

Cartas científicas

Fístula carotídeo-esofágica por cuerpo extraño

Carotid-oesophageal fistula due to a foreign body

La ingestión de cuerpos extraños es una consulta muy frecuente en urgencias de otorrinolaringología^{1,2}, siendo las espinas de pescado los más frecuentes^{1,3-5}. La creación de una fistula carotídeo-esofágica secundaria es extremadamente rara⁶, presentando una elevada mortalidad.

Presentamos el caso de una mujer de 69 años, sin antecedentes de interés, que acudió a urgencias por sensación de cuerpo extraño a nivel faríngeo tras comer conejo. Se realizó exploración orofaríngea sin evidenciar cuerpo extraño y fue dada de alta con antiinflamatorios. Consultó cuatro días después en otro centro por hematemesis, melenas y lipotimia, con hipotensión arterial sin taquicardia. La analítica mostró hematocrito de 26% y leucocitosis. Ante la sospecha de hemorragia digestiva alta por AINES se realizó fibrogastroscoopia observando coágulo y sangre fresca en cuerpo gástrico y fundus sin hemorragia activa. Posteriormente persistió hemodinámicamente inestable, con descenso del hematocrito hasta 23% asociado a hematemesis. Se inició transfusión de hemoderivados y se repitió la endoscopia hallando lesión esofágica bajo la boca de Killian, por cuerpo extraño enclavado que se extrajo parcialmente. Ante la inestabilidad y empeoramiento clínico, se realizó tomografía computarizada torácica que mostró perforación esofágica cérvico-torácica con afectación de partes blandas del mediastino superior y cervical bajo, sin mediastinitis (fig. 1). Presentó shock hipovolémico, requiriendo intubación orotraqueal y soporte vasoactivo, momento en el que se contactó con nuestro centro para su derivación.

A su llegada la paciente mantenía tensiones arteriales sistólicas de 128 mmHg con taquicardia (100 lpm). Se decidió intervención quirúrgica urgente mediante cervicotomía lateral izquierda, hallando perforación a nivel de la cara postero-lateral derecha del esófago cervical bajo la boca de Killian (fig. 2) sin signos de mediastinitis. Se realizó sutura simple en dos planos y colocación de drenajes. Se practicó asimismo una gastrostomía de descarga y yeyunostomía de alimentación. Tras ser extubada y ya retirado el soporte vasoactivo, la paciente presentó al segundo día postoperatorio hemorragia súbita a través de la herida y drenaje cervical, con inestabilidad hemodinámica y descenso del

hematocrito. Se reintervino mediante cervicotomía izquierda sin visualizar lesión en paquete vascular. Se practicó una cervicotomía contralateral que permitió localizar la hemorragia procedente de la arteria carótida derecha. Se suturó la arteria, si bien la paciente requirió politransfusión e incremento del soporte vasoactivo. Posteriormente se mantuvo estable, retirándose la sedación y el soporte vasoactivo, descartando secuelas neurológicas e iniciando nutrición enteral por yeyunostomía. Se realizó tránsito esofagogastroduodenal que no evidenció fugas, iniciando dieta oral. La paciente fue dada de alta al 18.º día postoperatorio. En el seguimiento ambulatorio se retiraron la gastrostomía y yeyunostomía, estando a día de hoy asintomática.

Discusión

La consulta en urgencias de Otorrinolaringología por la ingestión de cuerpos extraños no es infrecuente^{1,2}, sin



Figura 1 – Tomografía computarizada torácica que muestra perforación esofágica cérvico-torácica con afectación de partes blandas a nivel cervical bajo.

