

Fístula esófago-pleural tardía post-neumonectomía

Dr. Mario Brandolino,
Dr. Hugo Bertullo,
Dr. Rodolfo Abelleyra.

La perforación del esófago en la cavidad pleural como complicación alejada luego de una neumonectomía, es una complicación rara y a menudo fatal. Se presenta un caso que la padece 4 años después de una neumonectomía izquierda. Se discuten los mecanismos patogénicos, el tratamiento empleado y se insiste en la necesidad de efectuar una terapéutica agresiva, debido a los habituales fracasos de las medidas conservadoras.

PALABRAS CLAVE (KEY WORDS, MOTS CLÉS) MEDLARS:
Esophageal Fistula.

Summary: Late oesophagus pleural fistula post Pneumonectomy.

The perforation of the esophagus in the pleural cavity as a late complication after a pneumonectomy is a rare occurrence but often fatal. A case is presented of a perforation four years after pneumonectomy of the left lung. Discussed are the pathogenic mechanisms and the treatment used, emphasis being laid on the necessity of promoting aggressive therapeutic measures in view of current failure of conservative techniques.

RÉSUMÉ: Fistule oesophago-pleurale post-neumonectomie.

La perforation de l'oesophage dans la cavité pleurale comme complication éloignée d'une pneumonectomie, est une complication peu fréquent et souvent fatale.

Servicio de Cirugía de Tórax del M.S.P. Hospital Gustavo Saint Bois, Montevideo.

On présent un cas dans lequel elle est apparue 4 ans plus tard après avoir effectué une pneumonectomie gauche.

On discute les mécanismes pathogéniques, le traitement employé et on insiste sur le besoin d'entreprendre un thérapeutique agressive, puisque les mesures conservatrices mènent habituellement à l'échec.

INTRODUCCION

La fístula esófago-pleural luego de neumonectomía, es una complicación rara, de innegable gravedad, con una mortalidad cercana al 50%. Se han descrito en la literatura 36 casos^(2, 9).

Según el momento de aparición, se reconoce la fístula precoz cuando se manifiesta dentro de los tres primeros meses del postoperatorio (la gran mayoría dentro de los primeros 20 días) y fístula tardía, las aparecidas luego de ese plazo, existiendo en este grupo un neto predominio de lesiones tuberculosas^(2, 9).

Caso Clínico. Paciente de 52 años, sexo femenino, diabética, insulino dependiente, portadora de una tuberculosis pulmonar bilateral con pulmón destruido a izquierda y pequeña lesión fibrosa en pulmón derecho. Tratada correctamente con isoniacida, rifampicina, estreptomycinina y etambutol durante dos años, mantiene baciloscopia positiva a pesar de la medicación. Se le efectuó neumonectomía izquierda en noviembre de 1978, presentando como única complicación postoperatoria la reactivación de su lesión pulmonar de-

Presentado a la Sociedad Cirugía del Uruguay el 13 de julio de 1983.

Cirujanos de Tórax del M.S.P. Practicante Interno.
Dirección: Abayubá 2888, Montevideo. (Dr. M. Brandolino).

recha, que se controló con la medicación antibacilar adecuada.

En marzo de 1981 consulta por fiebre y malestar general, constatándose en la toracentesis un empiema pleural izquierdo, del que inicialmente se aisló estafilococo dorado patógeno y posteriormente bacilo de Koch. Se efectúa toracostomía abierta seguida de lavados pleurales y medicación antibacilar por vía local y general hasta lograr la esterilización de la cavidad y cierre espontáneo de la toracostomía.

En julio de 1982 consulta nuevamente por empiema, que se drena mediante reapertura de la toracostomía, constatándose junto al pus fétido la existencia de restos alimenticios, por lo que se excluye la vía oral y se instala plan de nutrición parenteral total. El tránsito esofágico objetiviza la fístula, situada en tercio medio del esófago torácico, sin signos de estenosis y con buen pasaje al estómago (Fig. 1). La esofagoscopia pone de manifiesto la fístula sobre la cara izquierda del esófago ubicada en el fondo de un sector dispuesto en forma de embudo y sin alteraciones mucosas objetivables. La biopsia no muestra lesión esofágica bacilar.

