

Fístula aortoesofágica: Manejo exitoso de una complicación peligrosa causada por un cuerpo extraño

Shinichi Ishioka¹, Adriana Safatle-Ribeiro¹, Everson L.A. Artifon¹, Décio Sampaio Couto Jr¹, Alex Navarro¹, Paulo Sakai¹, Ricardo Aun², Edivaldo Utiyama³, Samir Rasslan³, Dario Birolini³

RESUMEN

La tasa de cuerpos extraños ingeridos que requieren tratamiento endoscópico es de 10-20% y su retención en el esófago puede representar un severo riesgo de complicaciones. Adicionalmente al tratamiento endoscópico, un procedimiento quirúrgico puede ser necesario en aproximadamente 1%. En el presente caso, un paciente con antecedente de alcoholismo ingirió accidentalmente una prótesis dental durante un episodio de embriaguez severa, desarrollando una fístula aortoesofágica. Posterior a la evaluación endoscópica, el paciente fue tratado exitosamente mediante cirugía.

PALABRAS CLAVE: Cuerpo extraño esofágico, Prótesis dental, fístula aortoesofágica

Rev Gastroenterol Perú; 2008; 28: 278-281

ABSTRACT

The rate of foreign body ingestion in the gastrointestinal tract requiring endoscopic treatment is 10% to 20% and its retention in the esophagus may represent risk of severe complications. Additionally to endoscopic treatment, surgical procedure might be necessary in approximately 1%.

The case of an alcoholic patient, which accidentally ingested a dental prosthesis during an episode of severe drunkenness, is reported. He developed an aortoesophageal fistula that, after endoscopic evaluation, was surgically treated with success.

KEY WORDS: Esophageal Foreign body, Dental Prosthesis, Aortoesophageal Fistula.

1 Departamento de Gastroenterología, Servicio de Endoscopia Digestiva, Escuela de Medicina Universidad de Sao Paulo, Sao Paulo, Brazil.

2 Departamento de Cirugía, División de Cirugía Vascular, Escuela de Medicina Universidad de Sao Paulo, Sao Paulo, Brazil.

3 Departamento de Cirugía, División de Cirugía General, Escuela de Medicina Universidad de Sao Paulo, Sao Paulo, Brazil.

INTRODUCCIÓN

La presencia de un cuerpo extraño en el esófago no es tan frecuente en la práctica médica habitual, porque la mayoría de ellos avanza por el tracto gastrointestinal sin producir daño. Por el contrario, la retención del cuerpo extraño puede representar un riesgo de complicaciones. Aproximadamente el 10-20% de los pacientes requiere algún tipo de tratamiento, generalmente endoscópico, siendo necesario en tratamiento quirúrgico en menos del 1% de casos. Webb reportó que 1.500 muertes son causadas por cuerpo extraño anualmente en Estados Unidos^[1].

La ingesta del cuerpo extraño puede ocurrir accidentalmente o intencionalmente. Los niños, ancianos con problemas dentales, pacientes con enfermedades neurológicas, mentales o esofágicas y alcohólicos con profunda embriaguez son grupos de pacientes susceptibles de ingerir un cuerpo extraño.

De acuerdo a los estudios efectuados por Blair y Neustaber, los accidentes con cuerpos extraños en el tracto digestivo superior prevalecen en niños, con una incidencia de 60% a 80%^[2,3]. Sin embargo, Chaves et al., analizando prospectivamente 105 casos de ingesta de cuerpo extraño, observó que en el 72% de la serie, este evento ocurrió en adultos^[4].

El esófago es el órgano más dañado (80% to 90%), tanto en pacientes pediátricos como en adultos, seguido de la hipofaringe y el estómago. En el esófago, los cuerpos extraños se alojan en una de tres puntos: a nivel cricofaríngeo, broncoaórtico o diafragmático. Cuando se impactan a nivel topográfico del arco aórtico, pueden perforar la pared esofágica hasta llegar a la aorta, provocando una fístula aortoesofágica, complicación grave, que puede causar la muerte por hemorragia exanguinante^[5].

