CIR ESP. 2016;94(Espec Congr):1075

Cirugía Española

www.elsevier.es/cirugia

V-079 - TRATAMIENTO QUIRÚRGICO DE FISTULA ESOFAGOTRAQUEAL POR DECÚBITO DE PRÓTESIS ENDOSCÓPICA: RESECCIÓN TRAQUEAL, SUTURA ESOFÁGICA, INTERPOSICIÓN DE MÚSCULO Y ANASTOMOSIS CRICOTRAQUEAL

Miranda, María del Coro[1]; López Villalobos, José Luis[2]; Arroyo, Laura[1]; Yárnoz, María Concepción[1]; Artajona, Alicia[1]; Ramírez, Elena[1]; Guelbenzu, Juan José[1]; Ezquerro, Carmelo[1]

[1]Complejo Hospitalario de Navarra, Pamplona; [2]Hospital Universitario Virgen del Rocío, Sevilla.

Resumen

Introducción: Las anastomosis esofagogástricas cervicales, post esofaguectomía, están gravadas con complicaciones, como fístula y/o estenosis, que a veces resultan difíciles de tratar. Las prótesis esofágicas totalmente cubiertas, son una solución para las estenosis tardías permitiendo mantener un diámetro adecuado de la anastomosis. Sin embargo pueden presentar varios problemas: por una parte el dolor local y la odinofagia hace que algunos pacientes las intoleren, por otra parte no es inhabitual el desplazamiento caudal de las mismas con la deglución y finalmente la fistulización a la vía aérea que, aunque es una complicación rara es de difícil solución.

Caso clínico: Se trata de un varón de 65 años, con antecedente de hepatectomía izquierda por carcinoma hepático en 1987, intervenido en noviembre de 2014 por ADC in situ de tercio medio de esófago mediante esofaguectomía en tres campos, con acceso toracoscópico, laparotomía y anastomosis cervical manual. Postoperatorio sin incidencias. A los tres meses de la intervención presenta estenosis de anastomosis que se trata con tres sesiones diferentes de dilataciones endoscópicas. Ante el fracaso de las mismas se indica colocación de prótesis esofágica. Evolución inicial satisfactoria, pero al retirar la prótesis 6 semanas más tarde se observa fistulización a la vía aérea justo debajo del esfínter esofágico superior por decúbito de la corona de prótesis. Se recoloca nueva prótesis para tapar el defecto pero se desplaza caudalmente y el paciente desarrolla neumonía por aspiración. Después de varios intentos de solución con distintas prótesis se decide tratamiento quirúrgico. Presentamos el vídeo en el que se muestra la resección traqueal necesaria para la exposición del defecto esofágico, la sutura del mismo y la anastomosis cricotraqueal T-T. La evolución postoperatoria fue satisfactoria y sin complicaciones.

Discusión: Esta complicación, poco habitual, es de difícil solución. La complejidad técnica exige gran coordinación interdisciplinar con anestesistas, cirujanos torácicos, cirujanos generales y enfermería. En nuestro caso la resección traqueal y la reparación esofágica ha sido una solución eficaz.

See front matter © 2016 Elsevier España, S.L. Todos los derechos reservados