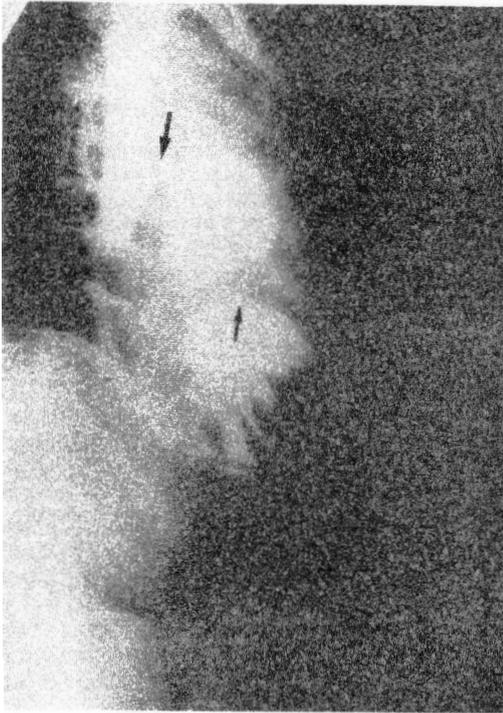


Fig. 1. *Tránsito baritado de esófago.* La flecha mayor señala la fístula esofago-pleural y el pasaje del líquido de contraste al hemitórax izquierdo desocupado. La flecha menor señala el fundus gástrico.

Luego de reposición nutricional adecuada, mejoría clínica y bacteriológica del proceso supurado, en agosto de 1982 se realiza toracotomía izquierda, identi-

ficándose la fístula esofágica, que se cierra con puntos reabsorbibles y se cubre con un colgajo pediculado pleuro-músculo-periostico, tomado del espacio intercostal, agregándose una toracoplastia de segunda a séptima costilla, tipo Schede^(5, 8).

La evolución inicial es buena, pero al octavo día se reinstala la fístula esófago-pleuro-cutánea, como se comprueba radiológicamente (Figura 2).

Luego de reinstalado el plan de nutrición parenteral y mejorada la paciente de su infección pleural, se efectúa laparotomía, esqueletizando el estómago con excepción de la arcada vascular mayor, seccionando el esófago, del que se sutura y abandona el cabo proximal y, luego de sutura del sector gástrico, se comienza a realizar la tunelización retroesternal, evitando entrar en la cavidad pleural izquierda, que seguramente está contaminada. Por cervicotomía lateral izquierda se realiza disección del esófago, sección del mismo y sutura del sector distal, completando el ascenso gástrico y realizando una anastomosis término-terminal esófago-gástrica en el cuello.

El postoperatorio evoluciona sin complicaciones y el control de la paciente, 8 meses después del acto quirúrgico, es totalmente satisfactorio, sin evidencia de reflujo bronquial.

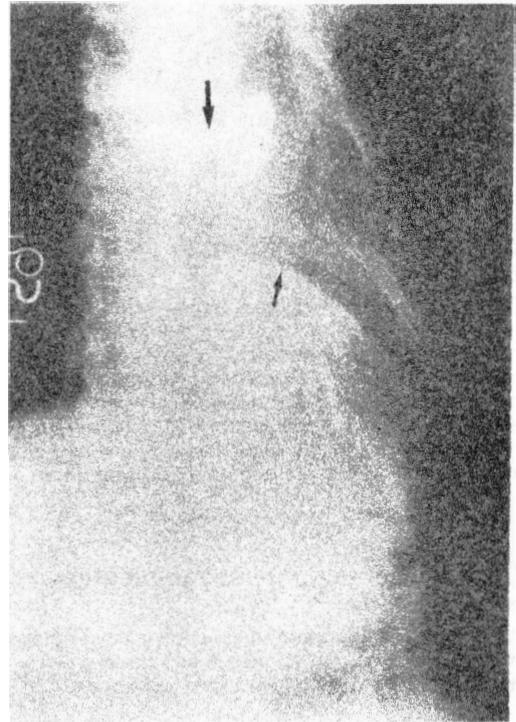


Fig. 2. *Iguales características que la figura anterior.* Obsérvese que quedan sólo los extremos anteriores de las costillas luego de la toracoplastia. Ha disminuido el tamaño de la cavidad hemitorácica y de la fístula, pero ésta persiste.

