



P-159 - FÍSTULA ESOFÁGICA SOBRE ÚLCERA DE BARRETT

M.F. Anduaga Peña, O. Rozo, Y. Aguilera, A. García Plaza, O. Abdel-Lah Fernández, S. Carrero, F. Parreño Manchado y L. Muñoz-Bellvis

Complejo Asistencial Universitario de Salamanca, Salamanca.

Resumen

Introducción: El Esófago de Barrett se define como la presencia de metaplasia columnar en el esófago distal. Por lo tanto, la úlcera de Barrett es aquella úlcera péptica, que ocurre en una mucosa metaplásica en aproximadamente el 10% de los casos diagnosticada mediante gastroscopia. Excepcionalmente estas se perforan o fistulizan a tejidos adyacentes.

Objetivos: Describir el caso de un paciente con HDA, en el que mediante gastroscopia, se diagnosticó una fístula esofágica contenida sobre una úlcera de Barrett descartándose malignidad mediante biopsias seriadas y que ante la estabilidad hemodinámica del mismo, se decidió tratamiento conservador.

Caso clínico: Paciente varón de 66 años con antecedentes de esquizofrenia residual, esófago de Barrett, úlcera esofágica visualizada por endoscopia un año antes y DM de novo. Acudió a urgencias por HDA con inestabilidad hemodinámica que requirió ingreso en la Unidad de Cuidados Intensivos realizándose gastroscopia que describía a 35 cm, orificio fistuloso que comunica con cavidad de fondo necrótico (AP: mucosa con metaplasia intestinal y displasia de bajo grado, compatible con esófago de Barrett). Una vez estabilizado se le realizó TAC torácico evidenciándose fuga de contraste oral en 1/3 distal de esófago a pseudocavidad retrocardiaca que se extiende hacia región paramediastínica derecha de 7 x 8 cm. El paciente es evaluado por nuestro servicio para definir conducta quirúrgica. Durante su estancia, el paciente se mantiene estable hemodinámicamente con dieta absoluta, tto antibiótico y nutrición parenteral realizándose las siguientes pruebas, un primer tránsito EGD que describe imagen de adición sacular redondeada y elongada con pared mal definida y cuello de 1,2 cm, que sugiere divertículo epifrénico perforado con fístula y formación de pseudocavidad. Gastroscopia que refiere (desde 30 cm) mucosa ectópica (hasta 35 cm) y tejido mamelonado de aspecto tumoral, fístula de 15 mm con contenido purulento que comunica con una cavidad con pus de gran tamaño. Biopsia: fondo y bordes de úlcera: Tejido de granulación con intensa inflamación aguda y crónica; se obtuvieron dos biopsias negativas para células malignas. A las tres semanas se realiza un 2º tránsito EGD donde no se visualiza imagen de adición descrita en 1/3 distal esofágico y una última gastroscopia al mes sin visualizarse orificio fistuloso siendo dado de alta tolerando la vía oral.

Conclusiones: La úlcera de Barrett es una complicación bastante infrecuente sobre esófago de Barrett, siendo excepcional la perforación y fistulización a una pseudocavidad que evolucione de forma crónica como en el caso descrito. Creemos que el tratamiento puede ser conservador sobre el

esófago si se cumplen una serie de criterios: estabilidad hemodinámica, evolución crónica y ausencia de malignidad.