

Hemorragia digestiva alta por fístula aortoesofágica

Saioa Rubio^a, Cecilio Santander^a, Alberto Mingo^b, Fernando Ruiz Grande^c, José Luis Caniego^b y Ricardo Moreno^a

^aServicio de Aparato Digestivo. Hospital Universitario de La Princesa. Madrid. España.

^bServicio de Radiología Intervencionista. Hospital Universitario de La Princesa. Madrid. España.

^cServicio de Cirugía Cardiovascular. Hospital Universitario de La Princesa. Madrid. España.

RESUMEN

Se describe el caso clínico de una mujer de 60 años de edad, que comenzó con dolor torácico y un posterior episodio de hematemesis. Se diagnosticó una fístula aortoesofágica, por lo que se colocó una doble prótesis aórtica y esofágica, con buena evolución clínica. A los 15 días presentó migración de la prótesis esofágica y se realizó una nueva endoscopia, que permitió visualizar una espina de pescado enclavada en el esófago.

UPPER DIGESTIVE HEMORRHAGE DUE TO AORTOESOPHAGEAL FISTULA

We describe the case of a 60-year-old woman who presented with thoracic pain followed by hematemesis. Aorto-esophageal fistula was diagnosed. Double aortic and esophageal prostheses were placed with good clinical outcome. After 15 days, the patient presented migration of the esophageal prosthesis and a further endoscopic examination was performed. A fishbone was visualized in the fistula orifice.

INTRODUCCIÓN

Las hemorragias digestivas y la impactación esofágica de cuerpos extraños son las principales indicaciones de endoscopia urgente. Los cuerpos extraños impactados en el esófago pueden presentar la variedad más sorprendente. Sin embargo, las complicaciones más graves, como perforaciones, hemorragias, mediastinitis y fístulas, se deben en su gran mayoría a la laceración transmural por el borde afilado de espina de pescado (60%) y a hueso de pollo (16%)¹.

Los pacientes con fístula aortoesofágica por cuerpo extraño esofágico se manifiestan clínicamente con dolor cen-

trotórico y/o disfagia, con posterior aparición de una «hemorragia de aviso» que suele preceder a una hemorragia grave y generalmente incontrolable en un corto período.

A continuación presentamos un caso clínico de una hemorragia digestiva alta por fístula aortoesofágica como complicación de enclavamiento de espina de pescado en el esófago.

CASO CLÍNICO

Mujer de 60 años de edad, con antecedentes personales de hipertiroidismo en tratamiento con tiamazol, trombosis venosa profunda de miembro inferior derecho hace 2 años y herniorrafia inguinal derecha, que acudió al servicio de urgencias por dolor centrotorácico irradiado a la espalda de 2 días de evolución, acompañado de vómitos hemáticos en las últimas 24 h, sin repercusión hemodinámica y sin disfagia. La exploración física destacaba una temperatura de 38,4 °C, sin ningún otro hallazgo patológico. La radiografía de tórax, la analítica y el electrocardiograma eran normales. Se indicó gastroscopia urgente, observando abundantes restos hemáticos en el esófago con coágulo adherido en el cardias, sin otros hallazgos. Ante estos resultados, se decidió el ingreso hospitalario de la paciente.

A las 24 h del ingreso la paciente presentó un nuevo episodio de hematemesis con cortejo vegetativo e intenso dolor torácico, que persistía tras conseguir la estabilidad hemodinámica. Se realizó una segunda endoscopia, en la que se observó a 25 cm de la arcada dentaria un orificio ovalado de aproximadamente 1 cm de diámetro máximo con sangrado activo abundante y pulsátil. Ante estos hallazgos se decidió la realización de una tomografía computarizada (TC) urgente para confirmar la sospecha diagnóstica de fístula aortoesofágica. La TC demostró la presencia de un aneurisma de 1-2 cm que comunicaba con el esófago por una fístula asociada a un gran hematoma mediastínico (figs. 1 y 2). La paciente fue reinterrogada refiriendo la ingesta previa de pollo y pescado 2 días antes del inicio del cuadro clínico, coincidiendo con el inicio del dolor torácico. No se observó ningún cuerpo extraño esofágico en las pruebas endoscópicas ni en las pruebas de imagen radiológicas.

Ante el diagnóstico de fístula aortoesofágica, se decidió la colocación de doble endoprótesis aórtica intravascular (Endoprotesis torácica Talent Medtronic® de 24 mm de diámetro por 116 mm de longitud) y esofágica (prótesis recubierta esofágica de nitinol Taewoong Medical® de 18 por 100 mm) (figs. 3 y 4) y se inició tratamiento antibiótico para la mediastinitis. La paciente presentó una buena evolución clínica con adecuada tolerancia oral, por lo que fue dada de alta domiciliaria a los 15 días de su ingreso. Se programó para extracción de prótesis esofágica al mes de su colocación.

