

Fístula aortoesofágica primaria

Una causa rara de sangrado digestivo alto

Germán Gómez, Pablo Jiménez, Fernando Peñaloza

Resumen

La fístula aorto-esofágica es una entidad rara, con pocos casos descritos a nivel mundial, se presenta un caso y se hace una revisión de esta patología, enfatizando la importancia de la sospecha clínica y los hallazgos endoscópicos.

Palabras claves: fístula aorto-esofágica, sangrado digestivo alto.

Summary

The aorto-esophagic fistula is a rare entity, with few cases in the literature. We present one case and review this pathology and the endoscopic findings.

Key words: Aorto-esophagic fistula, upper gastrointestinal bleeding.

La hemorragia de vías digestivas altas es motivo de consulta muy frecuente en los servicios de urgencias. La enfermedad ácido péptica, las varices esofágicas y el síndrome de Mallory-Weiss son causas muy frecuentes y los servicios de gastroenterología y cirugía se encuentran bien entrenados en el diagnóstico y tratamiento de estas entidades. Sin embargo, existen patologías raras en las cuales los protocolos de manejo usuales no son útiles. La fístula aorto-esofágica como causa de sangrado digestivo alto es una entidad muy poco frecuente, que implica procedimientos quirúrgicos muy complejos y conlleva una alta mortalidad. Debido a esto un alto índice de sospecha es básico para permitir un adecuado manejo de esta patología.

Presentación de un caso

Se trata de una mujer de 69 años que ingresa al servicio de urgencias del Hospital Kennedy por sangrado digestivo alto de 3 horas de evolución, hemodinámicamente inestable. Se inicia reanimación y se practica endoscopia digestiva alta encontrándose: hematoma sub-mucoso que compromete todo el esófago, con sangrado masivo proveniente del tercio distal del esófago. No se puede practicar control endoscópico del sangrado. El paciente continúa ines-

table a pesar de la reanimación, es llevado de inmediato a salas de cirugía, presentando paro cardio-respiratorio a su ingreso por lo cual se practica toracotomía antero-lateral izquierda resucitativa. El hallazgo en la toracotomía es: aneurisma de la aorta torácica descendente roto al esófago, contenido en el mediastino (Figuras 1 a 3); se practica clampeo proximal y distal del aneurisma y masaje cardiaco; la paciente responde inicialmente a las maniobras de resucitación; se procede a incidir el aneurisma con los hallazgos descritos, al iniciar la corrección del aneurisma la paciente presenta nuevamente paro, que no responde a la resucitación y fallece.

Discusión

El primer caso de fístula aorto-esofágica fue descrito en 1818 por Dubrueil, un cirujano naval, en un marinero que presenta dolor torácico y hematemesis posterior a la ingestión de un cuerpo extraño. A los 5 días presenta un sangrado masivo que lo lleva a la muerte. La lesión se encontró en la autopsia.

En 1914, Chiari describió la tríada clásica conocida también como “síndrome aorto-esofágico” dolor torácico, sangrado arterial centinela y sangrado exsanguinante fatal (Tríada de Chiari).

En 1969, Yonago describe la primera corrección quirúrgica satisfactoria de una fístula aorto-esofágica secundaria. En 1983, Snyder y Crawford reportan dos casos de manejo quirúrgico exitoso de aneurismas aórticos torácicos rotos al esófago.

Germán Gómez Santos M.D., Cirujano General y Vascular. Hospital Kennedy. Instructor de Cirugía Universidad del Rosario. Pablo Jiménez M.D. Residente Cirugía General. Hospital Kennedy. Instructor de Cirugía Universidad del Rosario. Fernando Peñaloza M.D., Gastroenterólogo. Hospital Kennedy. Bogotá, D. C., Colombia. Correspondencia: ggomezsa@yahoo.com
Rev Colomb Gastroenterol 2004;19:230-232.

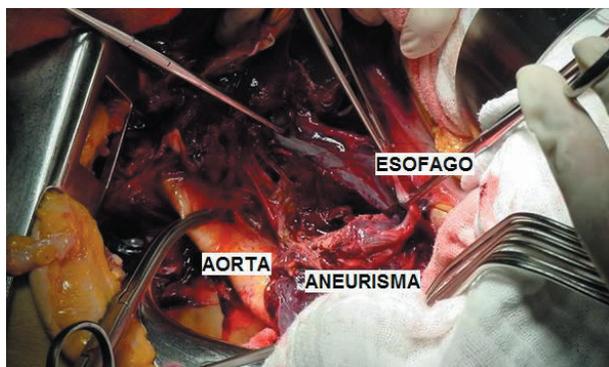


Figura 1. Vista operatoria aneurisma aórtico roto al esófago.

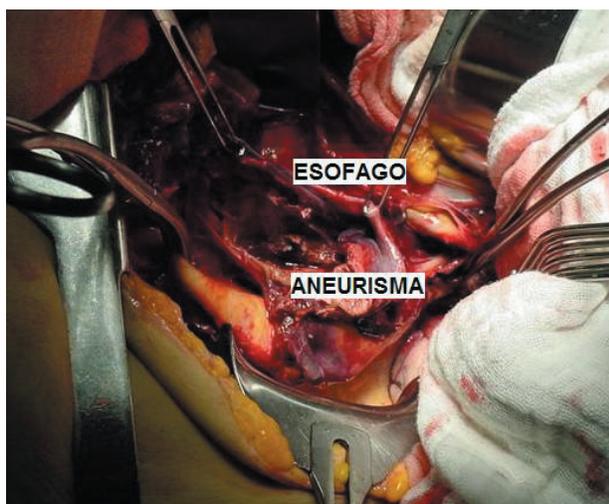


Figura 2. Vista operatoria aneurisma aórtico roto al esófago.