La mayoría de las fístulas aortoesofágicas resultan de un aneurisma aórtico, aunque también se ha descrito en casos de tumores esofágicos, úlceras, prótesis aórticas, prótesis esofágicas e intervenciones con iatrogenia. A pesar que existen diferentes posibilidades de intervención terapéutica, incluyendo las prótesis endovasculares, continúa siendo una condición de altísimo riesgo. La mortalidad es cercana al 100% y aquellos pocos que sobreviven, desarrollan paraplejía debido al clampeo aórtico [6]. El objetivo de esta publicación es reportar el caso de un paciente que en forma accidental deglutió una prótesis dental, progresando hacia la formación de una fístula aortoesofágica.

REPORTE DEL CASO

Un paciente de 68 años, consultó por historia de dos meses de evolución de dificultad en deglutir, náuseas, vómitos y progresiva pérdida de peso. De sus antecedentes mórbidos, destacaba el antecedente de abuso crónico de alcohol.

La endoscopia digestiva alta mostró un cuerpo extraño, correspondiente a prótesis dental con ganchos metálicos, a 25 cm de la arcada dentaria y penetrando en la mucosa

(Figura 1). La manipulación endoscópica no fue realizada, debido al largo tiempo de impactación y la posibilidad de fistulización aortoesofágica. La radiografía de tórax mostró la prótesis dental con los ganchos metálicos en el tercio medio del esófago (Figura 2) y el estudio contrastado reveló extravasación del medio de contraste alrededor de la prótesis.

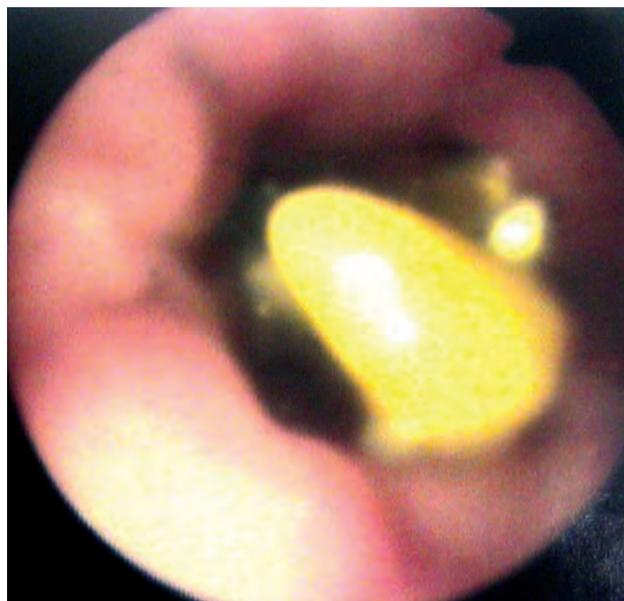


Figura 1. Endoscopia Digestiva alta: Prótesis dental con ganchos metálicos penetrando en la mucosa.

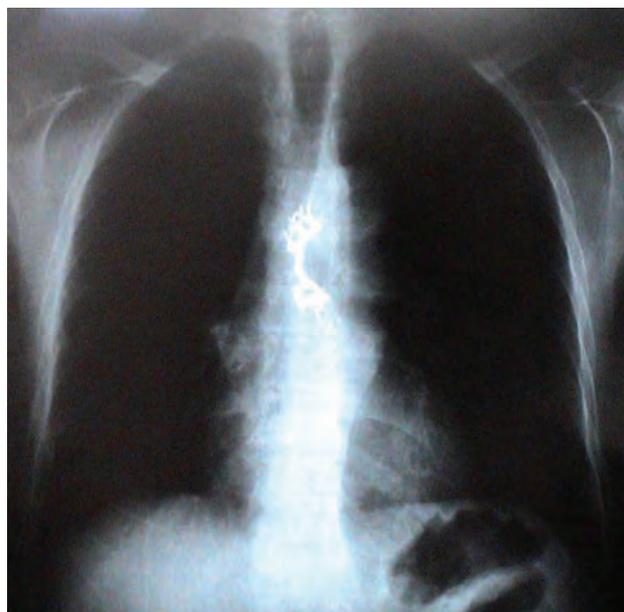


Figura 2. Radiografía de Tórax: Presencia de la prótesis dental en el tercio medio esofágico.

La tomografía computada de tórax confirmó que los ganchos metálicos de la prótesis dental transfixiaron la pared esofágica y que su extremo proximal estaba en íntimo contacto con la pared posterior del arco aórtico (Figura 3).

