con la ingesta, especialmente con líquidos, que mejoró progresivamente permitiendo la progresión dietética y el alta a domicilio. Tras el alta, acude inicialmente en varias ocasiones a urgencias por neumonías de repetición en lóbulo superior derecho (LSD). En TAC ambulatorio de control a los 8 meses de la intervención, se objetiva una neumonía en LSD adyacente al margen anterolateral derecho de la plastia gástrica demostrándose contraste en el centro de la consolidación sugestivo de fístula entre la plastia gástrica y la consolidación, así mismo presentaba progresión tumoral de nódulos pulmonares metastásicos. El paciente se encontraba en domicilio oligosintomático, presentaba tos con escasa expectoración que no relacionaba con la ingesta oral. Se decide cursar ingreso para antibioterapia y completar estudio. Se realiza gastroscopia en la que se aprecia disminución del orificio conocido, descrito actualmente como fistulizante a sistema respiratorio. Dado su pequeño tamaño, 1-2 mm, se decide manejo conservador y se desestiman abordajes terapéuticos invasivos.



Discusión: La fístula gastrobronquial es una complicación poco frecuente de la esofagectomía con esofagogastroplastia, puede cursar de manera oligosintomática o tener resultados catastróficos para el paciente. Una anamnesis rigurosa con especial atención a los antecedentes quirúrgicos, la presencia de tos con la ingesta, neumonías recidivantes y los hallazgos radiológicos son cruciales para establecer un diagnóstico temprano y tratamiento individualizado.