



Migración de una prótesis esofágica a la tráquea

Sr. Director: El carcinoma de esófago presenta una mortalidad a los 5 años del 90%. La resección total sólo podrá realizarse en menos de un 40% de los casos, y de éstos, a los 5 años, la supervivencia será menor del 20%. Una contraindicación para la cirugía curativa es la invasión del tracto respiratorio, con aparición de fístulas esofagobronquiales o esofagotraqueales^{1,2}. La incidencia de estas fístulas oscila alrededor del 10-15%, con una esperanza de vida de menos de 7 semanas sin tratamiento^{1,3,4}.

Presentamos el caso de un varón de 49 años, ex fumador de 50 paquetes-año y con hábito enólico, diagnosticado de carcinoma pobremente diferenciado de esófago en estadio IV, con metástasis pulmonares múltiples y hepáticas, que consultó en el Servicio de Urgencias de nuestro hospital por dificultad respiratoria. El tránsito esofagogástrico mostró una fístula entre el esófago y la vía respiratoria a 2 cm de la carina traqueal. Se colocó una prótesis metálica autoexpandible en el esófago, con buenos resultados inmediatos. Al mes volvió a consultar por disnea y disfagia progresivas. La fibrogastroscoopia objetivó migración de la prótesis al estómago, por lo que se procedió a la colocación de una nueva prótesis. Tres meses más tarde el paciente volvió a ingresar por insuficiencia respiratoria. En la radiografía de tórax se observaban signos indicativos de broncoaspiración. Mediante fibrobroncoscopia se visualizó la prótesis metálica esofágica en la tráquea supe-

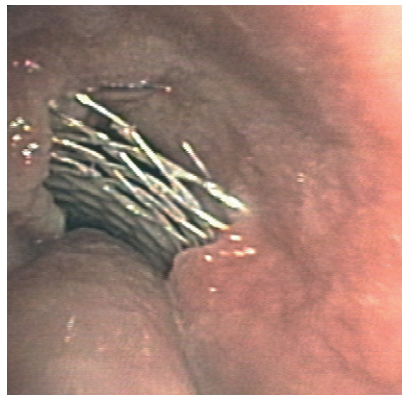


Fig. 1. Prótesis esofágica migrada a la tráquea.

rior, con una fístula traqueo-esofágica extensa, a 3 cm de las cuerdas vocales (fig. 1). El paciente falleció unos días después de la exploración, antes de que fuera posible un tratamiento eficaz de la fístula.

En la neoplasia de esófago la aparición de fístulas esofagotraqueales suele producirse en estadios muy avanzados de la enfermedad, en los que ya no está indicada la cirugía reparadora^{1,2}. El paciente presenta tos, dificultad respiratoria, episodios de broncoaspiración repetidos, neumonías de repetición, intolerancia a la ingesta oral y pérdida de peso^{1,2}. El tratamiento paliativo se basa en la colocación de una prótesis en la tráquea, el esófago o ambos⁵; las más usadas son las metálicas autoexpandibles, por la menor incidencia de complicaciones¹⁻⁵. La implantación de la prótesis consigue un cierre completo de la fístula en cerca del 80% de los casos¹, aunque no está exenta de complicaciones, tales como dolor torácico persistente, necrosis de la mucosa traqueal o esofágica por presión, forma-

ción de tejido de granulación causante de estenosis, disnea por compresión traqueal, perforación, hemorragia (que puede manifestarse como hemoptisis o como hematemesis) o la migración de la prótesis. Esta última aparece en un 5-15% de los casos¹⁻³ y requiere el reemplazo de la prótesis^{1,5}.

En nuestro paciente la migración de la prótesis esofágica implantada se produjo en 2 ocasiones: la primera al estómago, un mes después de su colocación, procediéndose al recambio protésico; la segunda prótesis esofágica colocada 3 meses más tarde volvió a migrar, en este caso a la tráquea, a través de una fístula esofagotraqueal extensa. El paciente falleció por insuficiencia respiratoria en el contexto de broncoaspiración antes de que pudiera reemplazarse la prótesis esofágica migrada.