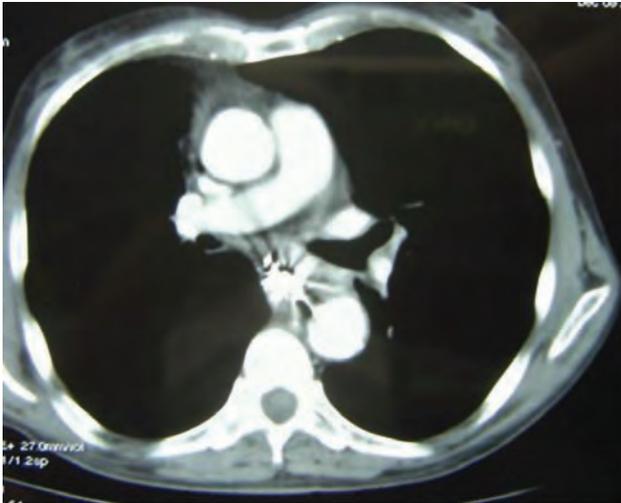


Figura 3. Tomografía Computada de Tórax: Ganchos metálicos perforando la pared esofágica y en contacto con el arco aórtico.

El paciente presentó hematemesis sin inestabilidad hemodinámica durante la estadía hospitalaria, mientras se completaba el estudio diagnóstico y se decidía la mejor alternativa terapéutica, por lo que se indicó cirugía de urgencia. En la sala operatoria presentó un nuevo de hematemesis, esta vez con hipotensión arterial. Tomando en consideración la severidad de la situación clínica, la estrategia quirúrgica consistió primero en el tratamiento de la fístula aortoesofágica por el equipo de cirugía vascular, instalando un stent endovascular (TALENT®, 18x18x113mm) a través de la arteria femoral derecha (Figura 4).

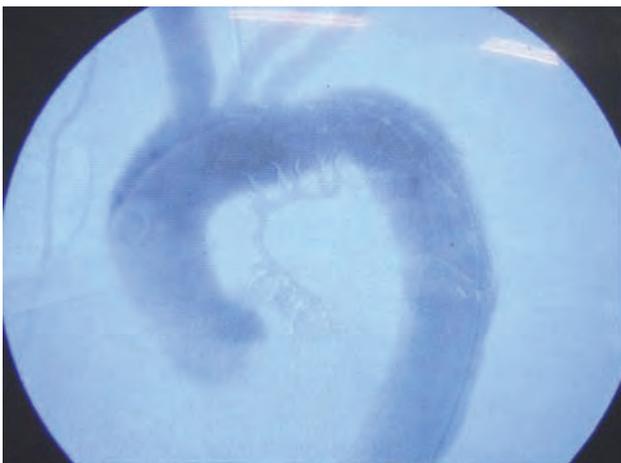


Figura 4. Aortografía del arco aórtico, posterior a la instalación de la prótesis endovascular. La posición de la endoprótesis permite la perfusión de las principales ramas del arco aórtico y la oclusión del segmento entre la aorta y el cuerpo extraño.

El equipo de cirugía general, a continuación, realizó una toracotomía izquierda y la prótesis dental fue removida a través de una esofagotomía longitudinal (Figura 5). Como parte de la cirugía, se efectuó también una esofagostomía cervical y una yeyunostomía.

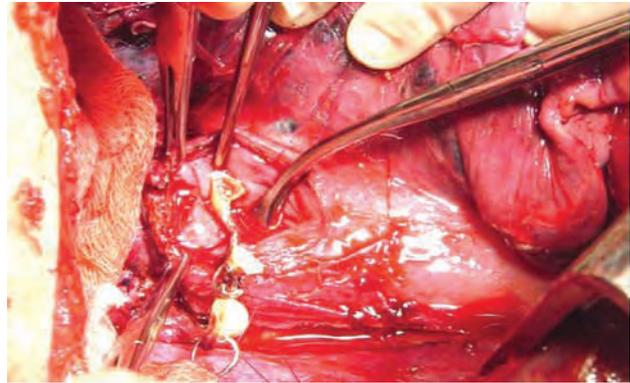


Figura 5. Remoción exitosa de la prótesis dental mediante esofagotomía longitudinal.

El paciente se recuperó en forma adecuada y fue remitido a su domicilio. Luego de once meses, se realizó la reconstrucción del tracto alimentario mediante esofagocoloplastia, con buena evolución.