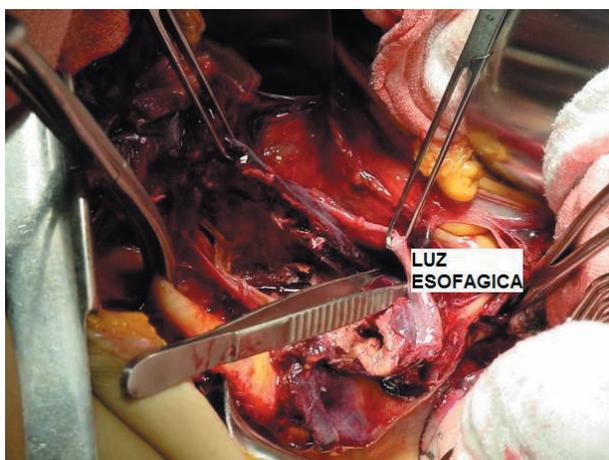


Figura 3. Vista operatoria luz esofágica.

Hollander y Quick en 1991, en una de la revisión de la literatura solo encuentran 500 casos de fístula aorto-esofágica, y realzan el carácter anecdótico del tratamiento exitoso de esta patología.

En la literatura inglesa, hasta el año 2000 sólo hay 9 casos de sobrevida de pacientes con fístulas

aorto-esofágicas por aneurismas torácicos (1).

Clásicamente, la fístula aorto-esofágica se divide en: primaria, en la cual la causa es un aneurisma torácico y corresponde a 75% de los casos. Y secundaria, en la cual se encuentran otras causas, siendo las más frecuentes la ingestión de cuerpos extraños, el carcinoma de esófago y cirugías previas (aórticas o esofágicas).

Debido a que el periodo entre el sangrado centinela y el sangrado final ex-sanguinante es impredecible, se considera que el papel de la endoscopia digestiva alta es preponderante, siendo el estudio de más alta especificidad y sensibilidad. En la endoscopia se puede encontrar compresión extrínseca del esófago por una masa pulsátil. También se puede encontrar una masa pulsátil cubierta con coágulos (estando contraindicada la toma de biopsias), usualmente a 25 - 30 cm de la arcada. Otro hallazgo es un hematoma submucoso esofágico (2), patología esta que puede tener otras causas. Idealmente ante la sospecha clínica, en pacientes con sangrado masivo, se recomienda practicar la endoscopia en la sala de cirugía.

Se ha propuesto la utilización del tubo de Sengstaken-Blakemore para control temporal del sangrado, cuando este es masivo.

En pacientes hemodinámicamente estables y si las condiciones del paciente lo permiten, se recomienda complementar el estudio con TAC torácico o resonancia magnética. Debido a que pueden ayudar en el planeamiento quirúrgico.

Un manejo quirúrgico rápido y agresivo (3) es la única forma efectiva de tratamiento. Las prioridades son:

1. Control del sangrado y manejo del aneurisma. La aorta torácica se controla fácilmente con clamp proximal y distal, el punto de comunicación fistuloso es identificado una vez se incide el aneurisma. El reparo del aneurisma es complejo debido al hecho de encontrarse en un campo quirúrgico infectado, pero en general se realiza la reconstrucción con un injerto protésico in situ.
2. Control de la sepsis. Además del obvio manejo antibiótico, se realiza un extenso desbridamiento quirúrgico, que incluye el saco aneurismático de ser posible y el esófago si se considera necesaria la esofagectomía.
3. Manejo de la lesión esofágica y reconstrucción del tracto digestivo. El cierre primario puede llevarse a cabo, en general con parche de pleura, pero implica un alto riesgo de dehiscencia. Dependiendo de los hallazgos operatorios, se recomienda la esofagectomía, por disminuir la contaminación y el riesgo

de fístula. La reconstrucción del tracto digestivo depende de las condiciones locales y del paciente, pudiéndose realizar en el primer acto operatorio, o en un segundo tiempo. Se recomienda practicar una yeyunostomía para alimentación.

En el periodo post-operatorio tardío, en general se utilizan antibióticos orales por largos periodos debido a la reconstrucción vascular en un sitio contaminado.

Hay que anotar que se ha descrito el tratamiento exitoso de esta patología por vía endovascular (4).

En resumen, la fístula aorto-esofágica es una entidad rara que causa hemorragia de vías diges-

tivas altas. Implica una alta mortalidad; por lo se requiere de un alto índice de sospecha para su diagnóstico, el cual puede permitir un manejo quirúrgico adecuado.

Referencias

1. **Reardon M J, Brewer R J, et al.** Surgical management of primary aorto-esophageal fistula secondary to thoracic aneurysm. *Ann Thorac Surg* 2000; 69: 967-970.
2. **Kise Y, Suzuki R, et al.** Idiopathic submucosal hematoma of esophagus complicated by dissecting aneurysm, followed-up endoscopically during conservative treatment. *Endoscopy* 2001; 33: 374-378.
3. **Da Silva E S, Lambertini F, et al.** Aorto-esophageal fistula caused by aneurysm of the thoracic aorta: successful surgical treatment, case report and literature review. *J Vasc Surg* 1999; 30: 1150-1157.
4. **Leobon B, Roux D, et al.** Endovascular treatment of thoracic aortic fistulas. *Ann Thorac Surg* 2002; 74: 247-249.