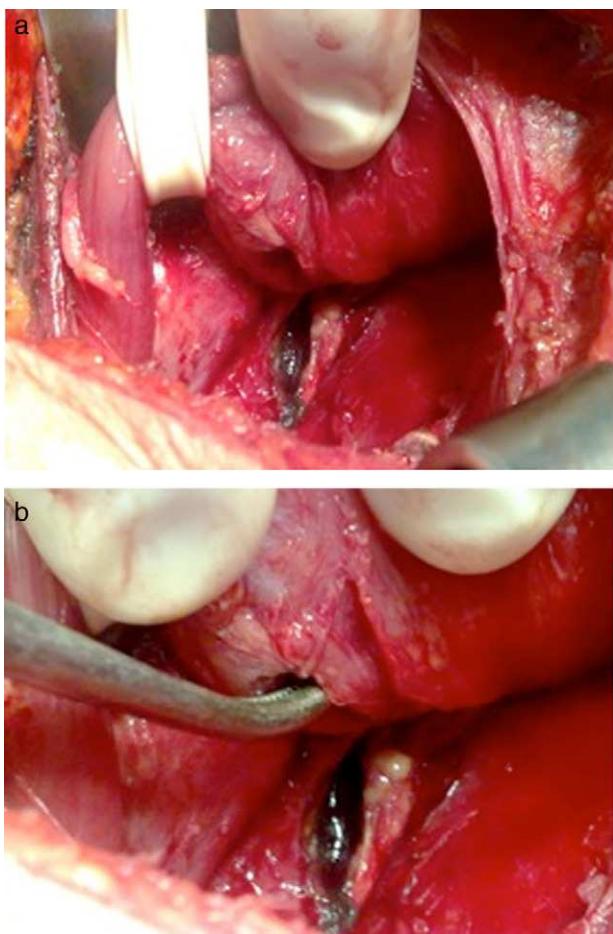


Figura 2 – A-B. Esófago cervical con perforación a nivel de la cara postero-lateral derecha.

embargo, el desarrollo de fistulas carotídeo-esofágicas es una complicación rara⁶, habiéndose descrito pocos casos en la literatura. La perforación de grandes vasos es secundaria a la perforación esofágica⁷, cuyas causas principales son yatrogénicas, traumática, espontánea, tumoral o debida a ingestión de cuerpo extraño. La mayoría de cuerpos extraños en adultos son espinas de pescado^{1,3-5}, suponiendo hasta el 60%, y pudiendo causar complicaciones graves, como el pseudoaneurisma de carótida⁷ y aorta⁵.

Se ha descrito que los movimientos de los músculos y vísceras favorecen la migración del cuerpo extraño a través de las estructuras del cuello^{1,2}. La penetración esofágica tras su ingesta accidental es especialmente inusual, con una incidencia entre el 1 y 4%⁵. Su migración puede desencadenar complicaciones como perforación esofágica, abscesos retrofaríngeos, complicaciones vasculares, e incluso, la muerte^{1,2,4,6}. Se han publicado casos de fistula con tránsito a diferentes niveles: mediastino, glándula tiroidea, arteria carótida común², vena yugular interna, retrofaríngeos, subcutáneo y piel⁸.

En nuestra paciente, el cuerpo extraño quedó alojado en el esófago durante cinco días, probablemente causando perforación del mismo y ulceración de la arteria carótida. La fistula carotídeo-esofágica se manifestó en forma de hematemesis, hemorragia digestiva alta y shock hipovolémico. La tríada de

Chiari⁹ descrita para la fistula aorto-esofágica (dolor torácico, hemorragia digestiva alta centinela, y exsanguinación tras un breve periodo de tiempo) podría extrapolarse al caso presentado.

Hay que considerar la posibilidad de migración en aquellos casos con confirmación radiológica del cuerpo extraño y fibrogastroscopia negativa. Ante esta sospecha, la tomografía computarizada cervical y mediastínica es la prueba de elección, permitiéndonos descartar la presencia de abscesos y complicaciones vasculares⁸. La tomografía computarizada con contraste endovenoso^{4,5} y/o arteriografía⁶ pueden mostrar la presencia de extravasación de contraste hacia el tracto digestivo.

