

Cartas al Director

Fístula esófago pleural en esófago de Barrett

Palabras clave: Esófago de Barrett. Fístula esófago-pleural. Perforación esofágica.

Key words: Barrett's esophagus. Esophagopleural fistula. Esophageal perforation.

Sr. Director:

Presentamos el caso de un paciente que desarrolló una fístula esófago-pleural secundaria a úlcera péptica en esófago de Barrett, una causa extremadamente infrecuente de perforación esofágica.

Caso clínico

Paciente de 80 años de edad, que ingresa por neumonía en lóbulo inferior derecho, con derrame pleural. Presentó brusco empeoramiento de la situación respiratoria, ingresando en UCI.

Se colocó drenaje torácico, obteniéndose 2.640 ml de líquido purulento. Al octavo día, el paciente inició tolerancia por vía oral, saliendo un contenido parecido a la dieta por el drenaje. La sospecha de fístula esófago-pleural llevó a administrar azul de metileno, comprobándose salida inmediata por el drenaje torácico.

Se realizó endoscopia, describiéndose en tercio distal, cara lateral derecha, una ulceración de tres centímetros, cubierta de fibrina, con orificio fistuloso de más de ocho milímetros en su parte inferior. Las biopsias tomadas de la zona ulcerada, mostraron mucosa de tipo gástrico superficial, con leves infiltrados inflama-

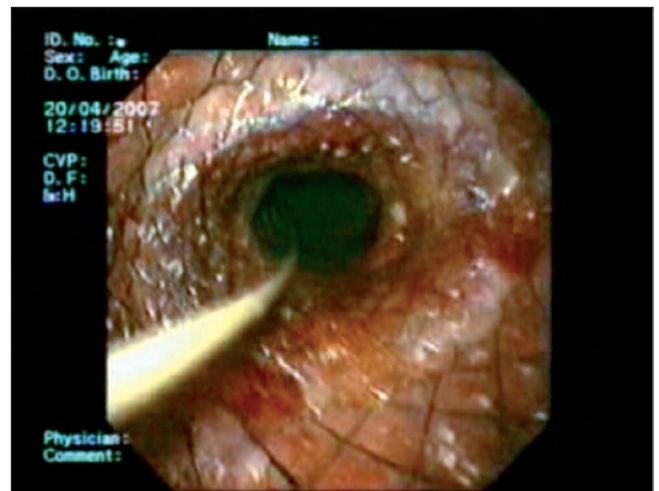


Fig. 1.

torios y metaplasia intestinal, sin signos histológicos de malignidad. Confirmado el diagnóstico de fístula esófago pleural benigna en relación con esófago de Barrett, se colocó stent removible tipo "Hanoster" como tratamiento de rescate (Fig. 1).

Desde la salida a la planta mantenía picos febriles por lo que se realiza TAC, que confirman la presencia de un absceso en lóbulo inferior derecho, por lo que se colocó un drenaje endotorácico, con salida de contenido de aspecto achocolatado, y la consiguiente mejoría clínica del paciente.

Se administró nuevamente azul de metileno, con salida de líquido azulado a través del tubo. Por lo que, ante la persistencia de la fístula esófago-pleural, se decidió trasladar al paciente al servicio de Cirugía General.

En esofagograma: endoprótesis en tercio distal esofágico, con fuga de contraste en tercio medio, y en extremo distal, dirigiéndose esta última en dirección posterior.

Se intervino al paciente, realizándose una esofagectomía transhiatal más gastroplastia subesternal, con evolución postoperatoria favorable, confirmando el estudio histológico, la naturaleza benigna de la ulceración.

Discusión

En la literatura se han descrito siete casos de perforación de úlceras benignas en esófago de Barrett, cinco casos de fístula esófago pleural (1-4), y dos de fístula esófago bronquial (5,6). La perforación esofágica es una complicación grave y poco frecuente, con una mortalidad entre el 10 y 40%. Las causas más frecuentes son la iatrogenia (cirugía o endoscopia), traumatismos, neoplasias, radiación o tratamiento con láser. El tercio inferior esofágico es el más frecuentemente afectado.

Para hacer un diagnóstico precoz, hay que mantener un alto índice de sospecha. Las pruebas complementarias más utilizadas son la radiografía de tórax y esofagograma con contraste hidrosoluble, siendo este último el de elección. La confirmación clínica de la fístula en pacientes con derrame pleural y con un tubo, se realiza administrando azul de metileno por vía oral.

Respecto al tratamiento existe poco consenso, y depende de la localización, longitud de la perforación, el estado del paciente, del tiempo entre la perforación y el tratamiento, de las condiciones locales o los intentos fallidos de corrección previa.

El tratamiento quirúrgico incluye la realización de esofagectomía, gastroplastia, funduplicatura, procedimientos de exclusión-diversión o drenaje.

La sutura primaria del defecto es el tratamiento de elección en perforaciones de menos de 24 horas de evolución y sin enfermedad esofágica previa. Hay autores que recomiendan el refuerzo de la sutura primaria, con parches de esternocleidomastoideo, dorsal ancho, intercostal, colgajo de pleura, pericardio o epiplón. Cuando no se dispone de material autólogo, Erdogan y cols., consideran una buena alternativa los parches de fibrina.

En pacientes con diagnóstico tardío, y que no son candidatos quirúrgicos, se ha descrito el uso de stents.

La localización de la fístula, es importante, ya que los stents colocados por encima del esfínter esofágico superior, no son

bien tolerados. De la misma manera, no deberían situarse a través del cardias, porque facilitan el reflujo gastroesofágico, salvo que los stents dispongan de mecanismo antirreflujo.

Los stents metálicos autoexpandibles se usan como tratamiento paliativo de las estenosis y de las fístulas neoplásicas esofágicas. En el momento actual el disponer de stents metálicos recubiertos removibles, y de poliéster cubiertos de silicona (Polyflex), hace que patologías benignas sean subsidiarias de este tratamiento de rescate, permitiendo la solución del problema o manejo de la situación crítica para plantear una cirugía definitiva electiva.

M. Morán Ortiz de Solórzano, M. E. Quintanilla Lázaro,
I. Guerra Marina, D. Collado Pacheco, J. L. Castro Urda,
L. R. Rábago Torre y F. Gea Rodríguez

*Servicio de Aparato Digestivo. Hospital Severo Ochoa.
Leganés, Madrid*

Bibliografía

1. Andersson R, Nilsson S. Perforated Barrett's ulcer with esophago-pleural fistula. A case report. *Acta Chir Scand* 1985; 151(5): 495-6.
2. Byard RW. Barrett esophagus and unexpected death. *Am J Forensic Med Pathol* 2007; 28(2): 147-9.
3. Matsumoto MA, Rockoff SD, Aaron BL. Tension pyoneumothorax. Rare presentation of Barrett's esophagus. *Chest* 1993; 103(5): 1604-6.
4. Limburg AJ, Hesselink EJ, Kleibeuker JH. Barrett ulcer: cause of spontaneous esophageal perforation. *Gut* 1989; 30(3): 404-5.
5. Gerstenberger PD, Pellegrini CA, Tierney LM. Barrett's ulcer of the esophagus. Previous unrecognized cause of acquired esophagorespiratory fistula. *Am J Med* 1986; 81(4): 713-7.
6. Nigro JJ, Bremmer RM, Fuller CB, Theisen J, Ma Y, Starnes VA. Perforating Barrett's ulcer resulting in a life threatening esophago-bronchial fistula. *Ann Thorac Surg* 2002; 73(1): 302-4.