



P-054 - CONVERSIÓN TARDÍA DE ESOFAGECTOMÍA DE IVOR-LEWIS A ANASTOMOSIS CERVICAL POR FÍSTULA ESÓFAGO-BRONQUIAL PERSISTENTE

E. Etxebarria Beitia, I. Díez del Val, C. Loureiro González, J. Barrenetxea Asua, M. García Carrillo, I. del Hoyo Aretxabala, P. Pérez de Villarreal, L. Hierro-Olabarria Salgado, J. Bilbao Axpe y J. Méndez Martín

Hospital de Basurto-Osakidetza, Bilbao.

Resumen

Introducción: Se presenta el caso clínico de un varón de 52 años, fumador, con antecedentes de neumonía en 1990 y a quien se realizó una esofagectomía tipo Ivor-Lewis en 2007 por carcinoma escamoso pT4N1 de tercio distal esofágico.

Caso clínico: Al tercer mes postoperatorio, el paciente acude a Urgencia por presentar colección pleural en hemitórax derecho con burbujas aéreas en su interior, que requiere colocación de drenaje pleural. Al octavo mes se realiza gastroscopia, apreciándose estenosis anastomótica a 30 cm de arcada dentaria que impide el paso del endoscopio. Se procede a dilatación con balón que resulta exitosa. En los próximos meses precisa dos nuevas dilataciones. Ante la persistencia de estenosis se coloca prótesis metálica autoexpandible recubierta valvulada que se retira a las 6 semanas. Tras extraerla presenta disfagia colocándose nueva prótesis. En 2009, el paciente ingresa en el Servicio de Neumología por tos, disnea, fiebre y leucocitosis con neutrofilia, así como aumento de densidad de localización paratraqueal con probable cavitación en radiografía torácica. Ante la sospecha de absceso pulmonar secundario a fistulización esofágica, se practica fibrobroncoscopia, objetivándose supuración purulenta a nivel del segmento apical de LSD, sin poderse confirmar el origen de la fístula. Se administra antibioterapia intravenosa con buena evolución. En 2011, cuatro años tras la cirugía, en TEGD se aprecian cambios postquirúrgicos con marcada irregularidad de la zona anastomótica, con salida de contraste que rellena bronquios, sugestivo de recidiva neoplásica con fístula bronquial. La gastroscopia muestra a 30 cm de arcada dentaria residuo de la prótesis que se extrae parcialmente por estar totalmente integrada. Sin embargo, no puede confirmarse recidiva tumoral: las muestras son negativas para células malignas y se procede a la colocación de prótesis autoexpandible semicubierta. En 2012 se realiza TC torácico, apreciándose absceso pulmonar en LSD en continuidad con la prótesis esofágica. La gastroscopia confirma la existencia de una gran comunicación esofagobronquial. Se procede a colocar prótesis plástica esofágica sellando el extremo proximal de la prótesis metálica y el orificio fistuloso. Dada la mala evolución en el control de la sintomatología y la gran repercusión clínica, el paciente es presentado en sesión clínica del Comité de tumores esófago-gástricos y se decide intervención quirúrgica, presumiblemente coloplastia, sin descartar la posibilidad de utilizar el propio estómago, debido a que el TC muestra un antro intrabdominal redundante. Mediante toracotomía derecha, se procede a la liberación del pulmón derecho y la plastia gástrica y resección de la zona anastomótica incluyendo la endoprótesis, así como plastia de intercostal recubriendo la caverna residual y la fuga aérea. A través de una

laparotomía media se recupera la plastia gástrica y se realiza retubulización gástrica, que alcanza sin dificultad la cervicotomía lateral izquierda, donde se realiza una anastomosis manual término-terminal. El noveno día postoperatorio se realiza control anastomótico con contraste, sin demostrarse fugas ni colecciones mediastínicas. El paciente es dado de alta al 13º día. Seis meses después de la intervención se encuentra asintomático, con tolerancia oral y situación funcional normalizadas.