

HOSPITAL UNIVERSITARIO
"ARNALDO MILIÁN CASTRO"
SANTA CLARA, VILLA CLARA

INFORME DE CASO

FÍSTULA AORTOESOFÁGICA. PRESENTACIÓN DE UN PACIENTE

Por:

Dra. Leonila Noralys Portal Benítez¹, Dr. Joaquín Zurbano Fernández¹ y Dr. Yuri Medrano Plana²

1. Especialista de I Grado en Cirugía General.
2. Residente de 1er. año de Cirugía General.

Descriptor DeCS:
FISTULA ESOFAGICA
AORTOPATIAS

Subject headings:
ESOPHAGEAL FISTULA
AORTIC DISEASES

La fístula aorto-esofágica (FAE) es una entidad poco frecuente del tracto gastrointestinal alto, la cual generalmente no es advertida en presencia de hematemesis, y en ocasiones se atribuye este síntoma a otras afecciones más benignas. Esta rara anomalía, de origen congénito o adquirido, se presenta en la mayoría de los casos como un suceso fatal, sorpresivo y de difícil diagnóstico. Independientemente del tratamiento quirúrgico, este padecimiento –originado en la mayoría de los casos por aneurismas aórticos y cuerpos extraños– presenta en la actualidad un alto índice de mortalidad¹⁻³.

Al producirse la rotura de la aorta torácica, ocurre una exanguinación rápida que puede ocasionar la muerte en el preoperatorio, durante el acto operatorio –por paro cardiorrespiratorio o choque hipovolémico, entre otras–, o en el postoperatorio, principalmente por infecciones⁴.

En el presente trabajo nos referimos a una paciente con afección del tracto digestivo, a la cual se realizó en el transoperatorio un diagnóstico desafortunado, ya que este tipo de fístula puede desarrollar un sangramiento digestivo alto en el momento de producirse, que hace difícil el diagnóstico, el cual se realiza sólo en muy raros casos.

Es nuestro principal interés alertar al profesional de la salud mediante esta experiencia, sobre la importancia que tiene esta entidad como una de las causas posibles de hemorragia gastrointestinal alta, para realizar un tratamiento quirúrgico temprano y agresivo, dada la alta mortalidad de la misma.

Presentación del paciente:

Se trata de una mujer de 30 años de edad, que es atendida en el servicio de Cirugía General de nuestro hospital por presentar una hematemesis de pequeña cuantía. Entre sus antecedentes personales de mayor importancia encontramos los siguientes: paciente que padece hepatitis C, cirrosis hepática, várices esofágicas grado II, gastritis antral crónica, hiperesplenismo y trombocitopenia severa. En el cuerpo de guardia se le realiza un hemograma que registró 8,4 g/l de hemoglobina (Hb), y es ingresada en el servicio de Cirugía.

Diez horas más tarde la paciente presenta una hematemesis de gran cuantía, a pesar de la cual se mantuvo hemodinámicamente estable, por lo que se decide su traslado para una unidad de

cuidados intermedios (UCIM) con la impresión diagnóstica de sangramiento digestivo por: várices esofágicas, úlcera péptica y gastritis hemorrágica, y se comienza tratamiento con soporte hemodinámico (hemoderivados) y antiácidos. En la UCIM se le realizan estudios complementarios: Hb: 92 g/l, plaquetas: $200 \times 10^9/l$, tiempo de protombina: c-14, p-26 seg, y gasometría normal. Debido a esto se decide continuar con igual tratamiento y agregar vitamina K.

Siete horas después es valorada por presentar nuevamente una hematemesis de moderada a gran cuantía, la cual le ocasiona una disminución de la tensión arterial (TA) a cifras de 90/50, por lo que se decide colocar una sonda de Sengtaken Blakemore con tracción. Se recibe Hb con cifras de 8,7 g/l y se transfunde con dos unidades de glóbulos y plasma.

Pasadas 19 horas de esta última hemorragia se decide suspender la tracción de la sonda a causa de la mejoría clínica y hemodinámica de la paciente, ya con cifras de Hb de 10 g/l. Tres horas después presenta otra hematemesis de pequeña cuantía. Se decide colocar nuevamente la tracción y se transfunde con dos unidades más de glóbulos y plasma; en esos momentos presentaba una Hb de 9,5 g/l.

Al tercer día la paciente presenta una hematemesis severa con alteración de la hemodinamia, taquicardia, hipotensión y cifras de Hb de 6,2 g / l. Se transfunde con dos unidades de glóbulos.

Al cuarto día se transfunde una unidad de plaquetas y se retira la tracción de la sonda, desinflando el balón.

