



Cirugía Española

www.elsevier.es/cirugia



P-186 - SHOCK HEMORRÁGICO Y NECROSIS DE PARED ESOFÁGICA EN PORTADOR DE ENDOPRÓTESIS POR ANEURISMA DE AORTA TORÁCICA

Delgado de la Cruz, Alejandra; Hueso Mor, Alejandro; de Amas Conde, María; Pellicer Barreda, María Amparo; Saiz Lozano, Guillermo; Sánchez González, Juan Manuel; Concepción Martín, Vanessa; Jordán Balanzá, Julio César

Hospital Ntra. Sra. de la Candelaria, Santa Cruz de Tenerife.

Resumen

Introducción: La reparación endovascular de aneurismas torácicos supone un gran avance al evitar la realización de cirugías con alta morbilidad, como esternotomía y toracotomía, sin embargo, esta técnica no está exenta de complicaciones, que se estima que alcanzan hasta un 38%. Que incluyen fugas, fistulización, migración o colapso de la endoprótesis, isquemia, eventos cerebro-cardiovasculares, etc. Requiriendo hasta en el 24% de los casos reintervención quirúrgica, habitualmente por vía endovascular (colocación de nueva prótesis, dilatación...).

Caso clínico: Varón de 68 años pluripatológico con resección de AAA con injerto aorto-aórtico por rotura aneurismática en 2015, corrección de aneurisma de aorta toraco-abdominal con prótesis endovascular en 2022. Presenta aneurisma aórtico torácico tipo IA, ingresando para cirugía programada, colocándose endoprótesis torácica entre los aneurisma torácico y abdominal hasta la prótesis previa. El 20.º día posoperatorio presenta cuadro brusco de hipotensión, taquicardia y obnubilación, con saturación basal de oxígeno de 84%, con mal estado general, obnubilado inestable hemodinámicamente, hipotenso, taquicárdico, exploración abdominal anodina. Se realiza resucitación volumétrica. Se monitoriza al paciente y se realiza ECG que muestra taquicardia sinusal con extrasístoles ventriculares, se extraen gasometría arterial que refleja una acidosis metabólica y analítica sanguínea completa en la que destaca Hb 6,2 g/dL. El paciente es trasladado a la unidad de Reanimación para estabilización hemodinámica, iniciando perfusión de aminos vasoactivos. Se le realiza TC objetivándose fistulización del esófago medio y distal con el saco aneurismático excluido el cual presenta contenido hemático y burbujas aéreas sin puntos de sangrado activo, así como coágulos secundarios en el interior del estómago. A continuación, se realiza endoscopia digestiva alta urgente objetivando a 34 cm de la arcada dental un área de mucosa esofágica que tiene aspecto necrosado y avanzando a una cavidad que no impresiona de ser luz esofágica ni gástrica, probable relación con perforación en esófago distal. Ante los hallazgos, la imposibilidad de llegar a esofágica distal y la situación del paciente, se desestima la colocación de endoprótesis esofágica, decidiéndose adecuación de esfuerzo terapéutico, siendo *exitus* 3 horas después.

Discusión: Aunque las endoprótesis torácicas son una opción valiosa para el tratamiento de aneurismas, también conllevan riesgos significativos. La fistulización esofágica, como se observa en este caso, es una complicación poco común pero potencialmente mortal. Esta complicación puede

surgir debido a la erosión del tejido esofágico por parte de la prótesis o a la presión ejercida sobre el esófago por la expansión de la prótesis. La detección temprana de esta complicación es crucial para su manejo efectivo, ya que puede conducir a hemorragia masiva, sepsis e incluso el fallecimiento del paciente.