



## 27 - PRÓTESIS ENDOSCÓPICAS DE ESÓFAGO COMO TRATAMIENTO DE FÍSTULAS ESOFÁGICAS BENIGNAS

A. Lucena Valera, A.M. Luque Carmona, A. Rincón Gatica, C. Martínez Sierra, S. Sobrino Rodríguez y F.J. García Fernández

Hospital Universitario Virgen del Rocío, Sevilla.

### Resumen

**Introducción:** Las fístulas benignas de esófago presentan una elevada morbimortalidad ocasionando reintervenciones frecuentes. El objetivo es realizar una revisión de nuestra experiencia en el tratamiento de fístulas esofágicas mediante endoprótesis y plantear si constituyen una opción adecuada de tratamiento. Secundariamente se evaluarán los resultados y complicaciones en base al tipo de prótesis.

**Métodos:** Estudio retrospectivo y descriptivo de un total de 28 pacientes diagnosticados fístulas esofágicas de causa no tumoral ni infecciosa, entre diciembre 2012 y julio de 2019. Analizamos datos epidemiológicos, clínicos, motivo de la fístula, colocación de prótesis y respuesta al tratamiento.

**Resultados:** Las características de los pacientes y las prótesis se resumen en la tabla 1. El global de respuesta de cierre de la fístula mediante colocación de prótesis endoscópica fue del 75% (21 de 28 pacientes). En base al tipo de prótesis se consiguió el sellado de la fístula en 8 pacientes tratados con prótesis totalmente recubiertas (61,5%) y en 13 pacientes (86,7%) con prótesis parcialmente recubiertas ( $p = 0,19$  (IC95% 0,038-1,58)). Del total de pacientes 18 necesitaron la colocación de una única prótesis, 6 de ellos dos prótesis y los 4 restantes tres prótesis esofágicas. Los motivos de no cierre de la fístula se describen en la tabla 2. La complicación más frecuentemente asociadas a las prótesis parciales fue el crecimiento de tejido hiperplásico periprotésico (31%) mientras que en las totalmente recubiertas fue la migración (21,4%) (tabla 2).

**Tabla 1**

Características de los pacientes	Colocación prótesis (42 en total)
<ul style="list-style-type: none"> <li>- Edad: 54.6 ± 17 años</li> <li>- Sexo: 50% hombres, 50% mujeres</li> <li>- Etiología de la fistula:               <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Perforación esofágica: 10.7% (3 pacientes)</li> <li>2. Dehiscencia tras cirugía oncológica curativa: 42.9% (12 pacientes)</li> <li>3. Dehiscencia tras otras causas de cirugía: 46.4% (13 pacientes)</li> </ol> </li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Tiempo transcurrido desde la complicación hasta colocación de prótesis: 8 días ± 7.23.</li> <li>- Tipo de prótesis:               <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Totalmente recubiertas: 46.34% (19 prótesis)</li> <li>2. Parcialmente recubiertas: 53.65% (22 prótesis)</li> </ol> </li> <li>- Diámetros y longitudes diferentes.</li> <li>- Tiempo medio transcurrido entre la colocación de la prótesis y su retirada de 43 ± 30 días</li> </ul>

**Tabla 2**

Motivos de no cierre	Complicaciones
<ul style="list-style-type: none"> <li>• TOTALMENTE CUBIERTAS (5 pacientes):               <ul style="list-style-type: none"> <li>• 1 migración: cirugía.</li> <li>• 1 migración: hemorragia masiva.</li> <li>• 2 mediastinitis.</li> <li>• 1 fallecimiento de otra causa.</li> </ul> </li> <li>• PARCIALMENTE CUBIERTA (2 pacientes):               <ul style="list-style-type: none"> <li>• 1 fallece por empiema.</li> <li>• Tratamiento con ovesco y embucrilato.</li> </ul> </li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• 9 endoprótesis (21.4%): migración. Motivo de retirada en 3 casos.</li> <li>• 13 endoprótesis (31%): crecimiento anómalo del tejido periprotésico.</li> <li>• 6 endoprótesis (14.3%): sangrado autolimitado.</li> <li>• 3 endoprótesis (7.1%) falta de sellado.</li> </ul>

**Conclusiones:** La colocación de endoprótesis esofágicas tiene una tasa de éxito elevada por lo que debe considerarse el tratamiento de primera línea en las fístulas esofágicas benignas. Las prótesis parcialmente recubiertas son la mejor opción para el *endpoint* primario. Las complicaciones relacionadas con la técnica son en su mayoría leves.