Al quinto día, en horas de la tarde, la paciente comienza a sangrar nuevamente, pero mantiene los signos vitales dentro de los parámetros normales, por lo que continúa con igual tratamiento. En horas de la madrugada es valorada nuevamente por presentar sangramiento y alteraciones hemodinámicas: palidez cutáneo-mucosa, frialdad, TA: 70/40, frecuencia cardíaca: 140 x minuto, Hb: 7,6 g/l y gasometría con una acidosis metabólica. Se indica trasladar para el salón de operaciones, previa transfusión de dos unidades de glóbulos y plaquetas, con el diagnóstico preoperatorio de sangramiento digestivo alto por várices esofágicas.

Se realiza laparotomía exploradora: se practica incisión media supraumbilical, y se profundiza por planos hasta llegar a cavidad; se encuentra un estómago muy dilatado y sangre en el resto del intestino sin signos de sangramiento activo evidente. Se procede a realizar gastrotomía alta para explorar el estómago; el mismo se encontraba muy distendido, con moderada cantidad de coágulos, y se observó la porción distal del esófago perforada y necrosada, al parecer por la acción del balón gástrico. Se realiza esplenectomía y se retira la sonda.

Súbitamente comienza un sangramiento activo que provenía de las porciones altas del esófago; se aspira sangre por el tubo endotraqueal, y se decide practicar toracotomía anterolateral derecha ante la posibilidad de una fístula aortoesofágica a nivel del tercio medio del esófago. La paciente hace un paro cardiorrespiratorio, se intenta reanimar pero no se logra su recuperación, y fallece a las 5:00 am del sexto día de su ingreso.

En la autopsia se informó: múltiples ulceraciones (Fig 1) en la porción distal del esófago, várices grado II no sangrantes y una fístula aortoesofágica a nivel del tercio medio del esófago (Fig 2), lo cual provocó la muerte de la paciente.

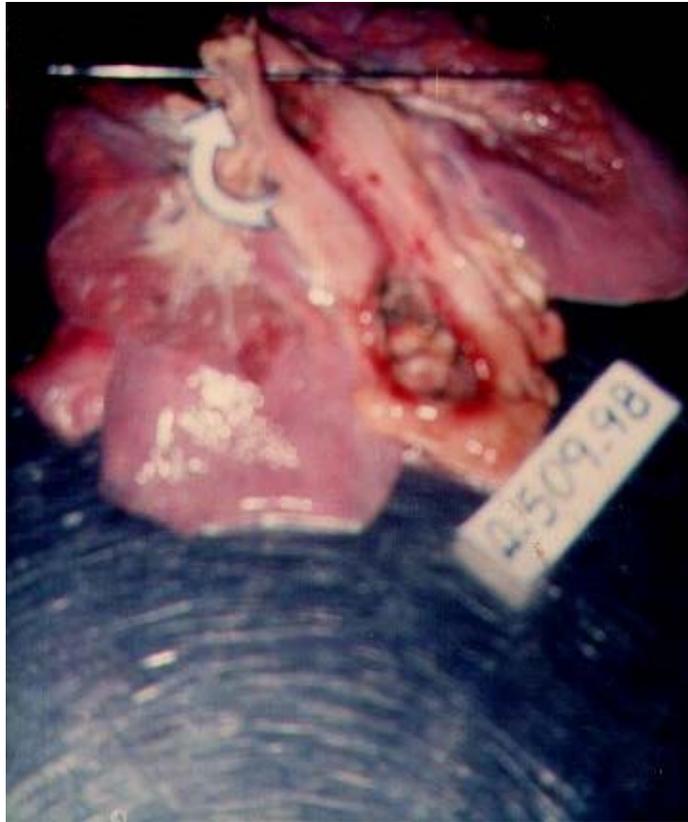


Fig 1 Se observan múltiples ulceraciones en la porción distal del esófago.

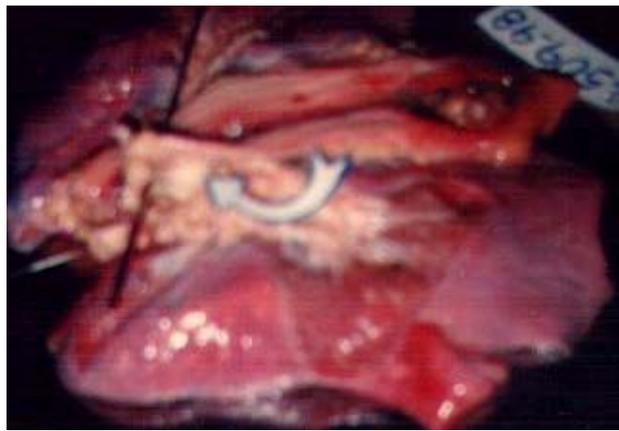


Fig 2 La flecha señala la localización de la fístula aortoesofágica.

Comentario

La FAE no es más que la comunicación directa entre la aorta y el esófago. Constituye una de las afecciones gastrointestinales altas menos frecuentes y usualmente de curso fatal. Aunque su incidencia es relativamente baja, la FAE representa un severo problema de salud, que por su carácter sorpresivo requiere de un profundo dominio por parte del profesional, ya que un diagnóstico acertado, una rápida resucitación, así como un tratamiento quirúrgico urgente, son determinantes para la supervivencia del paciente^{1,2,5,6}.

