



P-400 - FÍSTULA BRONCOESOFÁGICA SINTOMÁTICA SOBRE DIVERTÍCULO COMPLICADO EN MUJER ADULTA

E. Jiménez Cubedo, D. Valdivia Concha, S. Crowley Carrasco, L. Macías Sotuela, L. Hoyos Mejía, N. González Alcolea y A. Varela de Ugarte

Hospital Puerta de Hierro, Majadahonda.

Resumen

Introducción: Las fistulas bronco-esofágicas son comunicaciones anómalas entre el tracto digestivo y la vía aérea, más frecuentemente congénitas, pero también secundarias a procesos malignos esofágicos o pulmonares. Las secundarias de tipo benigno son poco comunes. Presentación del caso de una mujer con divertículo esofágico conocido y clínica respiratoria por la que consulta en Urgencias y ambulatoriamente, siendo diagnosticada de fistula bronco-esofágica por pruebas de imagen.

Caso clínico: Mujer de 65 años con antecedentes personales de esófago de Barrett corto tratado con omeprazol, divertículo esofágico en lista de espera para cirugía y asma intrínseca tratada con inhaladores, en seguimiento por Servicio de Alergología por posible alergia alimentaria causante de su sintomatología asmática. Valorada repetidamente en urgencias por dolor torácico de tipo pleurítico, tos, sibilancias y fiebre, dada de alta con el diagnóstico de infección respiratoria y tratamiento antibiótico. Acude a consultas de Cirugía Torácica para valoración de la clínica respiratoria. Niega antecedentes traumáticos. En Tac torácico realizado se confirma la presencia de bronquiectasias en segmento basal de LID con retracción de la porción inferior del hilio derecho y adenopatías mediastínicas calcificadas. En esofagograma describen divertículo inferior derecho, de 1,5 cm, fistulizado, con comunicaciones bronquiales derechas y más discretas en mediastino. Con el diagnóstico de divertículo de esofágico complicado, se programa cirugía para resección de la comunicación aberrante y parénquima pulmonar afecto. Intervención: toracotomía postero-lateral en 6º espacio intercostal derecho: adherencias del LID a pared posterior toraco-diafragmática. Trayecto fistuloso en tercio medio- inferior del esófago hacia el LID, a 7 cm del diafragma. Reacción inflamatoria de aspecto crónico en el parénquima pulmonar adyacente. Adhesiolisis con electro-bisturí, identificación del esófago, fistula y control de la vena pulmonar inferior. Endoscopia intra-operatoria que confirma la presencia de la comunicación. Sección mecánica de fistula y segmentectomía atípica del 6º segmento, incluyendo muñón fistuloso. Puntos sueltos reabsorbibles en capa muscular esofágica. Cobertura de la sutura esofágica con flap de músculo intercostal. Colocación de sonda naso-gástrica. Re intervención en las primeras 24 horas por sangrado activo a través de rama dependiente de aorta ascendente, que se controla con ligadura no reabsorbible. Postoperatorio sin incidencias, con tolerancia oral progresiva y alta en 14º DPO. Esófagograma de control sin evidencia de fistula. Asintomática 7 meses tras cirugía. AP pieza: tejido pulmonar con graves alteraciones inflamatorias y pérdida de su arquitectura. Haces de músculo liso correspondiente a pared esofágica.

Discusión: Las fistulas bronco-esofágicas secundarias benignas son procesos poco comunes y deben sospecharse ante clínica respiratoria crónica que no responde al tratamiento. Una vez sospechadas su

diagnóstico es radiológico, siendo el esofagograma la mejor prueba. El tratamiento es siempre quirúrgico, y la mejor vía de abordaje, la torácica.