Sin embargo, a los 7 días del alta la paciente acudió a urgencias por un nuevo episodio de vómitos, en esta ocasión sin sangre, sin dolor torácico ni fiebre. Mediante la radiografía abdominal urgente se pudo verificar la migración de la prótesis esofágica al duodeno proximal (fig. 5), que se extrajo mediante endoscopia. En el mismo acto endoscópico se revisó el orificio fistuloso del esófago, donde se observó un cuerpo extraño enclavado sobre la úlcera cubierta de fibrina, compatible con espi-

Correspondencia: Dra. S. Rubio.
Diego de León, 62. 28006 Madrid. España.
Correo electrónico: saioar@terra.es

Recibido el 22-12-2005; aceptado para su publicación el 16-1-2006.

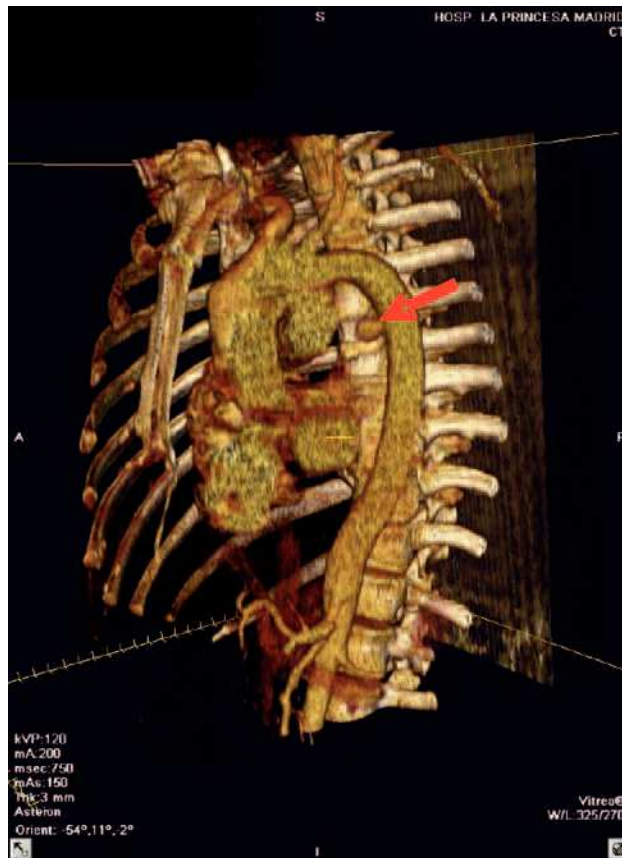


Fig. 1. Reconstrucción en tres dimensiones. Aneurisma aórtico (flecha).

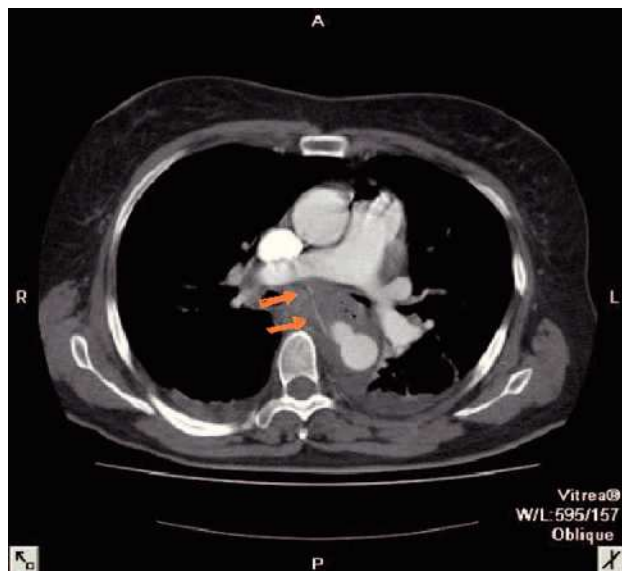


Fig. 2. Fístula aortoesofágica (flechas).

na de pescado. La espina no se había apreciado en las endoscopias ni en las pruebas de imagen previas. Se procedió a la extracción de la espina por vía endoscópica sin complicaciones. La paciente actualmente se encuentra asintomática con buena tolerancia oral y completa resolución de sus complicaciones.