En cuanto a su origen, se mencionan en la bibliografía causas congénitas (como anillos vasculares) y adquiridas, como la rotura de aneurismas de la aorta torácica, que pueden ser de origen sífilítico, aterosclerótico, disecantes o falsos, la presencia de un cuerpo extraño en la luz esofágica, las metástasis de un proceso maligno intratorácico, la presencia de ulceraciones esofágicas no malignas, ya sean por tuberculosis, esofagitis o por reflujo, y las de causa iatrogénica^{1-3,7, 8}.

Una vez que la FAE ocurre, se presenta una típica hemorragia gastrointestinal alta, con sangre roja brillante y colapso cardiovascular. La presentación clínica rara vez es tan clara como la tríada de Chiari, que describe: dolor torácico ligero, hemorragia arterial y exanguinación del paciente^{3,9}. Una hematemesis masiva es frecuentemente la causa de la muerte, la cual es precedida de uno o más episodios de este tipo, días o semanas antes del evento fatal^{1,3,10}.

Cuando se sospecha la presencia de una FAE, los rayos X contrastados de esófago, incluyendo la vista lateral, es uno de los mejores métodos diagnósticos. En esta prueba pudiera demostrarse una ulceración y, en ocasiones, un trayecto fistuloso. En el caso de los aneurismas, se puede indicar una radiografía simple de tórax, en la cual, por lo general, se confirmará su presencia. La tomografía axial computadorizada (TAC), la resonancia magnética nuclear o la angiografía, proporcionarán un diagnóstico más acertado^{2,4,9}.

Mediante la esofagogastroduodenoscopia es posible observar una típica masa submucosa pulsátil, un coágulo que marca el sitio de fistulización, la evidencia de un hematoma intramural, un pseudotumor, un cuerpo extraño, o una ulceración en el área esofágica, cubierta por un exudado fibrinoso. Algunos gastroenterólogos consideran que la endoscopia es un método que por su precisión deroga otros procedimientos; sin embargo, no se recomienda, ya que puede resultar peligrosa, pues durante la introducción del endoscopio puede removerse el coágulo o desgarrarse la pared esofágica y provocar una hemorragia profusa^{4,5,7}.

La FAE, por ser una entidad rara, se diagnostica fundamentalmente posmortem, y se desarrolla como un nefasto suceso que toma al paciente y al médico por sorpresa. Es importante recordar que la letalidad de esta afección puede ser disminuida, si se eliminan las entubaciones nasogástricas prolongadas –sobre todo en pacientes con anillos vasculares–, y se remueven rápidamente los cuerpos extraños y los abscesos periesofágicos^{3,5,8}.

Referencias bibliográficas

1. Biewener A, Mobus U, Grass R, Dahlen C, Zwipp H. Fatal aorto-esophageal fistula as a late complication of traumatic aortic rupture. *Unfallchirurg* 2000;103(2):156-9.
2. Pons J, Demoux R, Campan P, Constant T, Le Treut YP. A Fatal aorto-esophageal fistula due a foreign body: a foreseeable accident ? *Presse Med* 1999;28(15):781-3.
3. Katyal D, Jewell LD, Yakimets WW. Aorto-esophageal fistula secondary to benign Barrett's ulcer: A rare cause of massive gastrointestinal hemorrhage. *Can J Surg* 1993;36(5):480-2.
4. Willemin B, Simon F, Briche L, Charia A, Mugel JL, Duchene R. Aorto-esophageal fistula. Apropos of a case. *J Chir* 1994;131(10):417-9.
5. Yasuda F, Shimono T, Tonouchi H, Shimpo H, Yada I. Successful repair of an aorto-esophageal fistula with aneurysm from esophageal diverticulum. *Ann Thorac Surg* 2002;73(2):637-9.
6. Iguchi A, Miyazaki S, Akimoto H, Ohmi M, Tabayashi K. Successful management of secondary aorto-esophageal fistula with graft infection. *Thorac Cardiovasc Surg* 2001;49(2):126-8.
7. Hariya A, Makuuchi H, Naruse Y, Kobayashi T, Ogata K, Tsurumaru M. Successful management of aorto-esophageal fistula due to rupture of thoracic aortic aneurysm in an elderly patient. *J Thoracic Cardiovasc Surg* 1998;46(8):777-80.
8. Kato N, Tadanori H, Tanaka K, Yasuda F, Iwata M, Kawarada Y, et al. Aorto-esophageal fistula-relief of massive hematemesis with an endovascular stent-graft. *Eur J Radiol* 2000;34(1):63-6.
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(6):467-70.
10. Siersema PD, Tan TG, Sutorins FF, Dees J, Van Blankenstein M. Massive hemorrhage caused by perforating Gianturco-Z stent resulting in an aorto-esophageal fistula. *Endoscopy* 1997;(29): 416-20.