Cir Esp. 2014;92(Espec Congr):524

Cirugía Española

www.elsevier.es/cirugia

P-151 - Fístula aorto- esofágica por endoprótesis vascular aórtica como causa de hemorragia digestiva alta

V. Camacho Marente[1], J.J. Segura Sampedro[1], S. García Ruiz[2], I.M. Ramallo Solís[1], C. Jordán Chaves[1], J.M. Martos Martínez[1] y F.J. Padillo Ruiz[1]

[1]Hospital Universitario Virgen del Rocío, Sevilla. [2]Grupo Quirón, Donostia, San Sebastián.

Resumen

Introducción: El sangrado digestivo ocasionado por la formación de un trayecto fistuloso entre la aorta y el esófago es una causa tan infrecuente como mortal de hemorragia digestiva superior. Existen diversos factores que intervienen en la génesis de esos trayectos, los denominamos primarios cuando se originan a partir de enfermedades aórticas o procesos patológicos en órganos vecinos y secundarios cuando son producidos esencialmente por la colocación de injertos vasculares en algún segmento de la aorta, fundamentalmente abdominal. Presentamos el caso de un varón de 68 años con fístula aortoesofágica por decúbito de endoprótesis aórtica.

Caso clínico: Varón de 68 años fumador y bebedor, hipertenso, con antecedentes de síndrome aórtico agudo con úlcera penetrante de aorta torácica con rotura contenida, que precisó colocación de endoprótesis vascular un mes antes. Acude al servicio de urgencias por cuadro de HDA (hemorragia digestiva alta) y rectorragia, acompañado de anemia (Hb 6,6) requiriendo transfusión de hemoderivados. Se practica EDA (endoscopia digestiva alta) observándose un gran coágulo en el tercio inferior esofágico. Tras endoscopia el paciente sufre deterioro hemodinámico importante precisando IOT. Ingresa en UCI y se solicita TC toraco- abdominal que reveló la existencia de hemoneumomediastino posterior periprotésico e irregularidad de la pared esofagica posterior sugiriendo estos hallazgos la existencia de una fístula aorto-esofágica. Se indica intervención quirúrgica urgente, observándose mediastinitis purulenta y fibrótica y perforación de 5 cm del tercio medio esofágico. Se realiza esofaguectomía total con esofagostoma cervical y yeyunostomía de alimentación.

See front matter © 2014 Elsevier España, S.L. Todos los derechos reservados

Discusión: La hemorragia digestiva alta por fístula aortoesofágica tiene una elevada mortalidad. Dado que la HDA es generalmente producida por una enfermedad ulcerosa péptica o lesiones agudas de la mucosa gástrica, la fístula aorto-entérica puede pasar inadvertida a priori. Las causas más frecuentes de FAE son la patología neoplásica; traumatismos, cuerpos extraños y las enfermedades aórticas (aneurismas de origen aterosclerótico o infeccioso). Actualmente la causa más común son las prótesis vasculares aórticas, una complicación que ocurre en el 0,6-2,3% de los casos. Normalmente debuta con la tríada de Chiari consistente en dolor centrotorácico, HDA y shock hipovolémico. Las pruebas más recomendables de cara al diagnóstico son la EDA y el TC toraco-abdominal si las condiciones del paciente lo permiten. Una vez establecido el diagnóstico se indicará cirugía para reparación del defecto. Dependiendo de los hallazgos operatorios variará la técnica quirúrgica, en casos como el que presentamos donde el defecto es grande se recomienda la esofaguectomía de urgencia, que disminuirá la contaminación y el riesgo de fístula, siendo lo más recomendable la realización de una yeyunostomía o gastrostomía de alimentación y esofagostoma, para una reconstrucción del tránsito en un segundo tiempo.

See front matter © 2014 Elsevier España, S.L. Todos los derechos reservados