

## NOTA CLÍNICA

**Fístula traqueoesofágica en paciente con cáncer epidermoide de esófago: tratamiento endoscópico con implante de *stent* traqueal****H. Ortiz Mayoral, J. Alfayate Sánchez, A. Giménez Velando, M.R. Calzado López, I. Fernández-Navamuel Basozábal, J. Flandes Aldeyturriaga**

Servicio de Neumología. Fundación Jiménez Díaz. Madrid.

Rev Patol Respir. 2019; 22(1): 29-31

**Resumen**

El cáncer de esófago es la principal causa de fístula traqueoesofágica (FTE). Es una complicación habitualmente asociada al tratamiento quimio-radioterápico producida por necrosis tumoral. La presencia de una FTE ensombrece el pronóstico, pudiendo provocar infecciones respiratorias, sepsis y fallecimiento.

El tratamiento quirúrgico no suele ser posible en estos casos, debido a la enfermedad oncológica avanzada y a la mala situación general de estos pacientes. El tratamiento endoscópico supone una alternativa terapéutica paliativa con el fin de aliviar la sintomatología y aislar las vías aérea y digestiva.

Este abordaje no está exento de complicaciones, algunas precoces, como la migración de la prótesis como el caso de la paciente que presentamos a continuación.

Se presenta el caso de una mujer de 63 años, diagnosticada de carcinoma epidermoide de esófago tratado mediante esofagectomía, plastia gástrica y quimiorradioterapia adyuvante. Un año tras el diagnóstico se objetiva una FTE, implantándose una prótesis esofágica y traqueal.

**Palabras clave:** Fístula traqueoesofágica (FTE); Tratamiento endoscópico; Prótesis traqueal; Prótesis esofágica; Cáncer de esófago.

**TRACHEOESOPHAGEAL FISTULA IN A PATIENT WITH SQUAMOUS-CELL ESOPHAGEAL CANCER: ENDOSCOPIC TREATMENT WITH TRACHEAL STENT IMPLANT****Abstract**

Esophageal malignancy is the main cause of tracheoesophageal fistula (TEF). TEF usually develops during or after completing radiation and chemotherapy with subsequent tumor necrosis. It is a complication that can be associated with a poor prognosis due to associated complications such as respiratory infections, sepsis and death. As surgical intervention is often not an advisable option due to advanced malignancy and poor performance status of the patients, bronchoscopic intervention provides a good choice to palliate symptoms and isolate the trachea from the esophagus. However, early complications such as stent displacement may occur, as in the case presented below.

We report the case of a 63-year-old patient, who was diagnosed with a squamous-cell esophageal cancer previously treated with esophagectomy, gastric plasty and adjuvant chemoradiotherapy. One year later, a TEF was found, so a tracheal and esophageal stent was inserted.

**Key words:** Tracheoesophageal fistula (TEF); Endoscopic treatment; Airway stenting; Esophageal stenting; Esophagus cancer.

**Introducción**

La fístula traqueoesofágica (FTE) puede ocurrir como causa de una deformidad congénita o secundaria a patologías como el carcinoma. Se trata de una conexión anormal entre

el esófago y la tráquea, y es el tipo más común de fístula en la vía aérea.

Se manifiesta con síntomas como impactación alimenticia, tos o como infecciones de evolución tórpida<sup>1,2</sup>, como es el caso que se expone a continuación.

*Correspondencia:* Herminia Ortiz Mayoral. Servicio de Neumología. Fundación Jiménez Díaz. Av. de los Reyes Católicos, 2. 28040 Madrid. E-mail: herminia.ortiz@quironsalud.es

*Recibido:* 10 de diciembre de 2018; *Aceptado:* 20 de febrero de 2019

## Caso clínico

Se presenta el caso de una mujer de 63 años exfumadora de 40 paquetes-año, con antecedentes de cáncer de pulmón microcítico con enfermedad limitada al tórax tratado con quimioterapia y radioterapia encontrándose en remisión completa. Posteriormente fue diagnosticada de un carcinoma escamoso de esófago tratado mediante esofagectomía con reconstrucción con plastia gástrica, por el que ha recibido 6 ciclos de carboplatino-taxol y radioterapia esteoreotáctica pulmonar (SBRT) por recidiva en anastomosis. En el momento actual en situación de remisión parcial.