La intervención endoscópica urgente es obligada en caso de ingestión de un objeto punzante y para prevenir la aspiración cuando el cuerpo extraño produce una obstrucción¹⁰. En caso de sospecha de migración extradigestiva hacia estructuras vasculares cervicales es importante la exploración quirúrgica urgente con extracción del cuerpo extraño^{1,2,9,10} para evitar el riesgo de erosión de la arteria carótida, que causaría la hemorragia masiva, la formación de falsos aneurismas⁷ o fistulas arterio-venosas. Es posible que en nuestro caso se hubiera evitado la formación de la fistula arterio-esofágica habiendo identificado el cuerpo extraño el primer día que consultó.

Nos encontramos ante una complicación muy infrecuente, siendo imprescindible un alto índice de sospecha clínica para su diagnóstico y una actuación inmediata para evitar el riesgo de hemorragia masiva derivada de la fistula carotídeo-esofágica.

B I B L I O G R A F Í A

1. Pang KP, Tan NG, Chia KH, Tan HM, Tseng GY. Migrating foreign body into the common carotid artery. *Otolaryngol Head Neck Surg.* 2005;132:667-8.
2. Osinubi OA, Osiname AI, Lonsdale RJ, Butcher C. Foreign body in the throat migrating through the common carotid artery. *J Laryngol Otol.* 1996;110:793-5.
3. Yang CY. The management of ingested foreign bodies in the upper digestive tract: a retrospective study of 49 cases. *Singapore Med J.* 1991;32:312-5.
4. Gran DC, Huigol RL, Westcott MJ. Transient ischaemic attack caused by an ingested stingray barb. *Med J Aust.* 2008;189:668-9.
5. Cheng A, Yu H, Li H, Xiao X, Liu S. Aortoesophageal fistula and aortic pseudoaneurysm induced by swallowed fish bone: a report of two cases. *Cardiovasc Intervent Radio.* 2009;9:764-7.
6. Levine EA, Alverdy JC. Carotid - esophageal fistula following a penetrating neck injury: case report. *J Trauma.* 1990;30:1588-90.
7. Mathur N, Joshi RR, Nepal A, Rauniyar RK. Common carotid artery pseudoaneurysm formation following foreign body ingestion. *J Laryngol Otol.* 2010;124:684-6.
8. Maseda E, Ablanedo A, Baldó C, Fernández MJ. Migración y fistulización a través de la piel de cuerpo extraño faríngeo (espina de pescado). *Acta Otorrinolaringol Esp.* 2006;57:474-6.
9. Kelly SL, Peters P, Ogg MJ, Li A, Smithers BM. Successful management of an aortoesophageal fistula caused by a fish

- bone - case report and review of literature. *J Cardiothorac Surg.* 2009;4:21.
10. Guideline for the management of ingested foreign bodies. American Society For Gastrointestinal Endoscopy. *Gastrointest Endosc.* 2002;55:802-806.

M. José Mañas Gómez^{a,*}, Sandra Castro Boix^b,
Juan Andrés Echeverri Cifuentes^a, Vicente Zanon Navarro^b
y Manuel Armengol Carrasco^a

^aDepartamento de Cirugía General y Aparato Digestivo, Hospital Universitari Vall d'Hebron, Barcelona, España

^bUnidad de Esofagogastrica, Departamento de Cirugía General y Aparato Digestivo, Hospital Universitari Vall d'Hebron, Barcelona, España

* Autor para correspondencia.

Correo electrónico: mjmanas@hotmail.com
(M.J. Mañas Gómez).

