



O-178 - FÍSTULAS TRÁQUEO-DIGESTIVAS TRAS ESOFAGUECTOMÍA. REPARACIÓN QUIRÚRGICA TRAS FRACASO DEL TRATAMIENTO CON ENDOPRÓTESIS

López Villalobos, José Luis¹; Arroyo Pareja, Laura²; Díaz Godoy, Antonio³; Gómez Becerril, Rafael⁴; Morales Conde, Salvador¹; Vázquez Medina, Antonio¹; Miranda Murúa, Coro²; Yarnoz Irazábal, Concepción²

¹Hospital Universitario Virgen del Rocío, Sevilla; ²Hospital de Navarra, Pamplona; ³Hospital Universitario de Puerto Real, Puerto Real; ⁴Hospital Puerta del Sur, Jerez.

Resumen

Introducción: La fístula tráqueo-esofágica yatrogénica es una patología de baja incidencia y las desarrolladas tras cirugía esofágica son extremadamente raras y su tratamiento es especialmente complejo. Además el periodo perioperatorio es muy exigente, siendo imprescindible una estrecha colaboración interdisciplinar. Las prótesis esofágicas han mostrado utilidad en el tratamiento conservador de dehiscencias parciales de las anastomosis, no obstante su uso en fístulas con la vía aérea es muy discutido.

Métodos: Se recogen los pacientes con fístula entre la anastomosis esófago-gástrica y la tráquea tras ser sometidos a esofaguectomía intervenidos, en distintos centros, entre junio de 2015 y marzo de 2016. Se describen las medidas y procedimientos preoperatorios, técnica quirúrgica, cuidados postoperatorios y seguimiento.

Resultados: En el periodo estudiado se han intervenido 3 pacientes, todos sometidos a una esofaguectomía por patología neoplásica (adenocarcinoma). La sutura mecánica del tubo gástrico se protegió con sobresutura manual y la anastomosis se realizó a nivel cervical. Tras el diagnóstico de fístula, se les colocó inicialmente una endoprótesis esofágica como intento de resolución de la fístula. Fracaso en los tres casos precisando múltiples procedimientos endoscópicos, con aumento del tamaño de la fístula y desarrollo de complicaciones médicas relacionadas con la aspiración de contenido digestivo y las dificultades para la alimentación enteral. En el momento de la indicación quirúrgica los tres se encontraban en mala situación clínica respiratoria y nutricional. Tras el tratamiento de las complicaciones, con antibioterapia intensa, nutrición cuidadosa por sonda naso-enteral y rehabilitación funcional y respiratoria, fueron intervenidos. Se aseguró la ausencia de signos inflamatorios o infecciosos en la zona de la fístula mediante fibrobroncoscopia con toma de muestras para cultivo. En los tres casos se la vía de acceso fue una cervicotomía ampliada a laterocervical izquierda. En el primer caso se realizó división de la fístula y sutura de los orificios esofágico y traqueal. En los dos otros casos fue preciso resear el segmento de tráquea afecto para poder suturar el orificio esofágico. En todos los casos se colocó una yeyunostomía para nutrición postoperatoria. La antibioterapia se mantuvo como mínimo una semana. La nutrición oral se inició entre los 7 y los 10 días. En dos de los casos, previamente, se realizó un estudio contrastado esófago-gastro-duodenal para comprobar la estanqueidad de la sutura esofágica.

Conclusiones: El tratamiento de este tipo de fístula es un proceso complejo. Es esencial mantener unos cuidados preoperatorios minuciosos que solucionen las complicaciones respiratorias y nutricionales. La técnica quirúrgica es especialmente compleja, con tiempos quirúrgicos elevados, debido a las modificaciones anatómicas y la fibrosis existente tras la intervención inicial. El postoperatorio debe ser igualmente meticuloso manteniendo la antibioterapia y nutrición por yeyunostomía evitando, en la medida de lo posible, el tránsito a través de la sutura esofágica. Desaconsejamos el tratamiento con endoprótesis. En nuestra experiencia conducen al aumento del tamaño de la fístula y favorecen la aparición de complicaciones al movilizarse con facilidad, frecuentemente de forma inadvertida.