María del Pilar Cuéllar Raya, Felipe Andreo y Eduard Monsó Molas

Servicio de Neumología. Hospital Universitario Germans Trias i Pujol. Badalona. Barcelona. España.

- Hoon Shin J, Ho-Young S, Gi-Young K, Jin-Oh L, Hyun-Ki Y, Kyu-o S. Esophago-respiratory fistula: long-term results of palliative treatment with covered expandable metallic stents in 61 patients. *Radiology*. 2004;232:252-9.
- Kvale PA, Simoff M, Prakash UBS. Palliative care. *Chest*. 2003;123:284S-311S.
- Belleguic C, Lena H, Briens E, Desruets B, Bretagne J, Delaval P, et al. Tracheo-oesophageal stent in patients with esophageal cancer involving the central airways. *Endoscopy*. 1999;31:232-6.
- Nasser A, Migliore M, Skinner D. Esophageal carcinoma with airway invasion. *Chest*. 1994;106:742-5.
- Becker HD. Implantation of silicone stents. *J Bronchol*. 1998;5:175-6.

CRÍTICA DE LIBROS



Enfermedad pulmonar obstructiva crónica. Álvar Agustí y Batolomé Celli. Barcelona: Elsevier/Masson, S.A.; 2005.

La enfermedad pulmonar obstructiva crónica (EPOC para los hispanoparlantes y COPD para los anglosajones) es una entidad de gran prevalencia, que ocupa un gran número de camas hospitalarias, precisa de un enorme dispendio económico y es motivo de numerosas comunicaciones, artículos, reuniones, etc., en el ámbito no sólo neumológico, sino médico en general. La mayoría de la información disponible de esta enfermedad llega a nuestras manos como COPD. No obstante, un gran número de médicos e investigadores básicos,

que realizan su labor en español, son constantemente citados y referenciados en publicaciones sobre esta afección. El libro reseñado nos facilita la oportunidad de leerles directamente en su idioma. Sin intermediarios, sin interferencias.

Dos de los investigadores más importantes en esta enfermedad y, a la vez, dos personas excepcionales, se han encargado de coordinar el libro. Se trata de los Dres. Álvar Agustí y Batolomé Celli. Han contado, además, con la colaboración de un gran número de autores que nos proporcionan información documentada y magnífica sobre la EPOC, ya sea en España o en América Latina. Un breve repaso al índice da idea de la categoría de los autores que han colaborado en el texto.

La obra, además, es completa en su abordaje, de lectura ágil, actual hasta la última cita. Contiene un apartado de epidemiología, distribuido en 3 capítulos, que se centran en una visión optimista de la enfermedad y aportan datos de España y de América Latina. La etiopatogenia del proceso se concreta en 5 capítu-

los, que abordan aspectos de anatomía patológica, etiológicos, funcionales, relacionados con el ejercicio y con el sueño. La clínica se aborda en 2 capítulos, dedicados a los signos y síntomas respiratorios y a la afectación sistémica. El apartado terapéutico, el más extenso, se trata en 6 capítulos, que van desde el tratamiento propiamente farmacológico al quirúrgico, la rehabilitación respiratoria, la oxigenoterapia domiciliaria, la ventilación no invasiva y la deshabitación tabáquica. Finalmente, en un apartado de otros aspectos se abordan las exacerbaciones, el tratamiento domiciliario, los problemas relacionados con la altitud y un capítulo final de perspectivas, en este caso, mirando no sólo hacia el pasado, sino necesariamente hacia el futuro, que se presenta, como dicen los autores al finalizar el libro, excitante y prometedor.

Pere Casan

Servicio de Neumología. Hospital de la Santa Creu i Sant Pau. Barcelona. España.