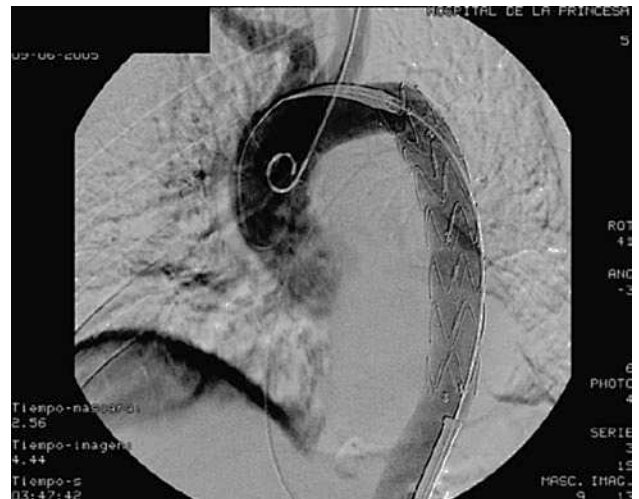


Fig. 3. Prótesis aórtica.

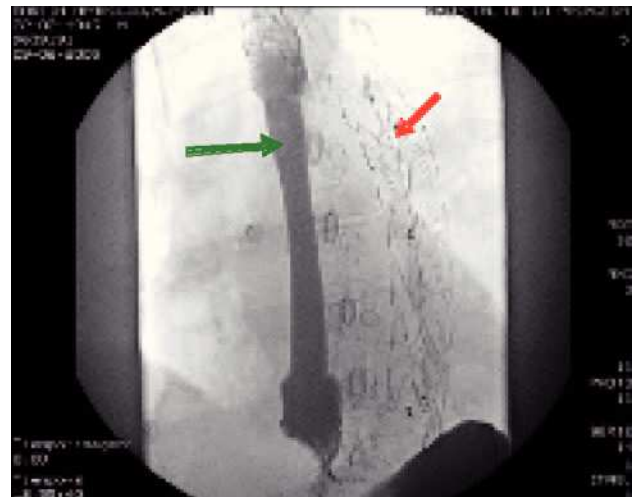


Fig. 4. Prótesis aórtica (flecha roja) y esofágica (flecha verde)

DISCUSIÓN

La hemorragia digestiva alta por fístula aortoesofágica tiene una elevada mortalidad². El cese espontáneo de la hemorragia no se suele producir, a diferencia de otras causas de hemorragia digestiva alta. En esta paciente se pudo controlar mediante la asociación de una doble prótesis en la aorta y el esófago. Posteriormente, se comprobó que la causa había sido una espina de pescado enclavada en la pared esofágica, por lo que se procedió a su extracción endoscópica. Antes del desarrollo de las prótesis endoluminales (digestivas y vasculares), la única opción para estos pacientes en quienes se sospecha una fístula aortoesofágica era la cirugía de emergencia, debido a la gravedad del proceso. Hoy en día, las prótesis se presentan como alternativa, con la gran ventaja de que se trata de una técnica mucho menos agresiva³⁻⁵. La hemorragia digestiva alta causada por una fístula aortoesofágica es



Fig. 5. Radiografía simple de abdomen que muestra prótesis esofágica migrada a duodeno proximal (flecha).

una etiología muy poco frecuente. De Manzoni et al⁷, en una serie compuesta por 3.741 pacientes con hemorragia digestiva alta, detectaron un solo caso en cuya etiología se encontraba implicada la fístula aortoesofágica⁶. En la bibliografía médica hay varios casos clínicos publicados. La serie más extensa, realizada en China, incluye a 17 pacientes.

A pesar de la baja probabilidad de que la hemorragia digestiva se encuentre en relación con una fístula aortoesofágica, esta entidad siempre tiene que estar presente en el diagnóstico diferencial. En este punto, la anamnesis es fundamental y va a dirigir el curso hacia un diagnóstico y tratamiento correctos, aumentando así la supervivencia. El dolor torácico de características pleuríticas previo al inicio de la hemorragia sin hallazgos cardiopulmonares patológicos e ingestión previa de espina de pescado o hueso de pollo u otro cuerpo extraño nos debe alertar sobre esta posible etiología de la hemorragia. Así, en todos los casos clínicos descritos en la bibliografía médica, la hemorragia está precedida siempre por el dolor torácico, sin relación con el cortejo vegetativo ni la patología cardiopulmonar^{1,2,7-18}. En el caso clínico descrito, el dolor precedía al sangrado digestivo en 2 días, y éste persistía a pesar de la estabilidad hemodinámica, datos de la anamnesis que alertaron sobre la posibilidad de la existencia de la fístula.

