

- Microbiol Immunol Infect Wei Mian Yu Gan Ran Za Zhi. 2021;54:12-6.
7. COVID Surg Collaborative, Global Surg Collaborative. Timing of surgery following SARS-CoV-2 infection: international prospective cohort study. *Anaesthesia*. 2021;76(6):748-758.
 8. Kilsdonk ID, de Roos MP, Bresser P, Reesink HJ, Peringa J. Frequency and spectrum of incidental findings when using chest CT as a primary triage tool for COVID-19. *Eur J Radiol Open*. 2021;8:100366.
 9. Diaz A, Bujnowski D, McMullen P, Lysandrou M, Ananthanarayanan V, Husain AN, et al. Pulmonary parenchymal changes in COVID-19 survivors. *Ann Thorac Surg*. 2021. S0003-4975(21)01307-2.
 10. Gómez de Antonio D, Crowley Carrasco S, Romero Román A, Royuela A, Sánchez Calle Á, Obiols Fornell C, et al. Surgical risk following anatomic lung resection in thoracic surgery: A prediction model derived from a Spanish multicenter database. *Arch Bronconeumol*. 2021. S0300-2896(21)00070-3.

María Teresa Gómez Hernández^{abc}, Clara Forcada Barreda^a, Nuria M. Novoa Valentín^{abc}, Marta G. Fuentes Gago^{abc} y Marcelo F. Jiménez López^{abc}

^aServicio de Cirugía Torácica, Hospital Universitario de Salamanca, Salamanca, España

^bInstituto de Investigación Biomédica de Salamanca (IBSAL), Salamanca, España

^cUniversidad de Salamanca, Salamanca, España

*Autor para correspondencia.

Correo electrónico: mtgh@usal.es (M.T. Gómez Hernández).

<https://doi.org/10.1016/j.ciresp.2021.10.011>
0009-739X/

© 2021 AEC. Publicado por Elsevier España, S.L.U. Todos los derechos reservados.

Fístula aortoesofágica posgastrectomía total laparoscópica

Aortoesophageal fistula after laparoscopic total gastrectomy



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^{1,2}.

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 digestivas³, las complicaciones de la cirugía gástrica³⁻⁵ y la colocación de prótesis o cuerpos extraños en el tracto gastrointestinal⁵⁻⁸.

Exponemos un caso clínico de un paciente que presenta una fístula aortoesofágica tras tratamiento quirúrgico por neoplasia gástrica.

Varón de 75 años que consulta por pérdida ponderal significativa, siendo diagnosticado de adenocarcinoma gástrico a nivel subcardial mediante endoscopia. Tras completar el estudio con ecoendoscopia sin evidencia de infiltración de la capa muscular propia y TC de extensión sin hallazgos discordantes, y con la sospecha diagnóstica de cáncer gástrico precoz (uT1bN0), se realiza gastrectomía total, omentectomía y linfadenectomía D2 laparoscópicas. Para la reconstrucción del tránsito, se confecciona anastomosis esófago-yeyunal término-lateral mecánica con endograpadora circular, ascendiendo el asa alimentaria transmesocólica. 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 octavo día postoperatorio se demuestra 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 (hemicolectomía derecha y quimioterapia adyuvante con o sin radioterapia), se decide colocación de prótesis esofágica recubierta por endoscopia. Tras esto, el paciente evoluciona favorablemente y es dado de alta 12 días después.

Sin embargo, a las 24 h reingresa por hematemesis con angio-TC normal (fig. 1), realizándose endoscopia que controla la hemorragia mediante clips sin visualizar adecuadamente la endoprótesis. Mediante nueva endoscopia a las 8 h, se retira esta y se verifica la hemostasia, aparentemente adecuada. Cinco días después presenta nueva hemorragia con inestabilización, no consiguiéndose control endoscópico, por lo que se decide intervención quirúrgica urgente vía abierta con sospecha de fístula aortoesofágica. La revisión de la angio-TC, previa a la retirada de la endoprótesis, apoya el diagnóstico al objetivar la proximidad de la porción proximal de la misma con la aorta, tal y como se muestra en la reconstrucción 3D (fig. 2). Durante la cirugía, se confirma la fístula, 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 angio-TC de control a la semana sin alteraciones en la pared de la aorta, por lo que es

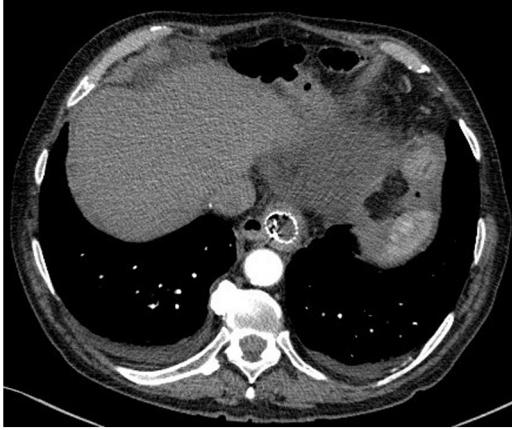


Figura 1 – Imagen de TC del reingreso: corte axial donde se visualiza esófago conteniendo prótesis en su interior a nivel de tórax inferior, sin visualizarse sangrado activo.



