

PRESENTACIÓN DE CASO

Fistula aorto-esofágica en un paciente con cáncer de esófago **Aorto-esophageal fistula in a patient with esophageal cancer**

Alfredo Enrique Arredondo Bruce*, Elsa C. Piñero Pérez**, Luz María Cuenca Álvarez**

*Hospital Clínico Quirúrgico Docente "Amalia Simoni". Universidad de Ciencias Médicas de Camagüey. **Hospital Clínico Quirúrgico Docente "Amalia Simoni". Camagüey, Cuba. **Correspondencia a:** Alfredo Enrique Arredondo Bruce, correo electrónico: alfredoab.cmw@infomed.sld.cu

Recibido: 10 de septiembre de 2016

Aprobado: 4 de noviembre de 2016

RESUMEN

La fistula aorto-esofágica es una complicación infrecuente del cáncer de esófago, pero extremadamente agresiva. Se presenta un paciente fumador, bebedor ocasional, que ingresa por disnea intensa, tos con expectoración, disfagia y síntomas generales que llevan al diagnóstico de cáncer esofágico mediante esofagoscopia. El paciente fallece al séptimo día del ingreso por hematemesis masiva secundaria a fistula aorto-esofágica.

Palabras clave: CÁNCER ESOFÁGICO; HEMATEMESIS; FISTULA AORTO-ESOFÁGICA.

Descriptor: NEOPLASIAS ESOFÁGICA; HEMATEMESIS; FÍSTULA ESOFÁGICA.

SUMMARY

Aorto-esophageal fistula is an infrequent complication of esophageal cancer, but extremely aggressive. The study presents the case of a smoker and occasional drinker that was admitted for intense dyspnea, cough with expectoration, dysphagia and general symptoms that led to a diagnosis of esophageal cancer by esophagoscopy. The patient died at the seventh day of admission for massive hematemesis secondary to an aorto-esophageal fistula.

Key words: ESOPHAGEAL CANCER; HEMATEMESIS; AORTO-ESOPHAGEAL FISTULA.

Descriptors: ESOPHAGEAL NEOPLASMS; HEMATEMESIS; ESOPHAGEAL FISTULA.

INTRODUCCIÓN

Desde hace varias décadas se habla sobre el cáncer de esófago en la bibliografía médica. Nasario y colaboradores, (1) en un artículo publicado recientemente, refieren que Chevalier Jackson en 1886 diagnostica mediante esofagoscopia el primer tumor de esófago. Actualmente, esta incidencia se ha incrementado a escala mundial. Es la cuarta causa de muerte en el Reino Unido; en Sudamérica la tasa de incidencia general es baja, se estima en 7,1 por cada cien mil habitantes en varones y dos por cada cien mil habitantes del sexo femenino. (1) En Cuba, se diagnostican unos 440 casos nuevos por año y la incidencia es de 3,9 por cada cien mil habitantes. (2) En el año 2013 fallecieron 758

personas por esta causa, diecisiete más que en el 2012, y fue para el sexo masculino la quinta causa de muerte dentro de los tumores malignos, mientras que en las mujeres ocupó el lugar dieciséis. (2)

Como una complicación rara se describe la fistula aorto-esofágica primaria, la cual es una comunicación entre la aorta y el esófago, sin una intervención quirúrgica anterior, siendo una entidad muy infrecuente. Las causas más frecuentes son aneurisma aórtico torácico, ingestión de cuerpo extraño y cáncer de esófago, alcanzando este último el 30 % de los casos primarios. (3) Se trata de una emergencia médica, debido a lo abundante del sangrado que compromete la vida del paciente. (3)

Citar como: Arredondo Bruce AE, Piñero Perez EC, Cuenca Álvarez LM. Fistula aorto-esofágica en un paciente con cáncer de esófago. Revista Electrónica Dr. Zoilo E. Marinello Vidaurreta. 2016; 41(10). Disponible en: <http://revzoilomarinellosld.cu/index.php/zmv/article/view/900>.



