



Cirugía Española

www.elsevier.es/cirugia



V-082 - TRATAMIENTO QUIRÚRGICO DE LA FÍSTULA TRAQUEOESOFÁGICA CON REPARACIÓN PROTÉSICA BIOABSORBIBLE

Sánchez Matas, Carmen; García León, Anabel; Monge Blanco, Sara; García Gómez, Francisco; López Villalobos, José Luis; Congregado Loscertales, Miguel; Morales Conde, Salvador; Blanco Orozco, Ana Isabel

Hospital Universitario Virgen del Rocío, Sevilla.

Resumen

Introducción: La fístula tráqueoesofágica (FTE) yatrogénica es una patología de baja incidencia, suponiendo el 0,3 -0,5% de los pacientes sometidos a alguna técnica intervencionista en el esófago o la vía aérea principal. En su mayor parte están en relación con intubación orotraqueal prolongada, el intervencionismo endoscópico y la realización de traqueostomías. Las desarrolladas tras cirugía esofágica son extremadamente raras y su reparación quirúrgica es técnicamente compleja. Además, el periodo perioperatorio es altamente exigente, siendo imprescindible una estrecha colaboración interdisciplinar. Las prótesis esofágicas han mostrado utilidad en el tratamiento conservador de dehiscencias parciales de las anastomosis, no obstante, su uso en fístulas con la vía aérea es muy discutido. El empleo de prótesis sintéticas para la reparación de FTE es un tema de actualidad con escasas series de casos publicadas en la literatura. Las prótesis sintéticas bioabsorbibles actúan de matriz tridimensional facilitando la generación de tejido y la curación. Se considera una estrategia factible que puede ser efectiva en casos complejos. Presentamos el primer caso de nuestra serie de pacientes con FTE reparada utilizando material protésico absorbible.

Caso clínico: Paciente de 55 años con el antecedente personal de adenocarcinoma de la unión esofagogástrica tratado con quimioterapia y radioterapia neoadyuvante seguida de cirugía en febrero de 2019 realizándose esofagectomía Ivor-Lewis. Seguimiento posterior libre de enfermedad y marcado por el desarrollo de una fístula esófago-bronquial (FEB) derecha tratada con endoprótesis en Y de silicona (Dumon) colocada en marzo de 2020 tapando orificio fistuloso y con retirada en septiembre ante el pobre resultado con infecciones respiratorias de repetición y acúmulo de secreciones. Se valora en consultas tras la retirada de la prótesis de silicona y ante la persistencia de la fístula se decide intervención quirúrgica. Durante la intervención se comprueba mediante fibrobroncoscopia intraoperatoria el nivel de la fístula que se localiza en el inicio del bronquio principal derecho (BPD), se disecciona e independiza la plastia gástrica/esófago y tráquea/BPD-bronquio intermediario. Disección circunferencial del trayecto fistuloso y sección del mismo. Cierre del orificio fistuloso a nivel de plastia gástrica/esófago y del orificio bronquial. Se comprueba aerostasia sin fuga aérea. Se coloca malla sintética bioabsorbible sobre sutura esofágica para independizarla de la bronquial. Se colocan 2 drenajes pleurales. Posoperatorio con cobertura antibiótica mantenida durante los primeros 6 días. Se realizó estudio gastroduodenal al 6º día posoperatorio visualizándose paso del contraste sin signos de fuga e iniciando tolerancia oral al 7º día posoperatorio sin incidencias. Como incidencia, presentó salida accidental de drenajes pleurales que precisó su

recolocación de nuevo por producción de hidroneumotórax bilateral con resolución adecuada que permitió su retirada progresiva. El paciente fue alta hospitalaria al 19º PO. Revisión en consultas con la realización de fibrobroncoscopia a los 3 meses posoperatorios objetivándose zona de cicatrización del antiguo orificio fistuloso sin recidiva.

Discusión: El empleo de material protésico absorbible en la reparación de FTE se presenta como una estrategia factible con buenos resultados en el caso que describimos, aunque aún se necesitan más estudios para identificar el material protésico ideal.