



P-171 - PERFORACIÓN ESOFÁGICA TRAS COLOCACIÓN DE PRÓTESIS DE AORTA TORÁCICA EN PACIENTE CON ANEURISMA DE AORTA TORÁCICA ROTO

Gonzalo Hernández, Ayoze; Acosta Mérida, María Asunción; Fernández Quesada, Carlos; Casimiro Pérez, Jose Antonio; Suárez Cabrera, Aurora; Marchena Gómez, Joaquín

Hospital Universitario de Gran Canaria Doctor Negrín, Las Palmas de Gran Canaria.

Resumen

Introducción: La colocación de prótesis para la reparación de aneurismas de aorta torácica (TEVAR) es una opción de manejo cada vez más utilizada en nuestro tiempo. No obstante, no está exenta de complicaciones, en algunos casos potencialmente mortales, como ocurre con la fístula aortoesofágica (FAE).

Caso clínico: Paciente varón de 75 años hipertenso, exfumador y EPOC que en julio de 2021 precisa cirugía urgente por rotura de aneurisma de aorta torácica, realizándose implante de endoprótesis. Es dado de alta asintomático y TC de control sin complicación. En agosto 2021, el paciente acude al servicio de urgencias por de dolor abdominal difuso y malestar general. A su llegada presenta tendencia a la hipotensión y taquicardia con pulsos presentes a todos los niveles y buen relleno distal. Abdomen distendido, timpánico y dolor difuso con irritación peritoneal. Se realiza TC urgente que objetiva burbujas de aire en la dilatación del saco aneurismático contactando con la pared posterior esofágica, compatible con FAE. Se realiza EDA por hematemesis que aprecia a 33 cm de arcada dentaria, orificio fistuloso de 1 cm de diámetro en cara posterior esofágica. Con la sospecha de FAE unido al progresivo deterioro hemodinámico del paciente se decide cirugía urgente. Intervención quirúrgica urgente: toracotomía posterolateral izquierda, objetivándose líquido maloliente y esfacelos en relación con sobreinfección periprotésica y mediastinitis alrededor de saco aneurismático. Gran úlcera perforada de 3,5 cm en cara posterior de esófago distal en contacto con la prótesis aórtica. Se desbrida, drena y lava la cavidad torácica. Cierre de orificio con puntos sueltos y parche de pleura mediastínica entre la prótesis aórtica y la sutura. Laparotomía media y gastrostomía. Esofagostomía exteriorizada a través de cervicotomía oblicua izquierda. Evolución: tras TC de control sin fuga de contraste se decide alta de la unidad de reanimación a planta de hospitalización el 4º día posoperatorio. En planta el paciente comienza con intenso dolor toracodorsal y mal estado general, taquipneico e hipertenso. A continuación sufre parada cardiorrespiratoria sin recuperación tras maniobras de reanimación.

Discusión: La FAE secundaria a infección de endoprótesis por aneurisma de aorta torácica es una entidad poco frecuente. El diagnóstico temprano es primordial y el TC con contraste debe considerarse la investigación inicial de elección. Los casos reportados en la literatura tratados de forma conservadora revelan un resultado fallido a corto o medio plazo. El implante de una nueva endoprótesis vascular constituye una estrategia efectiva y rápida de control de la hemorragia

asociada con la FAE. Además del control de la hemorragia el desbridamiento y el drenaje del mediastino debe realizarse en todos los casos. En nuestro caso se optó por un cierre primario del defecto esofágico con esofagostomía cervical y gastrostomía. Sospechar e investigar la presencia de fístula aortoentérica en cualquier paciente que haya sido sometido a cirugía aórtica y presente hematemesis o signos de sepsis es fundamental. El manejo conservador suele tener malos resultados por lo que parece clara la indicación quirúrgica siempre que la situación del paciente lo permita.