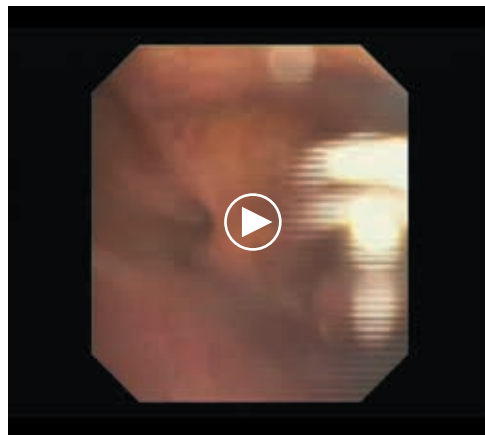
Tres meses tras el tratamiento con radioterapia, la paciente comienza con infecciones respiratorias de repetición que motivan múltiples visitas al servicio de Urgencias.

Se realiza tomografía computarizada (TC) de tórax de control, donde se observa trayecto fistuloso entre tercio superior de tráquea y plastia gástrica, motivo por el cual se decide implante de prótesis esofágica y colocación de sonda de gastrostomía para soporte nutricional.

Acude a Urgencias semanas después por episodio de broncoespasmo con insuficiencia respiratoria, motivo por el cual ingresa en Oncología Médica. En este ingreso se realiza un nuevo TC de tórax con contraste, objetivando cavitación de la lesión perianastomótica con fistulización a tráquea, persistencia del trayecto fistuloso mencionado previamente entre tráquea superior y plastia gástrica y migración de la prótesis esofágica. Como primera medida se decide colocar una nueva prótesis esofágica de mayor tamaño. El caso se comenta en Comité Multidisciplinar de Tumores de Pulmón y se decide realizar broncoscopia diagnóstica para valoración de vía aérea y plantear implante de prótesis traqueal.

Durante el procedimiento broncoscópico, se observa un defecto traqueal de 6 cm de diámetro con extensas áreas de necrosis, destrucción de la pars membranosa traqueal y extensión a pared cartilaginosa, pudiéndose visualizar prótesis esofágica y constante débito de contenido gástrico a la vía aérea durante la exploración. Se observan asimismo regiones hipervascularizadas que se muestrean mediante pinza de biopsia. Se coloca prótesis autoexpandible tipo Ultraflex de 16 x 60 mm englobando trayecto fistuloso. Durante la exploración se observa también parálisis de cuerda vocal derecha por probable afectación de nervio recurrente derecho (ver Vídeo 1).

Durante su ingreso sufre un deterioro clínico en contexto de episodios broncoaspirativos de repetición, precisando ingreso en Unidad de Cuidados Intensivos (UCI) por sepsis de origen respiratorio. Como complicación presenta una fungemia (aislamiento de *Candida albicans* sensible a fluconazol en hemocultivos), por lo que se procede a recambio de catéter venoso central y se inicia tratamiento con fluconazol además de antibioterapia empírica con meropenem y linezolid. Tras dos días de ingreso en UCI precisa intubación orotraqueal, presentando en los días posteriores fuga constante en la ventilación mecánica y episodios repetidos de salida de contenido biliar en tubo orotraqueal en contexto de migración de prótesis traqueal, hecho que motiva la realización de



Vídeo 1.

broncoscopias diarias en UCI para aspiración de secreciones y recolocación de prótesis.

Paralelamente se reciben resultados de Anatomía Patológica de broncoscopia diagnóstica, que ponen de manifiesto infiltración traqueal por carcinoma escamoso de esófago.