Figura 2 – Reconstrucción 3D de la angio-TC que muestra la proximidad de la endoprótesis y la pared aórtica.

dado de alta. Sin embargo, tras el alta, fallece de forma súbita en domicilio por causas desconocidas, ya que no se realiza necropsia.

La fístula aortoentérica es una entidad poco habitual, que muy raras veces se presenta a nivel del esófago^{1,2}. Por esta razón, aunque existen múltiples estudios publicados sobre la fístula aortoentérica en general, las referencias en la literatura son mucho menos frecuentes en el caso concreto de la fístula aorto-esofágica, habiendo contados casos clínicos publicados en los últimos años. Dichos estudios describen varios factores

de riesgo asociados específicamente a esta localización, como son la radioterapia en tumores avanzados⁹, la cirugía radical gástrica¹⁰ o el tipo de anastomosis realizada. Dos de ellos proponen como agente causal el contacto sobre la aorta de la línea de grapado de la anastomosis esofagoyeyunal, realizada con endograpadora lineal^{3,4}. El factor etiológico más ampliamente descrito para la aparición de fístulas en esta localización es la colocación de prótesis esofágicas⁵⁻⁸.

La forma de presentación más habitual de las fístulas aortoentéricas de cualquier localización es la hemorragia, que frecuentemente se inicia con las llamadas hemorragias «heraldo» o centinela previas a la aparición de hemorragias masivas^{3,10}. La clínica característica de la localización esofágica es la conformada por la tríada de Chiari, que consiste en la aparición de dolor centrotorácico seguido de hemorragia centinela y, posteriormente, hemorragia masiva³.

La angio-TC es la prueba diagnóstica de elección, aunque en pacientes inestables el diagnóstico va a realizarse en el quirófano en la mayoría de las ocasiones¹⁻³. Otras pruebas útiles son la endoscopia o la angiografía digital de sustracción^{1,3}. Debido a su complejidad y la rapidez de instauración, no es extraño que la muerte ocurra antes de llegar al diagnóstico^{4,5,10}.

El tratamiento, al igual que en otras localizaciones, se basa en 3 pilares fundamentales: resucitación y estabilización hemodinámica, tratamiento antimicrobiano prolongado y reparación de la fístula^{1,2}. Aunque la reparación por cirugía abierta se consideraba de elección, el manejo endovascular tiene un papel cada vez más importante. Años atrás, el tratamiento endovascular se usaba frecuentemente como puente a una cirugía abierta, sobre todo en pacientes inestables, al creerse que el manejo únicamente endovascular incrementaba el resangrado^{1,2}. En el momento actual, con el desarrollo de las técnicas endovasculares y la disminución de las complicaciones postoperatorias y la estancia hospitalaria, es utilizado en muchas ocasiones como tratamiento definitivo con buenos resultados^{2,6-8}. Sin embargo, algunos autores mantienen la necesidad de tratar el defecto esofágico (y, en su caso, retirada de la prótesis en el mismo) para evitar la recidiva del sangrado y el riesgo de infección⁸, maniobras que no evitaron el fatal desenlace de nuestro caso.

Por todo ello, a pesar de tratarse de una entidad infrecuente, dada la gravedad y elevada mortalidad que puede superar el 50%, debe sospecharse una fístula aorto-esofágica ante la presencia de hemorragia digestiva alta en pacientes que presenten factores de riesgo para su aparición¹⁻³.

Financiación

La presente investigación no ha recibido ayudas específicas provenientes de agencias del sector público, sector comercial o entidades sin ánimo de lucro.

BIBLIOGRAFÍA

1. Chung J. Management of aortoenteric fistula. *Adv Surg*. 2018;52:155-77. <http://dx.doi.org/10.1016/j.yasu.2018.03.007>.

