



## V-036 - FÍSTULA BRONCOESOFÁGICA TRAS ESOFAECTOMÍA: RESOLUCIÓN MEDIANTE CIRUGÍA ROBÓTICA MÍNIMAMENTE INVASIVA

Lorenzo García, Claudia; Gil, Ignacio; González Atienza, Paula; Turrado, Victor; Osorio, Javier; Ureña, Anna; Ramos, Ricard; Momblán, Dulce

Hospital Clínic de Barcelona, Barcelona.

### Resumen

**Introducción:** Las fistulas broncoesofágicas (FBE) representan una complicación infrecuente, pero de elevada morbimortalidad tras la esofagectomía, con una incidencia entre el 0,8% y 3,9%. Estas se producen debido a una lesión intraoperatoria inadvertida, necrosis avascular por disección extensa de ganglios linfáticos o formación de un trayecto fistuloso en la anastomosis. Clínicamente, suelen manifestarse con tos paroxística posdeglución, fiebre, infecciones respiratorias recurrentes o incluso fracaso respiratorio. Su diagnóstico requiere un alto índice de sospecha, apoyado en estudios de imagen y endoscopia. El tratamiento puede ser conservador, mediante antibioterapia, nutrición enteral, y técnicas endoscópicas como la colocación de prótesis, reservando el abordaje quirúrgico para casos refractarios o con deterioro clínico. Presentamos un caso de FBE posesoagectomía manejado mediante abordaje multidisciplinar con resolución quirúrgica robótica definitiva.

**Caso clínico:** Varón de 56 años, con antecedentes de Esófago de Barrett, diagnosticado de adenocarcinoma (ADK) de la unión esofagogástrica (UEG) Siewert 1 estadio T1N0M0, realizándose esofagectomía tipo Ivor-Lewis por abordaje laparoscópico (tiempo abdominal) y robótico (tiempo torácico), con linfadenectomía estándar y anastomosis esofagogástrica término-terminal manual. Se colocó terapia de vacío endoscópico profiláctica (pTVE), retirada a los 4 días observándose anastomosis íntegra. Tras adecuada tolerancia a la ingesta el paciente fue dado de alta al 7º día posoperatorio. A los 12 días tras la cirugía, acudió a urgencias con disfagia, fiebre y esputo hemoptoico. Se evidenció elevación de reactantes de fase aguda. El TC toracoabdominal y gastroscopia mostraron signos de dehiscencia anastomótica y sospecha de FBE derecha con bronquio intermedio, confirmada por fibrobroncoscopia. Se instauró tratamiento conservador con ceftolozano/tazobactam tras aislamiento de *Pseudomonas aeruginosa* multirresistente, nutrición parenteral y colocación de prótesis metálica esofágica. Presentando buena evolución, con recambio de prótesis en dos ocasiones, una por hemorragia leve a las 4 semanas y otra por desplazamiento de la prótesis. A las 8 semanas tras la colocación de la primera prótesis se realiza endoscopia y fibrobroncoscopia se constata la persistencia de una fistula de 2 mm con bordes fibróticos por lo cual se indicó intervención quirúrgica por abordaje robótico biportal derecho, con empleo de doble consola. Se realizó adhesiolisis entre plastia gástrica, lóbulo inferior derecho y bronquio principal derecho, identificando trayecto fistuloso de 5 mm entre anastomosis esofagogástrica y membrana bronquial. Se efectuó cierre primario con sutura reabsorbible de la anastomosis bronquial y de la anastomosis esofagogástrica con interposición de músculo intercostal y aplicación de sellantes

biológicos. Posoperatorio favorable, sin complicaciones, con resolución radiológica progresiva y buena tolerancia oral. Fue dado de alta a los 22 días. A los dos meses, permanecía asintomático, sin signos de recidiva ni progresión tumoral.

**Discusión:** Las FBE son complicaciones graves que requieren un enfoque individualizado. El tratamiento conservador puede ser eficaz, pero en casos refractarios, la intervención quirúrgica es necesaria. Este caso destaca la necesidad de un enfoque individualizado y multidisciplinario, así como el potencial de la cirugía robótica como alternativa segura y eficaz en el tratamiento de FBE. Además, disponer de doble consola favorece la cirugía conjunta de dos especialidades.