Universidad de Ciencias Médicas de Las Tunas
Centro Provincial de Información de Ciencias Médicas
Ave. de la Juventud s/n. CP 75100, Las Tunas, Cuba

PRESENTACIÓN DEL CASO

Paciente blanco, masculino, de 68 años de edad, con antecedentes de: hipertensión arterial, para lo cual cumple tratamiento médico y de ser fumador inveterado y bebedor ocasional. Llega al servicio de urgencias remitido del Hospital Municipal de Florida, por presentar falta de aire intensa que le impide deambular, acompañada de tos húmeda con expectoración purulenta, malestar general, pérdida de peso no precisada y pérdida del apetito, además de presentar dificultad para tragar alimentos sólidos; niega haber tenido fiebre u otra sintomatología. Por todo lo anterior, se decide su ingreso para estudio y tratamiento, al examen físico solo se detectan estertores crepitantes en ambos campos pulmonares. FR: 17'x min. Se sigue por el servicio de neumología con una evolución clínica estable, en su tercer día de estadios en sala mantiene tos húmeda con expectoración.

Complementarios realizados:

Hb: 10.5 g/L, HTO: 0.34. Leuc: 7.8/10g/L, Pol: 0.62/10g/L, Lin: 0.28/10g/L, M:0.06/10g/L, E:0.04/10g/L, Aminotransferasas normales, química sanguínea normal. Espustos en espera de resultados.

Rx de tórax: se observan lesiones de aspecto inflamatorio en base pulmonar izquierda.

En el quinto día de evolución presenta hematemesis moderada, por lo que se realiza endoscopia, donde se presenta obstrucción de la luz del órgano, impidiendo la progresión del equipo de endoscopia, con aspecto infiltrativo. Se toma de muestra para estudio histológico. Se realiza USG abdominal (+): R. Izquierdo, con dilatación pielocalicial, no se observa litiasis. Próstata mide 28x35x33, no homogénea y de pared irregular con calcificación. Aorta de calibre normal con ateromatosis. Distensión de asas abdominales.

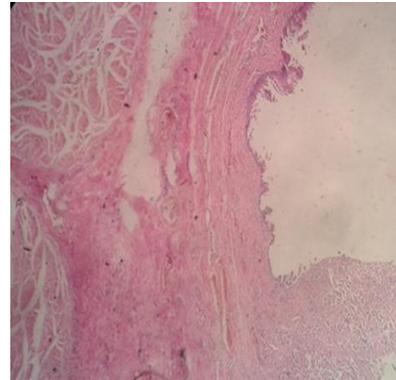
El paciente al séptimo día de ingreso presenta un cuadro súbito de disnea y hematemesis masiva, sudoración profusa seguido de frialdad y rigidez generalizada.

IMAGEN 1. Obsérvese el indicador y la fistula de aorta a esófago



Se realiza necropsia y se muestran los resultados anatomo-patológicos.

IMAGEN 2. Imagen microscópica compatible con carcinoma epidermoide moderadamente diferenciado



DISCUSIÓN

En 1829 Sir Astley Cooper fue el primero en describir la fistula aorto-entérica primaria, como una potente complicación de los aneurismas abdominales. (3) Antes de la séptima década del siglo pasado las enfermedades infecciosas, como la tuberculosis y la sífilis, causaron la mayoría de las fistulas. Posteriormente, al aparecer tratamientos eficaces, las causas infecciosas son raras. (4) Actualmente, la mayoría de las fistulas aorto-entéricas primarias están dentro del 0,04 % de los casos, las que son producidas por aneurismas abdominales y, de ellas, solo un tercio incluyen el esófago. (4-6) Las causas secundarias incluyen intervención quirúrgica del aneurisma abdominal, donde predominan las fistulas aorto-duodenales. (5, 6) En un informe publicado previamente, el 83 % de las FAE ocurrieron en presencia de un aneurisma aórtico. (6) Otras causas incluyen tumores, radioterapia, diverticulitis, úlceras e ingestión de cuerpo extraño. (2, 7) En este paciente la causa de la fistula fue la invasión de la pared arterial por el cáncer esofágico. En 1991, Hollander y Quick (1, 2) publicaron una revisión de la literatura disponible con respecto a las FAE, donde el cáncer esofágico fue la tercera causa, recomendándose la intervención quirúrgica inmediata de estos pacientes, como la única oportunidad de supervivencia, desde que todos los casos que se habían manejado de una manera conservadora se habían muerto por anemia aguda. (8)