0009-739X/\$ - see front matter

© 2011 AEC. Publicado por Elsevier España, S.L. Todos los derechos reservados.

doi:10.1016/j.ciresp.2011.08.002

Resección hepática menor y fenestración mediante abordaje laparoscópico con tres trócares

Minor liver resections and fenestrations using three-trocar laparoscopy

La cirugía hepática laparoscópica (CHL) ha tardado en consolidarse como una opción técnica segura y factible^{1,2}. La CHL se ha realizado tradicionalmente utilizando cinco trócares, aunque ciertas lesiones (pequeñas, periféricas) localizadas en segmentos favorables se pueden intervenir empleando menos trócares^{3,4}. El empleo de tres trócares en CHL ha sido utilizado en un número reducido de pacientes^{5,6}. Presentamos nuestra experiencia con esta técnica.

En el periodo 2008-2010, hemos efectuado 8 CHL por tres trócares. Nuestros criterios de inclusión fueron: lesiones sólidas en los segmentos II a VI y quísticas en cualquier segmento. En las sólidas hemos practicado resecciones hepáticas no anatómicas y en las quísticas fenestración laparoscópica y exéresis de la pared del quiste. La técnica se realiza con el paciente en decúbito supino, piernas abducidas, brazos extendidos en 90°, leve maniobra de anti-Trendelenburg y movilización lateral del paciente según la localización de la lesión. Tras la creación del neumoperitoneo y exploración de la cavidad abdominal (óptica de 30°), visualizamos la lesión hepática a tratar, colocamos dos trócares laterales al anterior, uno a la izquierda del paciente (12 mm) para utilizar primordialmente el sellador de 5 mm (Ligasure®) empleado para la transección hepática (fig. 1) o de la pared del quiste, y los instrumentos de mayor tamaño (grapadora-cortadora, ecógrafo laparoscópico...) y uno de 5 mm a la derecha para pinzas auxiliares. Se prepara la maniobra de Pringle en los casos de resección hepática. La pieza fue extraída mediante bolsa protectora ampliando el orificio umbilical si era necesario. Los pacientes iniciaron tolerancia oral y deambulación precoz a las 6 h de la intervención.

Hemos intervenido 8 pacientes (4 mujeres y 4 hombres) que presentaban 9 lesiones hepáticas (cinco sólidas y cuatro

quísticas). La edad media fue 67 años (rango: 39-82 años). El tamaño medio de los tumores sólidos fue 27 mm (rango: 11-43 mm) y de los quistes 82 mm (rango: 27-130 mm). La localización de las lesiones y el diagnóstico preoperatorio figuran en la tabla 1. Uno de los pacientes presentaba colelitiasis y un quiste simple pequeño (27 mm) que contactaba con la vesícula biliar, lo fenestraron ya que no era factible efectuar la colecistectomía sin tratar el quiste. La maniobra de Pringle no se empleó en ningún paciente. Se comprobó histológicamente el margen en los pacientes tumorales de forma intraoperatoria. Las pérdidas sanguíneas fueron 32 cc (rango: 10-80 cc). Se dejó drenaje en 3 pacientes. El peso medio de las lesiones sólidas fue 36 g (rango: 17-68 g). El diagnóstico histológico definitivo figura en la tabla 1. No hubo morbilidad. La estancia media fue de 2,1 días (rango: 1-3 días).

La CHL se ha consolidado como una técnica segura y factible^{1,7,8}. Algunos procedimientos como la secciónectomía lateral izquierda laparoscópica se considera un *gold standard*⁹. La CHL habitualmente se realiza mediante cinco trócares, aunque puede realizarse con cuatro¹. Probablemente se hayan realizado cirugías por tres trócares pero la bibliografía sobre este tema es reducida y solo hemos encontrado dos referencias sobre esta variante técnica^{5,6}.

Los teóricos beneficios de reducir el número de puertos o su tamaño son: disminución del dolor postoperatorio, recuperación más rápida, menor requerimiento de analgesia y mejoría estética, pero no pueden acompañarse de disminución en la seguridad^{3,4,10}. Los metaanálisis realizados comparando la colecistectomía laparoscópica clásica con la realizada por minipuertos o tres trócares no demuestran beneficios clínicos evidentes^{4,10}. No hay experiencias publicadas de CHL realizadas totalmente por minipuertos.