



Cirugía Española



www.elsevier.es/cirugia

P-009 - SERIE DE CUATRO CASOS DE FÍSTULA TRAQUEO/BRONQUIO-ESOFÁGICA ADQUIRIDA INTERVENIDOS QUIRÚRGICAMENTE EN UN HOSPITAL DE TERCER NIVEL

José María González González, Sara Monge Blanco, María Eugenia Solís Serván, Marco Matute Núñez, Daniel Andrades Sardiña, José Luis López Villalobos y Ana Isabel Blanco Orozco

Hospital Universitario Virgen del Rocío, Sevilla.

Resumen

Objetivos: Las fístulas traqueoesofágicas o broncoesofágicas adquiridas son entidades raras, de manejo complejo, y cuyo tratamiento es frecuentemente paliativo con *stents*. En esta serie exponemos el proceso asistencial de cuatro casos de pacientes en los que se ha realizado una intervención quirúrgica en nuestro centro con intención resolutive.

Métodos: Serie retrospectiva de cuatro casos de pacientes con fístula traqueoesofágica o broncoesofágica adquirida intervenidos quirúrgicamente en un servicio de cirugía torácica entre los años 2021 y 2023. Se utilizó el registro de morbilidad para identificar los pacientes a incluir en el estudio. Se realizó una descripción de la demografía de los pacientes, sus síntomas y pruebas complementarias realizadas para llegar al diagnóstico y orientar el manejo, entre otras variables. Se describieron también las intervenciones realizadas, la evolución durante el posoperatorio, si hubo complicaciones y el seguimiento en consulta hasta enero de 2024.

Resultados: Se incluyeron cuatro pacientes en la serie, tres hombres y una mujer, de entre 32 y 65 años. Tres casos tuvieron una fístula traqueoesofágica y uno tuvo una bronquioesofágica. Las formas de presentación fueron como infección respiratoria, disfagia progresiva a sólidos y líquidos, un hallazgo casual en endoscopia digestiva alta o tras una neoplasia de esófago intervenida mediante esofagectomía parcial distal Ivor-Lewis. Para el diagnóstico y el estudio preoperatorio se empleó una combinación de endoscopia digestiva alta, fibrobroncoscopia o TAC, dependiendo del caso. En uno la fístula se detectó al observar extravasación de contraste oral al árbol bronquial en un estudio de tránsito. El origen de la fístula fue variado, en uno el antecedente fue una intubación prolongada, en el segundo, un antecedente de tumor mediastínico tratado con quimio y radioterapia, y en dos de ellos una neoplasia de la unión gastroesofágica. En dos pacientes se realizó un cierre de fístula con interposición de plastia (una esofágica y otra pleural), en uno un cierre de fístula e interposición de prótesis de Bio-A y en la fístula bronquioesofágica se realizó una segmentectomía, sutura del orificio fistuloso y prótesis Bio-A. En todos el abordaje fue mediante una toracotomía posterolateral derecha. El tiempo de ingreso fue de entre 9 días hasta 45 días. Un paciente reingresó por una dehiscencia del esofagostoma, que se reparó, otro tuvo como complicación un hemotórax retenido en el posoperatorio, se realizó una toracotomía exploradora con evacuación de 300 ml de sangre y coágulos sin observarse punto de sangrado activo, dejando hemostáticos en receso ácido-esófago y

en cavidad. Y otro paciente fue *exitus* en el 9º día posoperatorio, tras una hemorragia masiva súbita recogida por el drenaje, se realizó una toracotomía exploradora con clampado de la arteria pulmonar pero el paciente entró en parada cardiorrespiratoria en quirófano, con intentos de resucitación infructuosos. De los cuatro, tres continúan vivos en el momento de la realización de este estudio.

Conclusiones: El abordaje quirúrgico de la fístula traqueoesofágica es complejo y no exento de complicaciones. Aun así, la reparación en casos seleccionados es una alternativa eficaz.