La perforación aórtica se puede deber a la lesión de la pared por la infección mediastínica adyacente, es decir, se presentaría como un aneurisma micótico. No obstante, en este caso clínico, como se puede observar en la imagen de TC, el aneurisma áortico no presenta inflamación de sus

paredes, que nos sugieran la existencia de un aneurisma micótico. Sin embargo, los datos de la historia clínica y la comprobación de la pequeña longitud de la espina de pescado sugieren este mecanismo de lesión aórtica a pesar de los hallazgos radiológicos.

Los casos clínicos de fístula aortoesofágica descritos, en su mayoría se producen por roturas de aorta secundaria a traumatismo torácico, aneurisma o cirugía cardiovascular y, en segundo lugar, a la patología por cuerpos extraños esofágicos. La mortalidad es muy elevada, y la hemorragia es la causa más frecuente de mortalidad en ambos casos. La rápida actuación ante el diagnóstico es clave para la supervivencia de los pacientes y requiere la actuación multidisciplinaria con la colocación de una prótesis aórtica urgente para evitar la exanguinación.

BIBLIOGRAFÍA

1. D'Costa H, Bailey F, McGavigan B, George G, Todd B. Perforation of the oesophagus and aorta after eating fish: an unusual cause of chest pain. *Emerg Med J*. 2003;20:385-6.
2. Ctercteko G, Mok CK. Aorta-esophageal fistula induced by a foreign body: the first recorded survival. *J Thorac Cardiovasc Surg*. 1980;80:233-5.
3. Dagenais F, Normand JP, Turcotte R, Mathieu P. Changing trends in management of thoracic aortic disease: where do we stand with thoracic endovascular stent grafts? *Can J Cardiol*. 2005;21:173-8.
4. Allen RC, Sebastian MG. The role of endovascular techniques in aortoesophageal fistula repair. *J Endovasc Ther*. 2001;8:602-3.
5. Bond SE, McGuinness CL, Reidy JF, Taylor PR. Repair of secondary aortoesophageal fistula by endoluminal stent-grafting. *J Endovasc Ther*. 2001;8:597-601.
6. De Manzoni G, Festini M, Lombardo F, Kind R, Rodella L, Ruzzenente A, et al. Esophageal non-variceal hemorrhage: a clinical and epidemiological study. *G Chir*. 2002;23:199-204.
7. Li S. Aorto-esophageal fistula caused by swallowed foreign body (report of 17 cases). *Zhonghua Er Bi Yan Hou Ke Za Zhi*. 1992;27:91-2, 125-6.
8. Bosco G, Di Stasi G, Tocco MP, Fiorello F. An esophagoaortic fistula due to a foreign body. *Minerva Chir*. 1993;48:951-3.
9. Cucinotta E, Barbuscia M, Calbo L, Asmundo A, Palmeri R, Melita G, et al. Aorto-esophageal fistula caused by foreign body. *Chir Ital*. 1999;51:467-70.
10. El Barbary AS, Foad H, Fathi A. Oesophageal fistulae caused by swallowed foreign bodies. *J Laryngol Otol*. 1969;83:251-9.
11. Fukunaga T, Yamamoto K, Mizoi Y, Nakagawa K, Yamamoto Y, Yamada M, et al. Aortoesophageal fistula by swallowed foreign body: a case report and review of the literature. *Nippon Hoigaku Zasshi*. 1989;43:337-47.
12. Jiraki K. Aortoesophageal conduit due to a foreign body. *Am J Forensic Med Pathol*. 1996;17:347-8.
13. Marmuse JP, Servin F, Rcheid HA, Giraud F, Montete P, Fichelle A, et al. Massive digestive hemorrhage caused by aorto-esophageal fistula. *J Chir (Paris)*. 1986;123:83-90.
14. Pons J, Demoux R, Campan P, Constant T, Le Treut YP. A fatal aorto-esophageal fistula due to a foreign body: a foreseeable accident? *Presse Med*. 1999;28:781-3.
15. Rudnikov VB, Gorevoi VI. Hemorrhage from the aorta following extraction of a foreign body from the esophagus. *Zh Ushn Nos Gorl Bolezn*. 1972;32:98-9.
16. Sonzogni A, Pezzica E. Aortoesophageal fistula. Report of one case complicating foreign body ingestion with considerations about pathogenesis. *Pathologica*. 1996;88:447-8.
17. Verhage JC. Fatal hemorrhage from an esophago-aortic fistula caused by a swallowed bone fragment. *Arch Chir Neerl*. 1968;20:301-4.
18. Wu MH, Lai WW. Aortoesophageal fistula induced by foreign bodies. *Ann Thorac Surg*. 1992;54:155-6.