DISCUSION

Las fístulas esófago-pleurales postneumonectomía son de rara observación, con un gran predominio de lado derecho sobre el izquierdo, 32 y 4 casos respectivamente, por lo que el presente sería el quinto caso de fístula esófago-pleural izquierda. La topografía se explicaría por la mayor proximidad del esófago a la derecha y su cercanía al hilio pulmonar, que lo expone con facilidad a lesiones.

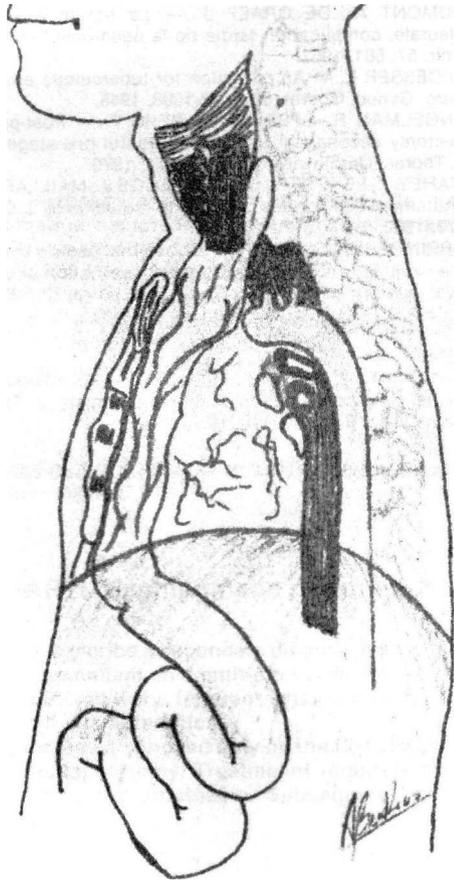


Fig. 3. *Imitado de Orringer y Sloan.* El estómago fue ascendido por vía retroesternal, y la anastomosis esófago-gástrica realizada en el cuello. El esófago permanece excluido en el mediastino posterior.

Las causas de las fístulas precoces son la lesión directa del esófago en el acto quirúrgico y la necrosis por desvascularización en la disección ganglionar del hilio, jugando la infección un rol secundario cuando existe⁽⁹⁾.

En las fístulas tardías, la infección es el factor dominante, ya sea de la cavidad pleural,

por absceso periesofágico abierto en la luz o divertículo esofágico por tracción, ya sea por adenopatía o por supuración de la cavidad pleural⁽⁹⁾. Este último puede ser el mecanismo invocado en nuestra paciente, ya que si bien se constató un divertículo en cuyo fondo estaba la perforación, ni en la endoscopia y biopsia, ni en la toracotomía, se pudieron poner en evidencia la existencia de adenopatía fistulizada o de lesión tuberculosa local. Sin embargo, la tuberculosis está señalada como la causa principal de las fístulas tardías^(2, 3, 6, 9).

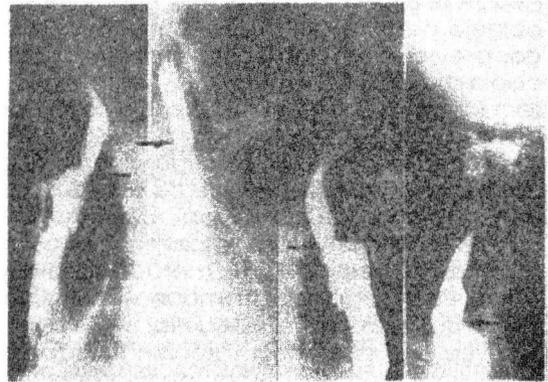


Fig. 4. *Tránsito baritado esófago-gástrico.* Las flechas señalan el buen calibre de la anastomosis esófago-gástrica. A pesar del corto segmento de esófago no presenta elementos clínicos de reflujo.