DISCUSIÓN

La deglución de un cuerpo extraño es una indicación de endoscopia de urgencia. El procedimiento endoscópico es exitoso en 98,9% de los casos, de acuerdo a diversas publicaciones^[1,4]. La decisión de remover un cuerpo extraño está relacionada a la edad y condición clínica del paciente y por otra parte, del tamaño, forma y tipo de material que constituye el cuerpo extraño^[7]. También se debe considerar el sitio anatómico y período de permanencia del cuerpo extraño, además de la habilidad técnica del endoscopista.

Los sitios de impactación en el tracto gastrointestinal son los estrechamientos anatómicos y patológicos. Aproximadamente 50 a 80% de los cuerpos extraños esofágicos son retenidos en el esófago cervical y el resto en el segmento torácico alto y en esófago distal.

Los objetos impactados a nivel del arco aórtico pueden perforar la aorta, originando una fístula aortoesofágica, como en el caso reportado, el cual fue exitosamente manejado con un esquema multidisciplinario.

Casi todos los casos de cuerpo extraño deglutido, alojados en el esófago, son tratados mediante endoscopia. Sin embargo, aquellos alojados en el estrechamiento aórtico tienen posibilidad de fistulizar y provocar una hematemesis exanguinante o incluso hematemesis catastrófica por un intento de manejo endoscópico es alto. La instalación de la prótesis endovascular previo a cualquier tratamiento del cuerpo extraño puede ser altamente recomendado.

Por lo tanto, el manejo del cuerpo extraño deglutido y complicado, es ciertamente multidisciplinario, para que el paciente sea expuesto al mínimo riesgo de daño severo y quirúrgico, en caso necesario.

Mosca y cols, reportó que el tratamiento quirúrgico del cuerpo extraño deglutido fue necesario en tres pacien-

tes (1,1%) de una serie de 267 pacientes con cuerpo extraño visualizado durante el procedimiento endoscópico⁸. En la práctica, en casos de alto riesgo de perforación esofágica es más prudente evitar cualquier intento endoscópico.

En conclusión, la endoscopia es una técnica exitosa que permite la remoción del cuerpo extraño en casi todos los casos, sin complicaciones significativas, cuando es realizado con cuidado y habilidad. En el caso específico de cuerpo extraño impactado en el esófago, a nivel del arco aórtico, es necesario un cuidadoso manejo multidisciplinario.

Everson L. A. Artifon

Serviço Endoscopia Digestiva, Hospital das Clinicas
Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo
Av. Dr. Enéas de Carvalho Aguiar 255
6° Andar, Bloco C
São Paulo, Brazil.
Email: eartifon@hotmail.com

BIBLIOGRAFÍA

1. WEBB AW. Management of foreign bodies of the upper gastrointestinal tract: update. *Gastrointest Endosc* 1995; 41: 39-49
2. BLAIR SR, GRAEBER GM, CRUZZAVALLA JR, et al. Current management of esophageal impactions. *Chest* 1993; 104: 1205-1208
3. NEUSTABER B, BARKIN JS. Extraction of an esophageal food impaction with a Roth retrieval net. *Gastrointest Endosc* 1996; 43: 66-67
4. CHAVES DM, ISHIOKA S, FELIX V, et al. Removal of a foreign body from the upper gastrointestinal tract with a flexible endoscope: a prospective study. *Endoscopy* 2004; 36(10): 887-892
5. SICA GS, DJAPARDY V, WESTABY S, et al. Diagnosis and management of aorto-esophageal fistula caused by a foreign body. *Ann Thorac Surg* 2004; 77: 2217-2218
6. METZ R, KIMMINGS AN, VERHAGEN HJM, et al. Aorto-esophageal fistula successfully treated by endovascular stent-graft. *Ann Thorac Surg* 2006; 82: 1117-1119
7. SANOWSKI RA, HARRISON E, YOUNG MF et al. Foreign body extraction. In: Sivak MV Jr (ed). *Gastroenterologic Endoscopy*. 2nd edn. Philadelphia: WB Saunders; 2000: 801-812
8. MOSCA S, MANES G, MARTINO R, et al. Endoscopic management of foreign bodies in the upper gastrointestinal tract. *Endoscopy* 2001; 33(8): 692-696