La paciente presenta una mala evolución marcada por el fracaso respiratorio y dado el mal pronóstico clínico y oncológico, se decide limitar el esfuerzo terapéutico, falleciendo finalmente la paciente tras nueve días de ingreso en UCI.

## Discusión

El cáncer de esófago es la principal causa de FTE, debido a la invasión tumoral de pared de esófago y tráquea<sup>3,4</sup>. Asimismo pueden ocurrir tras completar tratamiento de quimioradioterapia debido a la necrosis tumoral producida. También pueden aparecer en relación con colocación de prótesis esofágicas debido a una isquemia por compresión sobre la pared de la tráquea<sup>5</sup>. La FTE es una complicación que puede estar asociada a infecciones respiratorias de repetición que pueden dar lugar a fracaso respiratorio, sepsis y en última instancia pueden provocar el fallecimiento<sup>6</sup>, como es el caso de nuestra paciente.

El diagnóstico de las FTE se basa fundamentalmente en la clínica, las pruebas de imagen como la TC y en el examen endoscópico. También puede ser de utilidad la realización de pruebas radiológicas con empleo de contrastes orales.

En el tratamiento de la FTE tumoral el tratamiento endoscópico ha adquirido un papel importante en los últimos años, debido a la facilidad de colocación, tolerabilidad y baja tasa de complicaciones. Dado que la opción quirúrgica en muchas ocasiones no es la opción más aconsejable debido a lo avanzado de la enfermedad oncológica y mal estado funcional de estos pacientes, el tratamiento endoscópico supone una buena opción para paliar síntomas y mantener la independencia de las vías aérea y digestiva<sup>7,8</sup>, proporcionando una mejoría de la calidad de vida en estos pacientes, pudiendo prolongar la supervivencia<sup>3</sup>.

Con respecto al caso de nuestra paciente, presentaba un defecto traqueal de gran tamaño, además de la recidiva de su enfermedad tumoral, ambos predictores de fracaso

terapéutico y mal pronóstico. El paso constante de contenido digestivo a la vía aérea debido a la migración de la prótesis condicionó una sepsis de origen respiratorio con fracaso respiratorio y fallecimiento posterior.

## Bibliografía

1. Reed MF, Mathisen DJ. Tracheoesophageal fistula. *Chest Surg Clin N Am.* 2003; 13: 271-89.
2. Gudovsky LM, Koroleva NS, Biryukov YB, Chernousov AF, Perelman MI. Tracheoesophageal fistulas. *Ann Thorac Surg.* 1993; 55: 868-75.
3. Hürtgen M, Herber SC. Treatment of malignant tracheoesophageal fistula. *Thorac Surg.* 2014; 24: 117-27.
4. Burt M, Diehl W, Martini N, Bains MS, Ginsberg RJ, McCormack PM, et al. Malignant esophagorespiratory fistula: management options and survival. *Ann Thorac Surg.* 1991; 52: 1222-8; discussion 1228-
5. Balazs A, Kupcsulik PK, Galambos Z. Esophagorespiratory fistulas of tumorous origin. Non-operative management of 264 cases in a 20-year period. *Eur J Cardiothorac Surg.* 2008; 34: 1103-7.
6. Ke M, Wu X, Zeng J. The treatment strategy for tracheoesophageal fistula. *J Thorac Dis.* 2015; 7(Suppl 4): S389-97.
7. Jiang BT, Li GH, Li RH, et al. The value of clinical application of covered esophageal stent in the treatment of malignant esophageal stenosis and esophagotracheal fistula under endoscope. *Modern Digestion & Intervention.* 2014: 222-5.
8. Wang TX, Jiang RH. 42 cases observation of covered stent placed by endoscopy to treat tracheoesophageal fistula after esophageal radiotherapy. *China Journal of Endoscopy.* 2014: 401-3.