El pasaje del contenido esofágico a la pleura conduce a un empiema, en general a flora polimicrobiana, y que determina un cuadro séptico grave, si no es rápida y adecuadamente tratada.

El estudio radiológico contrastado de esófago-gastro-duodeno y la endoscopia esofágica con biopsia de la mucosa, son los estudios determinantes de la conducta terapéutica.

En relación al tratamiento, consideramos que debe dividirse en etapas.

Inicialmente el adecuado drenaje de la cavidad pleural, que si bien puede realizarse en un comienzo con tubo, debe ser asegurado con una amplia toracostomía abierta. El sostén nutricional es necesario por el hiper-catabolismo determinado por la infección y la indispensable exclusión de la vía oral; la terapéutica con antibióticos puede ser necesaria, pero el proceso mejora francamente simplemente con el drenaje. Lograda la mejoría infecciosa, se procede a la segunda etapa o de tratamiento definitivo. Como en

otros sectores del organismo, al cierre quirúrgico se debe agregar material de refuerzo que contribuya a una buena cicatrización y la obliteración de la cavidad pleural para que esta sutura evolucione adecuadamente.

Las medidas conservadoras de drenaje pleural simple, gastrostomía, yeyunostomía, etc., son inefectivas; el cierre simple de la fistula sin conseguir la obliteración de la cavidad pleural infectada, también debe ser desechada. La toracoplastia, sin otra medida curativa, logró algunos éxitos^(8, 9).

Nosotros intentamos, en el caso señalado, la técnica preconizada por Engelman, que realiza el cierre simple al que sobrepone un colgajo pediculado pleuro-músculo-periostico, previa resección costal y posterior toracoplastia de Schede⁽⁵⁾. Sin embargo, la técnica no fue efectiva, quizás por la mala calidad del colgajo de una pared torácica muy alterada por la larga supuración. Luego del fracaso de esta técnica se decide el ascenso gástrico al cuello, por vía retroesternal, sin abrir la cavidad pleural para no contaminar el mediastino. Es un método simple, ya que el estómago llega cómodamente al sector de anastomosis en el cuello, pudiendo realizarse una sutura sin tracción ni isquemia vascular. La no realización de piloroplastia y

el abandono de los cabos esofágicos suturados, no determinó complicaciones⁽¹⁻⁷⁾.

REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS

1. AKIYAMA H., MIYAZONO H., TSURUMARU M., HASHIMOTO C., KAWAMURA T. — Use of the Stomach as an Esophageal Substitute. *Ann. Surg.* 188: 606, 1978.
2. BERGER J., MOLINE J., CHEVILLOTTE P., FICHERE J., GERBAUD B., VIARD H. — La fistule oeso-pleurale precoce aprs pneumonectomie pour cancer. *Lyon Chir.*, 77: 375, 1981.
3. DUMONT A., DE GRAEF J. — La fistule oesophago-pleurale, complication tardie de la neumonectomie. *Lyon Chir.* 57: 581, 1961.
4. ELOESSER L. — An operation for tuberculous empyema. *Surg. Gynec. Obstet.* 60: 1096-1098, 1945.
5. ENGELMAN R., SPENCER F., BERG P. — Post-pneumonectomy esophageal fistula: successful one-stage repair. *J. Thorac. Cardiovasc. Surg.* 59: 871, 1970.
6. MAHEY J., FEKETE F., LOTART JACOB J., MAILLARD J. — Traitement des fistules oesophago thoraciques. *J. Chir.* 79: 377, 1960.
7. ORRINGER M., SLOAN H. — Substernal gastric bypass of the excluded thoracic esophagus for palliation of esophageal carcinoma. *J. Thorac. Cardiovasc. Surg.* 70: 836, 1975.
8. RICHARDSON J., CAMPBELL D., TRINKLE J. — Esophagopleural fistula after pneumonectomy. *Chest* 69: 795, 1976.
9. TAKARO T., WALKUP H., OKANO T. — Esophagopleural fistula as a complication of thoracic surgery. *J. Thoracic Cardiovasc. Surg.* 40: 179, 1960.