Un estudio, realizado por Rice y colaboradores, (8) acerca de la sobre expresión de las proteínas del factor de crecimiento epidérmico humano 2 (HER-2) y la amplificación del gen HER-2 en carcinomas del esófago, encontró que estaban asociados con una pobre supervivencia. En ese estudio, que se llevó a cabo con 154 pacientes con adenocarcinoma

esofágico, la positividad al HER-2 se encontró en el 12 % y la sobreexpresión en el 14 %.

Es interesante lo acaecido en este paciente, donde predominan las manifestaciones respiratorias, y el paciente refiere el cuadro de disfagia como algo secundario; por supuesto, nos encontramos ante un fumador y bebedor inveterado, lo que es un factor de riesgo fundamental en esta enfermedad, y predomina este cuadro por las pequeñas bronco-aspiraciones que aparecían frecuentemente, esto sin lugar a dudas conspiró para el diagnóstico precoz de la enfermedad, que se diagnosticó en una etapa muy tardía.

El carcinoma epidermoide involucra la transición en el tiempo del epitelio escamoso normal a la displasia escamosa y finalmente al cáncer. La iniciación del cáncer epidermoide, su progresión y las metástasis están asociadas con varias alteraciones genéticas. Entre las alteraciones genéticas esta la sobreexpresión del receptor del factor de crecimiento epidérmico, y el oncogen del cyclin D1, y la inactivación del TP53, p16INK4A, y el supresor de genes E-cadherin tumor. (9, 10) La frecuencia de estos cambios varía en los diferentes estudios, pero las alteraciones oncogénicas aparecen muy temprano en la displasia y el cáncer epidermoide,

facilitadas por los irritantes de esa área del esófago, como son el tabaco y el alcohol, al considerar que la inactivación de los genes supresor del tumor parecen ser los eventos que aparecen tardíamente en el cáncer primario y las metástasis, (5) lo que facilita la extensión del tumor a órganos vecinos, como la aorta. (11, 12)

Los pacientes con FAE pueden presentar una tríada clásica de síntomas, conocido como la tríada de Cooper, que incluye dolor abdominal, sangramiento gastrointestinal y una masa abdominal pulsátil; (2, 3) sin embargo, sólo el 11 % de los casos descritos presentan esa tríada clásica de síntomas. (2) Otras manifestaciones clínicas pueden regresar intermitentes, el dolor, síncope, shock y pérdida de peso. La fiebre y sepsis también son posibles, pero raramente vistos. (1, 3) En el 94 % el sangramiento es la presentación de esos casos. El tiempo entre los primeros síntomas de sangramiento y el sangrado masivo puede variar desde horas a meses. En el 30 % de los pacientes este intervalo está en menos de seis horas, en 50 % menos de 24 horas y en 71 % menos de una semana. (3, 4) Para este paciente el intervalo de tiempo fue de aproximadamente siete días, lo que demostró poca celeridad en el diagnóstico y tratamiento definitivo.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS:

