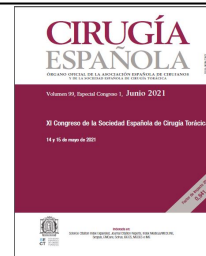




Cirugía Española



www.elsevier.es/cirugia

V-40 - ABORDAJE ENDOSCÓPICO DE LA FÍSTULA TRAQUEOESOFÁGICA POSINTUBACIÓN SOPORTADA CON TUBO EN T DE MONTGOMERY

Pardo Prieto, S.L.; Vicente Verdú, R.; Vives Espejo Saavedra, M.T.; Corpa Rodríguez, M.E.; Partida González, C.; Peñato Luengo, F.; Liebert Álvarez, B.; Gil Alonso, J.L.; Vázquez Pelillo, J.C.; Díaz-Agero Álvarez, P.

Hospital Universitario La Paz, Madrid.

Resumen

Introducción: La fístula traqueoesofágica (FTE) posintubación, es una patología cuyo tratamiento definitivo es el quirúrgico, ya que el orificio fistuloso no cierra por segunda intención. Estos pacientes requieren un manejo inicial endoscópico, dirigido a evitar broncoaspiraciones y favorecer la correcta ventilación. El objetivo es describir dos casos de FTE posintubación en pacientes inoperables manejados con endoprótesis, detallando la técnica endoscópica de recambio de prótesis tipo tubo en T de Montgomery (TTM), en uno de los casos con diseño en libro abierto.

Descripción de los casos: Paciente 1: varón de 76 años con diabetes, EPOC y cardiopatía, quien en el contexto de IOT prolongada desarrolla FTE y es intervenido quirúrgicamente mediante cierre esofágico y resección traqueal con anastomosis término-terminal. Tras reagudización de EPOC precisa IOT y sufre reapertura de la fístula, decidiéndose colocación de TTM. Requiere recambios periódicos en cuyo procedimiento habitual se realiza IOT con broncoscopio rígido de Dumon y ventilación mecánica controlada por presión a través del traqueostoma, combinado con ventilación en Jet. Se visualiza TTM a escasos milímetros de las cuerdas vocales. Por la rama externa se introduce fibrobroncoscopio flexible (FF) comprobando la correcta alineación del TTM, el cual se extrae bajo visión con broncoscopio rígido, y se visualiza la FTE. Se introduce el FF por la nariz y se dirige hacia el esófago para bloquear la fístula. Con una pinza se introduce a través del traqueostoma el nuevo TTM. Se comprueba con el FF la correcta alineación de la prótesis. Alta a las 24 horas sin complicaciones y continúa seguimiento evolutivo tras 5 años. Paciente 2: varón de 56 años sin comorbilidades, ingresado en UCI durante 5 meses en el contexto de neumonía multilobar por COVID que precisa IOT prolongada, se diagnostica FTE que impide la correcta ventilación mecánica. Se indica colocación de TTM de 13mm de diámetro con persistencia de la fuga aérea, por lo que se programa recambio a un tamaño mayor (16 mm). IOT con broncoscopio rígido de Dumon y ventilación mecánica a través del traqueostoma, combinado con ventilación en Jet. Se extrae el TTM y la cánula flexo-metálica. Se visualiza la FTE de 2 cm de longitud frente al traqueostoma. Bajo visión broncoscópica se introduce a través del traqueostoma el TTM previamente preparado (con rama externa y rama inferior abierta en libro), sobre el cual se coloca una cánula flexo-metálica N°8, de esta forma se evita la herniación del balón a través de la fístula consiguiendo la estanqueidad de la fuga aérea. Se extrae el broncoscopio rígido sin complicaciones. Persiste con evolución tórpida por fibrosis pulmonar severa, precisando aumento de los parámetros ventilatorios y estancia prolongada en UCI COVID, decidiéndose limitación del esfuerzo terapéutico.

Discusión: El TTM es un recurso técnico disponible en el manejo inicial de las FTE posintubación, evitando así el uso de prótesis esofágicas accesorias y sus potenciales complicaciones. Su utilidad está dirigida como terapia puente a la corrección quirúrgica, o a largo plazo de forma definitiva en pacientes en los que la cirugía de resección y reconstrucción finalmente no es posible.