

Fístula aortoesofágica: Hemorragia digestiva alta exanguinante. A propósito de un caso

Alejandro González C.⁽¹⁾, Borja Suberviola C.⁽¹⁾ y Javier Burón M.⁽¹⁾

A CASE OF MASSIVE UPPER GASTROINTESTINAL HEMORRAGE AS A CONSEQUENCE OF AN A ORTO-ESOPHAGEAL FISTULA

We report a case of a 70 old man, who suffered a severe upper gastrointestinal haemorrhage, with final result of death. A scanner diagnosed an aortoesophageal fistula, due with high probability to a fish thorn.

Key words: *Aortoesophageal fistula. Severe upper gastrointestinal haemorrhage.*

Introducción

La fístula aortoesofágica es una complicación extremadamente rara y letal que se presenta normalmente como una hemorragia digestiva alta de tipo cataclísmica. La mayoría de los enfermos mueren como consecuencia de la hemorragia, pocos llegan a tener una oportunidad quirúrgica¹. Presentamos el caso clínico de un hombre de 70 años, que debido a una espina de pescado ingerida días antes del episodio, desarrollo una fístula aorto-esofágica, con resultado final de muerte.

Caso Clínico

Hombre de 70 años de edad sin antecedentes personales de interés. Aproximadamente 96 horas antes de su ingreso en cuidados intensivos (UCI), el enfermo comenzó con sensación de disfagia que trató con analgésicos. El día de su ingreso, el paciente es encontrado por sus familiares, inconsciente y rodeado de un "charco" de sangre. Avisado el servicio de

emergencias, se inicia resucitación en su domicilio y es trasladado a urgencias de nuestro hospital.

A su llegada, el enfermo se encuentra estuporoso, con frialdad externa, palidez mucocutánea e hipotensión arterial manifiesta (75/40). Se procede a intubación orotraqueal del enfermo y se continua importante aporte de cristaloideos y concentrados de hematíes. Ante la situación de shock hipovolémico, y la persistencia de hemorragia digestiva alta, se decide su ingreso en UCI.

A su llegada, el enfermo recupera estabilidad hemodinámica, con mejoría de cifras de tensión arterial. Los valores analíticos al ingreso se muestran en la Tabla 1.

En este momento se realiza gastroscopia de urgencias. Se evidencia hemorragia masiva con sangre abundante parcialmente coagulada permitiendo explorar únicamente el tercio superior y medio del esófago, así como antro, cisura y bulbo duodenal que no presentan lesiones potencialmente sangrantes.

Se realiza TAC helicoidal con cortes axiales y posteriores reconstrucciones en los planos

⁽¹⁾ Servicio de Medicina Intensiva. Hospital Universitario Marqués de Valdecilla. Santander. España.

Tabla 1. Valores analíticos al ingreso en UCI

Parámetros	Valores
Hemoglobina (g/dL)	7,7
Hematocrito (%)	22,2
Actividad de protrombina (%)	63
Tiempo de tromboplastina parcial (seg)	34
Fibrinógeno (mg/100 ml)	247
Plaquetas (10^3)	137

sagital y coronal, sin y tras la administración intravenosa de contraste. En la serie sin contraste se objetivó un cuerpo extraño en tercio medio esofágico. Tras la inyección intravenosa de contraste se objetiva una fístula aorto-esofágica de alto débito que se corresponde con la imagen de cuerpo extraño vista en los cortes sin contraste que produce un ensanchamiento mediastínico y un importante hematoma intramural del esófago con ocupación de la luz esofágica e importante distensión gástrica con contenido, sugestivo de coágulos.

Con el diagnóstico de fístula aorto-esofágica se re-interroga a los familiares del paciente, quienes recuerdan el antecedente de atragantamiento con una espina de pescado 8 días antes. El enfermo desarrolló un leve dolor retroesternal, que cedió en 24 horas, y que posteriormente dio paso al cuadro de disfagia que motivo la toma de analgésicos.

