



## **Fístula broncoesofágica tuberculosa**

**Sr. Director:**

La fístula broncoesofágica de origen tuberculoso es poco frecuente. En pacientes con enfermedades sistémicas y riesgo quirúrgico elevado, a pesar de tratarse de un proceso benigno, la utilización de prótesis autoexpansibles recubiertas puede ser una alternativa terapéutica según algunos autores<sup>1,2</sup>. Sin embargo, una de las complicaciones que presentan con frecuencia es la migración.

Presentamos el caso de un varón de 73 años, ex fumador, con antecedentes de silicosis, tromboembolismo pulmonar y enfermedad pulmonar obstructiva crónica (EPOC), diagnosticado en 1998 de tuberculosis pulmonar. En julio de 1999 comenzó con disfagia, observando en el esofagograma la compresión de la pared anterior esofágica por un bloque adenopático calcificado subcarinal, así como la existencia de un seudodivertículo. La esofagoscopia objetivó un orificio fistuloso con contenido necrótico, a 30 cm de la arcada dentaria. Tras una evolución favorable con tratamiento médico, en junio de 2001 presentó de nuevo disfagia. Una vez confirmada por endoscopia la presencia de la fístula, el Servicio de Aparato Digestivo colocó una prótesis esofágica autoexpansible



Fig. 1. Esofagograma: fistula entre esófago y bronquio derecho. Prótesis metálicas.

parcialmente recubierta (Song stent, Sooho Medi-Tech Co., Seúl, Corea) en el tercio medio esofágico. Un mes más tarde ingresó por tos y disnea en reposo. En la broncoscopia se evidenció al entrar en el bronquio principal derecho un orificio fistuloso con bordes antracosos y mucosa muy edematosa e hiperémica. En la esofagoscopia se objetivó que el límite superior de la prótesis estaba situado inmediatamente por debajo de la fistula. Se intentó la extracción de la prótesis sin éxito, debido a la presencia de tejido de granulación que la anclaba al esófago, por lo que le fue colocada una nueva prótesis de 8 cm de longitud de forma solapada con la anterior. Sin embargo, en el esofagograma de control persistía el trayecto fistuloso (fig. 1), debido a la poca adherencia de la segunda prótesis a la pared esofágica, aunque fue imposible su movilización.

Finalmente, debido a las complicaciones respiratorias y deterioro físico (pesaba 52 kg para una talla de 180 cm) que presentaba, fue remitido para valoración quirúrgica. Por toracotomía derecha se identificó y seccionó el trayecto fistuloso con grapadora mecánica Endo-GIA (US Surgical Corp., Norwalk CT, EE.UU.), interponiendo la pleura mediastínica entre ambas líneas de sutura. Posteriormente, se realizó una esofagotomía longitudinal 2 cm por debajo de la antigua fistula extrayéndose las prótesis, y sutura en dos planos con ácido poliglicólico de 2/0. En el noveno día postoperatorio se practicó un esofagograma no observando escapes e iniciando tolerancia oral. Actualmente, el paciente se encuentra asintomático, y en la endoscopia el esófago no presenta estenosis y los granulomas han remitido parcialmente.

La fistula esofagorrespiratoria adquirida benigna está causada frecuentemente por un traumatismo, aunque

también puede tener origen inflamatorio o infeccioso. *Mycobacterium tuberculosis* es el microorganismo más frecuentemente implicado. Así, la degeneración caseosa y necrosis de los ganglios mediastínicos, junto con la formación de abscesos, producen finalmente la erosión del esófago y la vía aérea adyacente.

El tratamiento de elección es el quirúrgico, consistente en la mayoría de los casos en la escisión de la fistula, aunque en otras ocasiones se precisa la realización de esofagectomía con interposición de una plastia. Ésta debe ser temprana y la radicalidad de la intervención depende de la enfermedad de base, inflamación local y complicaciones pulmonares asociadas<sup>3</sup>.

La eficacia de las prótesis autoexpansibles ha sido establecida en el tratamiento de las estenosis y fistulas esofágicas malignas, permitiendo la normalización del tránsito y previniendo complicaciones como la aspiración. Además, se ha planteado su uso en el tratamiento de enfermedades esofágicas benignas, como tratamiento temporal facilitando la nutrición previa a la cirugía esofágica, en pacientes en quienes fallan los tratamientos convencionales, y en casos especiales donde el estado general del paciente no permite el tratamiento quirúrgico<sup>4,5</sup>. Sin embargo, raramente son utilizadas, debido a que en muchos casos precisa de cirugía para ser retirada, sus consecuencias a largo plazo son desconocidas y puede ser causa de graves complicaciones como la hemorragia y la perforación<sup>1</sup>. Además, en animales estimula la hiperplasia de la mucosa, causando su obstrucción<sup>6</sup>.

No obstante, el mayor inconveniente es la obstrucción por crecimiento tumoral en patología maligna, así como el impacto de alimentos o la expansión incompleta de la prótesis. Por otra parte, en el tratamiento de procesos benignos se han observado complicaciones tardías causadas por la migración y la formación de estenosis en el 40-100% de los casos<sup>1</sup>; aunque las series publicadas son reducidas<sup>5,6</sup>. Además, la presencia de una lesión crónica se asocia a mayor índice de fracaso<sup>2</sup>.

Este caso refleja las complicaciones que presenta el empleo de las prótesis en las fistulas benignas. Consideramos que el tratamiento quirúrgico es de elección frente a la colocación de prótesis y, por otra parte, la opción quirúrgica adoptada representa una menor agresión que la resección con plastia.

I. García, F. Pozo, P. Ricarte y M. García-Morán

Servicio de Cirugía General II.  
Hospital Central de Asturias. Oviedo.

## Bibliografía

1. Song HY, Jung HY, Park SI, Kim SB, Lee DH, Kang SG, et al. Covered retrievable expandable nitinol stents in patients with benign esophageal strictures: initial experience. Radiology 2000;217:551-7.
2. Lee JG, Hsu R, Leung JW. Are self-expanding metal mesh stents useful in the treatment of benign esophageal stenoses and fistulas? An experience of four cases. Am J Gastroenterol 2000;95:1920-5.
3. Chervenak A, Tzankov C, Grigorov GE, Chervenak P. Acquired benign esophago-airway fistulas. Eur J Cardiothorac Surg 1996;10:713-6.
4. Strecker EP, Boos I, Veter S, Strohm M, Domschke S. Nitinol esophageal stents: new designs and clinical indications. Cardiovasc Interv Radiol 1996;19:15-20.
5. Song HY, Park SI, Do YS, Yoon HK, Sung KB, Shon KH, et al. Expandable metallic stent placement in patients with benign esophageal strictures: results of long-term follow-up. Radiology 1997;203:131-6.
6. Tan SS, Kennedy C, Morgan R, Owen W, Adam A. Using uncovered metallic endoprostheses to treat recurrent benign esophageal strictures. Am J Roentgenol 1997;169:1281-4.