

# Cartas al director



## Fístula esofagopleural posneumonectomía. Una complicación infrecuente pero seria de la cirugía pulmonar

Sr. Director:

La perforación esofágica que se produce durante una resección pulmonar se ha descrito como una complicación poco frecuente pero seria, y la mayoría sucedió en neumonectomías<sup>1-3</sup>. El mecanismo por el que se produce esta lesión<sup>1</sup> es el directo de la pared esofágica, la devascularización durante la disección o ya que hay anastomosis entre la circulación bronquial y la esofágica, e infección del espacio pleural. Si la perforación se reconoce durante la cirugía, la reparación inmediata suele evolucionar sin problemas, pero si no es así, se producirá una mediastinitis o un empiema. Esto nos sucedió en dos casos tras neumonectomía, uno en un paciente al que se le realizó un trasplante pulmonar, y otro en un paciente con cáncer de pulmón. Ambos fueron debidos a devascularización.

Cuando esta complicación ocurre, por una parte hay que actuar sobre la perforación esofágica y, por otra, hay que drenar la mediastinitis o el empiema. Para lo primero se puede intentar colocar una prótesis sobre el esófago<sup>4,5</sup>. También se puede intentar la sutura reforzándolo con un colgajo muscular o con epiplón<sup>2,3</sup>. Nosotros intentamos estas dos opciones sin éxito. Otra posibilidad, ensayada por nosotros con éxito, es realizar una exclusión bipolar<sup>1,3</sup>, que es el tratamiento clásico cuando la perforación de esófago se reconoce tardíamente. De acuerdo con nuestra experiencia, creemos que, cuando el diagnóstico de una perforación iatrogénica del esófago se retrasa, la operación más segura es la exclusión, aunque cuando el estado general del paciente mejore, sea necesaria una nueva operación para reconstruir el tránsito digestivo.

**José M. Naranjo-Gómez, Francisco J. Ortega-Morales,  
Roberto Mons-Lera y Sara Naranjo-Gozalo**

Servicio de Cirugía Torácica. Hospital Universitario Marqués de Valdecilla. Santander. España.

### Bibliografía

1. Venuta F, Rendina EA, De Giacomo T, Ciccone AM, Mercadante E, Furio Coloni G. Esophageal perforation after sequential double-lung transplantation. *Chest*. 2000;117:285-7.
2. Trigui W, Le Pimpec-Barthes F, Shaker W, Lang-Lazdunski L, Riquet M. Simultaneous bronchopleural and esophagopleural fistulas after pneumonectomy. *Ann Thorac Surg*. 2002;74:923-4.
3. Massard G, Ducrocq X, Hentz JG, Kessler R, Dumont P, Wihlm JM, et al. Esophagopleural fistula: an early and long-term complication after pneumonectomy. *Ann Thorac Surg*. 1994;58:1437-40; discussion 1441.

4. Koch S, Weber A, Fein F, Guinier D, Mantion G, Heyd B, et al. Esophageal stents as a salvage therapy for non-malignant iatrogenic esophageal perforations. *Gastroenterol Clin Biol*. 2005;29:735-9.
5. Mumtaz H, Barone GW, Ketel BL, Ozdemir A. Successful management of a nonmalignant esophageal perforation with a coated stent. *Ann Thorac Surg*. 2002;74:1233-5.