



Cirugía Española



www.elsevier.es/cirugia

P-132 - FÍSTULA AORTOESOFÁGICA TRAS COLOCACIÓN DE ENDOPRÓTESIS AÓRTICA POR DISECCIÓN DE ANEURISMA DE AORTA TORÁCICA

Ortiz López, David; Acosta Mérida, María Asunción; Fernández Quesada, Carlos; Casimiro Pérez, José Antonio; Armas Ojeda, María Desirée; Suárez Cabrera, Aurora; Benet Muñoz, Olivia; Marchena Gómez, Joaquín

Hospital de Gran Canaria Dr. Negrín, Las Palmas de Gran Canaria.

Resumen

Introducción: La fístula aortoesofágica es un reto quirúrgico en pacientes mayores, con alta comorbilidad o en los que el debut clínico es mediante de shock hipovolémico o séptico. Presentamos el caso de un paciente que tras colocación de endoprótesis de aorta por aneurisma complicado desarrolló una fístula aortoesofágica.

Caso clínico: Varón de 60 años con antecedentes de hipertensión arterial que a raíz de debut de fibrilación auricular paroxística se realiza estudio por parte del servicio de Cardiología. En ecocardiografía transtorácica se objetiva compresión extrínseca de la aurícula izquierda de causa desconocida, por lo que se indica realización de TC y se diagnostica de aneurisma de aorta torácica descendente complicado con gran hematoma mediastínico. Con ese diagnóstico se realiza colocación de endoprótesis en aorta torácica urgente. Evolucionando satisfactoriamente en el posoperatorio y es dado de alta sin incidencias. A los dos meses de la intervención reingresa por infección respiratoria que se trata con antibioterapia y posteriormente es seguido por la unidad de Enfermedades Infecciosas por sospecha de sobreinfección del hematoma periprotésico. Se realiza PET-TC que confirma la sospecha diagnóstica, por lo que recibe tratamiento antibiótico. Posteriormente el paciente presenta cuadros de tos seca posprandial, hematemesis y febrícula, por lo que ingresa en neumología para estudio y se objetiva persistencia del hematoma mediastínico sobreinfectado y sospecha de fistulización hacia bronquio segmentario posteroinferior izquierdo. Durante el ingreso presenta hematemesis anemizante por lo que se realiza endoscopia digestiva alta que objetiva dos orificios fistulosos a nivel de esófago distal hacia hematoma aórtico periprotésico, diagnosticándose de fístula aortoesofágica. Ante estos hallazgos se presenta el caso en comité multidisciplinar y se decide exclusión de la fístula mediante colocación de endoprótesis aórtica y endoprótesis esofágica. Por parte del servicio de Angiología y Cirugía Vascular se realiza colocación de endoprótesis aórtica sin incidencias. Posteriormente se realiza endoscopia digestiva alta y se coloca una prótesis metálica autoexpandible totalmente cubierta de 100 × 20 mm. Presenta recidiva de hematemesis por movilización de la prótesis esofágica que requiere nuevas endoscopias para recolocación de la endoprótesis. Tras tres recolocaciones se decide en comité multidisciplinar que la mejor opción terapéutica es la quirúrgica. Tras optimización preoperatoria se realiza toracotomía derecha objetivando una fístula aortoesofágica en tercio medio esofágico, con segmento fibroso de unos 10 cm adherido a aorta y con fístula de 2-3 cm de diámetro. Se realiza esofagectomía mediante triple abordaje con ascenso de plastia gástrica por vía retroesternal y anastomosis esofagogástrica cervical. Se realiza también sellado de la fístula aortobronquial. El paciente presentó una evolución posoperatoria favorable, realizándose tránsito esofagogastrroduodenal sin objetivar fuga de contraste y fue dado de alta a los 9 días de la intervención. En la actualidad el paciente se encuentra asintomático y sin datos de recidiva de la fístula en las pruebas de imagen.

Discusión: El manejo de la fístula aortoesofágica debe ser multidisciplinar. El pilar del tratamiento es la exclusión mediante endoprótesis vascular y, si es posible, endoprótesis digestiva. En casos en que no sea efectivo, el manejo quirúrgico mediante esofaguectomía es el indicado, asumiendo la morbilidad asociada al procedimiento.