2. Ranasinghe W, Loa J, Allaf N, Lewis K, Sebastian MG. Primary aortoenteric fistulae: The challenges in diagnosis and review of treatment. *Ann Vasc Surg.* 2011;25:386. <http://dx.doi.org/10.1016/j.avsg.2010.09.021>. 386e1-L 386.e5.
 3. Chen L, Ming X, Gu R, Wen X, Li G, Zhou B, et al. Treatment experience of delayed massive gastrointestinal bleeding caused by intra-abdominal arteriointestinal fistula in gastric cancer patients after radical gastrectomy. *World J Surg Oncol.* 2019;17. <http://dx.doi.org/10.1186/s12957-019-1751-0>. 201-019-1751-0.
 4. Honda M, Sakamoto T, Kojima S, Yamamoto Y, Yajima K, Kim DH, et al. Aortoenteric fistula following overlap esophagojejunal anastomosis using lineal staplers for cancer of the esophagogastric junction: a case report. *Surg Case Rep.* 2019;5. <http://dx.doi.org/10.1186/s40792-019-0566-0>. 9-019-0566-0.
 5. Gunji S, Okabe H, Obama K, Sakai Y. Aortoenteric fistula at the site of esophagojejunostomy after laparoscopic total gastrectomy: Report of a case. *Surg Today.* 2014;44:2162-6. <http://dx.doi.org/10.1007/s00595-014-0834-3>.
 6. Reed CC, Grimm IS. Aortoenteric fistula complicating lumen-apposing metal stent placement for a benign anastomotic stricture. *Gastrointest Endosc.* 2020;92:779-80. <http://dx.doi.org/10.1016/j.gie.2020.04.007>.
 7. Patel RH, Everett BT, Akselrod D, Frasca JD, Gordon SR. Fatal aortoenteric fistula complicating placement of a 20-mm lumen-apposing metal stent for refractory esophagojejunal anastomotic stricture. *ACG Case Rep J.* 2021;8:e00548. <http://dx.doi.org/10.14309/crj.0000000000000548>.
 8. Ahn M, Shin BS, Park MH. Aortoenteric fistula secondary to placement of an esophageal stent: Emergent treatment with cyanoacrylate and endovascular stent graft. *Ann Vasc Surg.* 2010;24. <http://dx.doi.org/10.1016/j.avsg.2009.12.009>. 555.e1-555.e5.
 9. Zhan Y, Xu Z. Massive hemorrhage from an aortoenteric fistula caused by esophageal stent implantation: A case report and literature review. *Medicine (Baltimore).* 2019;98:e18303. <http://dx.doi.org/10.1097/md.00000000000018303>.
 10. Guerrero I, Cuenca JA, Cardenas YR, Nates JL. Hemorrhagic shock secondary to aortoenteric fistula as a complication of esophageal cancer. *Cureus.* 2020;12:e7146. <http://dx.doi.org/10.7759/cureus.7146>.
- Lucía Rigueiro López^a, Joseba Castro Vázquez^b, Carlos Loureiro González^b, Saioa Leturio Fernández^b e Ismael Díez del Val^b
- ^aServicio de Cirugía General y Aparato Digestivo, Complejo Hospitalario Universitario de Ourense, Ourense, España
^bSección de Cirugía Esofagológica, Hospital Universitario Basurto, Bilbao, Vizcaya, España
- * Autor para correspondencia.
 Correo electrónico: lucia.rigueiro.lopez@gmail.com
 (L. Rigueiro López).
- <https://doi.org/10.1016/j.ciresp.2021.10.002>
 0009-739X/
 © 2021 AEC. Publicado por Elsevier España, S.L.U. Todos los derechos reservados.

Hamartoma multiquístico de vías biliares

Multicystic biliary hamartoma



El hamartoma multiquístico de vías biliares se trata de una enfermedad quística rara del hígado, del que solo se han publicado 8 casos en todo el mundo¹ hasta el año 2012. Suele cursar de forma asintomática y, en la mayoría de las series publicadas, se diagnostica de manera incidental o como resultado de estudios en autopsias².

Presentamos el caso de mujer de 45 años, sin antecedentes personales relevantes, con clínica de dolor abdominal epigástrico de meses de evolución, sin otros síntomas asociados. Se inicia estudio mediante ecografía abdominal, completándose con realización de resonancia magnética nuclear (RM), objetivándose una lesión hepática quística polilobulada, con septos en su interior, localizada entre segmentos VII-VIII, de un tamaño aproximado de 6,5 × 6 × 6,5 cm. Las loculaciones periféricas muestran contenido líquido, mientras que la loculación central muestra contenido hemorrágico heterogéneo. Asimismo, se realiza una angio-TC (fig. 1), con hallazgos compatibles con neoplasia quística biliar, y una PET-TC, sin observarse captación de la LOE. Los resultados de laboratorio no mostraron alteraciones y los valores de GEA y Ca 19.9 fueron normales.

Se decide realizar una intervención quirúrgica programada mediante laparotomía subcostal derecha, evidenciándose LOE hepática en segmentos VII y VIII con aparente infiltración de vena suprahepática derecha, sin líquido libre ni otras lesiones hepáticas ni peritoneales. Se realiza una hepatectomía derecha reglada con resección de pastilla diafragmática de aproximadamente 5 × 5 cm debido a infiltración por la tumoración. Se tomó muestra del líquido intraquístico, resultando estéril y con hallazgos citológicos de extensa necrosis tumoral y escasas células atípicas sospechosas de adenocarcinoma.

El análisis anatomopatológico final concluye como pieza de hepatectomía derecha con múltiples quistes revestidos de epitelio biliar, sin atipia, con presencia de contenido hemorrágico, trombosis y recanalización parcial en el de mayor tamaño, sin identificar estroma de aspecto ovárico, todo ello indicativo de hamartoma biliar multiquístico (fig. 2). No se identifican otras anomalías en el resto del parénquima hepático.

La paciente presentó evolución favorable y fue dada de alta a domicilio al quinto día postoperatorio, sin complicaciones.