1. Nazario Dolz AM, Falcón Vilariño CG, Matos Tamayo ME, Oliú Lambert H, Romero García LI. Caracterización de pacientes con cáncer de esófago en el bienio 2013-2014. MEDISAN [revista en internet]. 2016, Feb [citado 7 de noviembre 2016]; 20(2): 143-153. Disponible en: http://scieloprueba.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1029-30192016000200003&lng=es.
2. MINSAP. Ministerio de Salud Pública. Anuario Estadístico de Salud 2013. La Habana: MINSAP, Dirección Nacional de Registros Médicos y Estadísticas de Salud [en línea]. Cuba;2014 [citado 7 de noviembre 2016]. Disponible en: <http://files.sld.cu/dne/files/2014/05/anuario-2013-esp-e.pdf>.
3. Queiroz de Sousa G, Fernandes e Fernandes R, Mendes Pedro L, Garrido P, Silvestre L, Costab P, et al. Aortoesophageal fistula in a patient with carcinoma of the esophagus-Case report. *Angiología e Cirugía Vascul* [revista en internet]. 2016 [citado 7 de noviembre 2016]; 12(3): 214-217. Disponible en: <http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S1646706X16300076>.
4. Varghese TK Jr, Hofstetter WL, Rizk NP, Low DE, Darling GE, Watson TJ, et al. The society of thoracic surgeon's guidelines on the diagnosis and staging of patients with esophageal cancer. *Ann Thorac Surg*. Jul [revista en internet]. 2013 [citado 7 de noviembre 2016]; 96(1): 346-56. Disponible en: <http://www.alabmed.com/uploadfile/2014/0219/20140219084047342.pdf>.
5. Ngamruengphong S, Wolfsen HC, Wallace MB. Survival of Patients with Superficial Esophageal Adenocarcinoma after Endoscopic Treatment vs Surgery. *ClinGastroenterolHepatol*[revista en internet]. 2013 [citado 7 de noviembre 2016]; 11(11): 1424-1429. Disponible en: <http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S1542356513007362>.
6. Karthaus E G, Post I C, Akkersdijk G J. Spontaneous aortoenteric fistula involving the sigmoid: A case report and review of literature. *International Journal of Surgery. Case Reports*[revista en internet]. 2016 [citado 7 de noviembre 2016]; 19: 97-9. Disponible en : <http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S2210261215005283>
7. Ajani J A, Barthel J S, Bentrem D J, D'Amico TA, Das P, Denlinger CS. Esophageal and esophagogastric junction cancers. *J Natl Compr Canc Netw*[revista en internet]. 2011 [citado 7 de noviembre 2016]; 9(8): 830-87. Disponible en: <http://www.jnccn.org/content/9/8/830.short>.
8. Rice TW, Rusch VW, Ishwaran H, Blackstone EH. Cancer of the esophagus and esophagogastric junction: data-driven staging for the seventh edition of the American Joint Committee on Cancer/International Union Against Cancer Cancer Staging Manuals. *Cancer*. [revista en internet]. 2010 [citado 7 de noviembre 2016]; 116(16): 3763-73. Disponible en: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/20304130>.

9. Cardwell CR, Abnet CC, Cantwell MM, Murray LJ. Exposure to oral bisphosphonates and risk of esophageal cancer. *JAMA* [revista en internet]. 2010 [citado 7 de noviembre 2016]; 304(6): 657-63. Disponible en: <http://jama.jamanetwork.com/article.aspx?articleid=186382>.
10. Steevens J, Schouten LJ, Goldbohm RA, Van den Brandt PA. Vegetables and fruits consumption and risk of esophageal and gastric cancer subtypes in the Netherlands Cohort Study. *Int J Cancer*[revista en internet]. 2011 [citado 7 de noviembre 2016]; 129(11): 2681-93. Disponible en: <http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1002/ijc.25928/full>.
11. Lee W, Jung CM, Cho EH, Ryu DR, Choi D, Kim J. Primary aortoenteric fistula to the sigmoid colon in association with intra-abdominal abscess. *Korean J. Gastroenterol* [revista en internet]. 2014 [citado 7 de noviembre 2016]; 63(4): 239-43. Disponible en: <http://synapse.koreamed.org/search.php?where=aview&id=10.4166/kjg.2014.63.4.239&code=0028KJG&vmode=FULL>.
12. Ranasinghe W, Loa J, Allaf N, Lewis K, Sebastian M. Primary aortoenteric fistulae: the challenges in diagnosis and review of treatment. *Ann. Vasc. Surg* [revista en internet]. 2011 [citado 7 de noviembre 2016]; 25(3): e1-e5. Disponible en: <http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0890509610004966>.

Copyright Revista Electrónica Dr. Zoilo E. Marinello Vidaurreta. Este artículo está bajo una [licencia de Creative Commons Reconocimiento – No Comercial – Sin Obra Derivada 4.0 Internacional](#), los lectores pueden realizar copias y distribución de los contenidos por cualquier medio, siempre que se mantenga el reconocimiento de sus autores, no se haga uso comercial de las obras, ni se realice modificación de sus contenidos.