El enfermo sufrió nuevo episodio súbito de hemorragia digestiva alta incoercible, de gran cuantía, que provocó shock hipovolémico grave y parada cardio respiratoria. A pesar de maniobras de reanimación no se recuperó ritmo vital en ningún momento, siendo imposible realizar intervención quirúrgica reparadora.

Discusión

La fístula aorto-esofágica es una complicación extremadamente rara y con resultado final de muerte en la mayoría de los casos¹⁻³. Los aneurismas de aorta torácica son la causa más frecuente de esta patología^{3,4}. Las piezas de metal y los huesos son las principales cau-

sas cuando hablamos de cuerpos extraños en la luz del esófago como causantes de esta complicación. La esofagitis corrosiva ha sido mencionada como origen de fístulas⁵.

El dolor torácico está presente en la mayoría de los pacientes previo a la hemorragia, cosa que aconteció en nuestro caso. La hemorragia aparecería entre las primeras horas y hasta algunos años después de tragado el objeto^{1,2}.

El resultado final de muerte es la regla cuando se revisa el tema en la literatura, existirían sólo 4 pacientes que sobrevivieron a tal evento². Sloop y cols⁶ reportaron 86 casos secundarios a cuerpos extraños con una mortalidad del 100%. La opción quirúrgica es una oportunidad que pocos llegan a tener.

La fisiopatogenia de la formación propuesta sería la penetración directa del cuerpo extraño o la presión que causa necrosis de la pared esofágica con la consiguiente mediastinitis y aortitis localizada lo que resultaría en la formación de la fístula^{1,2}. El diagnóstico se basa en una buena historia clínica, con especial interés episodios de atragantamientos previos, y la sintomatología del enfermo. Dentro de las pruebas de imagen la Rx de tórax puede ser normal. La TAC de tórax y la endoscopia son de utilidad si la situación del enfermo permite su realización. En nuestro enfermo fue la TAC torácica la que dio el diagnóstico definitivo, mientras que la gastroscopia no mostró lesión de esófago.

El procedimiento quirúrgico es el único que logra ofrecer alguna oportunidad a estos enfermos^{1,2}. Cuando se realiza cirugía la sepsis y el resangrado las causas de muerte más frecuentes.

Resumen

Presentamos el caso de un varón de 70 años que sufrió una hemorragia digestiva alta exanguinante, con resultado final de muerte. Fue diagnosticada una fístula aorto-esofágica mediante escáner como causante de la misma, debida con alta probabilidad a una espina de pescado.

Palabras claves: Fístula aorto-esofágica. Hemorragia digestiva alta exanguinante.

Bibliografía

- 1.- Nari G, Ponce O, Moll F, et al. Fístula aortoesofágica secundaria a cuerpo extraño. Presentación de un caso. *Rev Esp Enferm Dig* 2002; 94 (11): 703-8.
- 2.- Gu Chun J, Zhang Zhi W, Bao Wei K, et al. Surgical treatment of Aortoesophageal Fistula. *Asian Cardiovasc Thorac Ann* 1998; 6: 101-3.
- 3.- Snyder D, Crawford E. Successful treatment of primary aorta-esophageal fistula resulting from aortic aneurysm. *The Journal of Thoracic and Cardiovascular Surgery* 1983; 85: 457-63.
- 4.- Reardon M, Brewer R, Le Maire S, Baldwin J, Safi H. Surgical management of primary aortoesophageal fistula secondary to thoracic aneurysm. *Ann Thorac Surg* 2000; 69: 967-70.
- 5.- Singh A, Kothawla L, Karlson K. Tracheoesophageal and Aortoesophageal fistulae complicating corrosive esophagitis. *Chest* 1976;70: 549-51.
- 6.- Sloop R, Thomson J. Aorto-esophageal fistula: report of a case and review of the literature. *Gastroenterology* 1967; 53: 768-77.

Correspondencia a:
Alejandro González Castro
C/Pablo Iglesias 7, 4º C. Torrelavega 39300. Cantabria.
España.
E-mail: jandro120475@hotmail.com