



V-166 - ABORDAJE QUIRÚRGICO DE LA FÍSTULA GASTROBRONQUIAL TRAS USO DE TERAPIA ENDOSCÓPICA DE VACÍO EN ESOFAGUECTOMÍA PARCIAL POR NEOPLASIA DE ESÓFAGO

Bertrand Torres, Marta; Codony Bassols, Clara; Pujadas de Palol, Marcel; Tió Muntadas, Berta; Luquin Company, Judith; Creus Cubero, Paula; Farrés Coll, Ramón

Hospital Universitari Doctor Josep Trueta, Girona.

Resumen

Introducción: Una fístula entre la vía respiratoria y la plastia gástrica tras una esofagectomía constituye una complicación infrecuente pero potencialmente letal. Entre las posibles etiologías encontramos lesiones quirúrgicas, isquemia, mediastinitis debido a fugas anastomóticas, o raramente, por el uso de dispositivos endoscópicos de vacío intracavitario. Debido a su baja incidencia, no existe un enfoque terapéutico estandarizado, y la literatura se limita principalmente a reportes de casos y estudios retrospectivos de series reducidas.

Caso clínico: Se trata de un varón de 57 años con diagnóstico de adenocarcinoma de la unión esofagogástrica Siewert 2. Después del tratamiento neoadyuvante con 4 ciclos de FLOT, se realizó una esofagectomía parcial robótica, encontrando una tumoración localmente avanzada con infiltración de los pilares, que fueron resecados en bloque. Se reconstruyó el tránsito con una anastomosis esofagogástrica intratorácica término-terminal manual. El sexto día posoperatorio se evidenció una dehiscencia anastomótica que se trató de forma endoscópica con Eso-SPONGE, realizándose 4 recambios con resolución de la mediastinitis incipiente. El vigesimotercer día posoperatorio el paciente presentó un cuadro agudo de insuficiencia respiratoria, secundaria a una neumonía broncoaspirativa bilateral masiva objetivada por tomografía, que requirió intubación orotraqueal y cuidados intensivos. Tras la intubación, se diagnosticó por fibrobroncoscopia una fístula en el bronquio principal derecho comunicada con la cara anterior de la anastomosis gastroesofágica a nivel de la dehiscencia, sospechándose que el dispositivo Eso-SPONGE pudiera haber contribuido a su desarrollo. Se colocó una endoprótesis digestiva, lo que inicialmente mejoró la fuga aérea. Sin embargo, el paciente empeoró debido al difícil manejo de la neumonía bilateral masiva dada la dificultad para la ventilación mecánica, así que se optó por realizar una cirugía mínimamente invasiva para tratar de mejorar el manejo ventilatorio inicialmente, y reparar la fístula de forma definitiva en un segundo tiempo. Se realizó una toracoscopia urgente, evidenciando el orificio fistuloso y realizando una reparación con un parche de pleura, malla bioA y un adhesivo de tejidos. Aunque inicialmente se logró resolver la fístula bronquial, el paciente no evolucionó favorablemente debido a la neumonía. Finalmente, 10 días después de la reintervención, el paciente falleció en la UCI.

Discusión: La esofagectomía parcial sigue siendo un procedimiento con una elevada tasa de

morbilidad posoperatoria, oscilando entre el 40-50%. La fístula traqueobronquial es una complicación rara con una incidencia del 0,8 al 3,9%, sin embargo, esta complicación está relacionada con la tasa de mortalidad más alta de las complicaciones mayores, alcanzando hasta el 57%. En este caso en particular, se sospecha que la fístula bronquial fue desarrollada en consecuencia a la terapia endoscópica de vacío, dada la cronología de su aparición y la localización del trayecto fistuloso directamente sobre la dehiscencia anastomótica, en la cara anterior de la anastomosis, donde se colocó la esponja. Los pacientes con insuficiencia respiratoria aguda pueden beneficiarse de una intervención quirúrgica para cerrar la comunicación fistulosa con la vía aérea. Algunas opciones incluyen el uso de tejido autólogo vascularizado o materiales bioprotésicos, considerando que el estándar de tratamiento es realizar una plastia de interposición con músculo intercostal.