



Cirugía Española



www.elsevier.es/cirugia

P-131 - FÍSTULA AORTOESOFÁGICA POSGASTRECTOMÍA TOTAL LAPAROSCÓPICA

Rigueiro López, Lucía¹; Castro Vázquez, Joseba²; Loureiro González, Carlos²; García Fernández, Marta María²; Pérez de Villarreal Amilburu, Patricia²; Leturio Fernández, Saioa²; Artigues Puyadena, Lara²; Díez del Val, Ismael²

¹Complejo Hospitalario de Ourense, Ourense; ²Hospital de Basurto-Osakidetza, Bilbao.

Resumen

Introducción: La fístula aortoentérica es una entidad infrecuente, que consiste en la comunicación anormal entre la aorta y el tracto gastrointestinal. El lugar de comunicación más frecuente es el duodeno, pero puede comunicar con otros órganos, como puede ser el esófago. Además de la cirugía protésica de la aorta, existen una serie de factores de riesgo para la aparición de la fístula, entre los que se encuentran las neoplasias digestivas, las complicaciones de la cirugía gástrica y la colocación de stents o cuerpos extraños en el tracto gastrointestinal. Presentamos un caso clínico de un paciente que presenta una fístula aortoesofágica tras tratamiento quirúrgico por neoplasia gástrica.

Caso clínico: Varón de 75 años, diagnosticado de cáncer gástrico precoz (cT1bN0), al que se le realiza gastrectomía total, omentectomía y linfadenectomía D2 laparoscópicas. Incidentalmente, durante el proceso diagnóstico, se objetiva un mucocele apendicular, por lo que se realiza apendicectomía en el mismo acto. La anatomía patológica resulta de adenocarcinoma gástrico pT4N0 y adenocarcinoma mucinoso apendicular pT2 con margen afecto. En el posoperatorio desarrolla una pequeña dehiscencia de la anastomosis esófago-yeyunal con escasa repercusión clínica y analítica. Con el objetivo de agilizar la recuperación y el tratamiento precoz ante la anatomía patológica ya conocida, se decide colocación de prótesis esofágica recubierta por endoscopia. Tras esto, el paciente evoluciona favorablemente y es dado de alta. Sin embargo, a las 24 horas reingresa por hematemesis con angioTC normal, realizándose endoscopia que controla la hemorragia mediante clips sin visualizar adecuadamente la endoprótesis (sospecha de migración), por lo que a las 8 horas se retira la misma mediante nueva endoscopia. Cinco días después, presenta nueva hemorragia con inestabilización, no consiguiéndose control endoscópico, por lo que se decide intervención quirúrgica urgente vía abierta por sospecha de fístula aortoesofágica. Durante la cirugía, se confirma la fístula aortoesofágica, que se repara con sutura aórtica directa. Para su visualización, es preciso deshacer la anastomosis esófago-yeyunal, realizándose esofagectomía, esofagostomía cervical y yeyunostomía de alimentación. El paciente evoluciona favorablemente, con buena tolerancia a nutrición enteral, realizándose angioTC de control a la semana sin alteraciones de la aorta torácica, por lo que es dado de alta. Sin embargo, tras el alta, fallece de forma súbita en domicilio por causas desconocidas (no se realiza necropsia).

Discusión: La fístula aortoentérica es una entidad rara, pero muy grave, que se debe sospechar en pacientes con hemorragia digestiva que presenten factores de riesgo para su aparición. El angioTC es la prueba diagnóstica de elección, aunque en pacientes inestables el diagnóstico va a realizarse en quirófano en la mayoría de ocasiones. El tratamiento se basa en tres pilares: resucitación y

estabilización hemodinámica, tratamiento antimicrobiano prolongado y reparación de la fístula. Aunque la reparación por cirugía abierta es de elección, el manejo endovascular tiene un papel cada vez más importante, ya sea como puente a cirugía abierta en pacientes inestables o como tratamiento definitivo. El pronóstico es desfavorable, con elevada mortalidad, por lo que la rapidez en el diagnóstico y la agresividad del tratamiento son claves para una buena evolución.