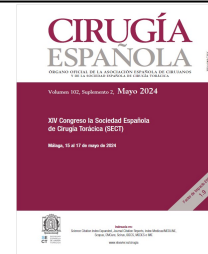




Cirugía Española



www.elsevier.es/cirugia

V-024 - FÍSTULA BRONCO-ESOFÁGICA IZQUIERDA EN PACIENTE INTERVENIDO DE LOBECTOMÍA MEDIA RATS

David Sánchez Lorente, Leandro Grando, Néstor Quiroga, Xavier Michavila, Marc Boada, Ángela Guirao, Irene Bello, Laureano Molins, Anna Ureña y Ricard Ramos

Hospital Clínic de Barcelona, Barcelona.

Resumen

Introducción: La linfadenectomía mediastínica es imprescindible para la correcta estratificación del carcinoma pulmonar a la vez que imprescindible para considerar una resección completa. La cirugía robótica ha demostrado recientemente sus ventajas en cuanto a número de ganglios resecados, superando al abordaje por videotoracoscopia e incluso a la cirugía abierta. Sin embargo, en ocasiones, una linfadenectomía más extensa puede conllevar complicaciones posquirúrgicas. Así, les presentamos el caso de un paciente que desarrolló una fístula entre bronquio principal izquierdo y esófago tras una resección del lóbulo medio con linfadenectomía, su tratamiento y su evolución.

Caso clínico: Barón de 78 años, exfumador y como único antecedente de interés un *bypass* coronario. A raíz de un cuadro catarral acaba diagnosticándose de un carcinoma pulmonar en lóbulo medio cT2N0M0, con correctas pruebas de función pulmonar. Tras valoración del caso en comité, se le propone al paciente la realización de una lobectomía media con un abordaje robótico. Cirugía sin incidencias intraoperatorias, realizándose una lobectomía media + linfadenectomía (2R, 4R, 7, 9R y 11R). El paciente es dado de alta al 4o día posoperatorio, sin ninguna complicación posoperatoria. El 14º día posoperatorio, el paciente acude a urgencias de nuestro centro por aerofagia, eructos y algo de disgrafía. Se realiza una radiografía tórax que no muestra alteraciones, y una analítica sanguínea con PCR normal, sin leucocitosis, destacando solo un D-dímero elevado, por lo que se solicita un angioTAC. El angioTAC descarta tromboembolismo pero informa de un trayecto fistuloso entra bronquio principal izquierdo y esófago. Se realiza una fibrobroncoscopia que confirma el diagnóstico. Tras discutir caso se decide realizar un cierre quirúrgico de la fístula mediante toracotomía izquierda + desconexión de fístula + cierre lesión esofágica + plastia de serrato anterior para cierre de lesión en bronquio e interposición con esófago. El paciente presenta un posoperatorio inicial correcto con nutrición parenteral. El 9º día pos-IQ se realiza un tránsito esofágico sin fugas de contraste. Se inicia nutrición enteral. El día 14º pos-IQ se inicia ingesta oral con mala tolerancia por disfagia y regurgitación, distensión gástrica en radiografía abdomen. Se contacta con Gastroenterología: sugieren posible paresia esofagogástrica y necesidad de endoscopia digestiva para valoración y colocación de sonda nasoyeyunal para nutrición enteral. Endoscopia no detecta lesiones esofágicas y se coloca sonda nasoyeyunal. A los 5 días de colocar la nueva sonda, paciente presenta vómitos y aspiración, parando nutrición enteral. Al reiniciar al día siguiente la nutrición el paciente vuelve a vomitar y aspirarse, con una distensión abdominal progresiva. Esta vez acaba en UCI. En Rx abdomen se observa gran distensión gastro-esofágica y sonda malposicionada. Se coloca nueva sonda nasogástrica y por no mejoría clínica se realiza nuevo TAC que evidencia nueva comunicación broncoesofágica. Esta vez, por situación clínica del paciente, se coloca prótesis esofágica. A pesar de todo el paciente no se recupera de su insuficiencia respiratoria y

fallece el 31° día pos-IQ.

Discusión: La linfadenectomía mediastínica es una parte imprescindible de la cirugía oncológica pulmonar, sin embargo, una mayor agresividad puede causar mayores complicaciones, por lo que un correcto cuidado de las estructuras adyacentes a la linfadenectomía y una posible desvascularización de la vía aérea, son consecuencias que deben considerarse, y también debe plantearse si en todos los casos es necesaria.