

# FISTULA ESOFAGO-SUBCLAVIA IZQUIERDA SECUNDARIA A INGESTIÓN DE CUERPO EXTRAÑO

Autores: Alvez Matías Lisandro, Cerantonio Lorena Paola, Congost Federico Gabriel, Fretes Schlagenhauer Francisco, Margets Fabricio

Servicio de Cirugía General, sector Cirugía Torácica, Hospital Escuela de Agudos Dr. Ramón Madariaga, Posadas, Misiones, Argentina.

---

## ABSTRACT.

We present a case of a left subclavian arterio-esophageal fistula secondary to ingestion of chicken bone with positive resolution. The arterio-esophageal fistula is an abnormal complication from which few patients survive. Faced with a patient who presents signs and symptoms corresponding to the ingestion of a foreign body (FB), multiple complementary studies (VEDA, CT, RX) are carried out in order to recognize the etiology that causes the symptoms. Given the recurrence of active bleeding, an arteriography of the neck and thoraco-abdominal vessels was performed, showing a carotid pseudoaneurysm, proceeding to the placement of a stent in the left subclavian artery with partial occlusion of the flow at the level of the pseudoaneurysm. After hemodynamic stabilization and an improvement in general condition, the patient is discharged with subsequent controls.

## RESUMEN.

Presentamos un caso de fistula esófago-subclavia izquierda secundaria a la ingestión de un hueso de pollo con resolución positiva. La fistula esófago-subclavia es una complicación infrecuente de la que pocos pacientes sobreviven. Frente a una paciente que presenta signos y síntomas correspondientes a la ingesta de un cuerpo extraño, se realizan múltiples estudios complementarios (VEDA, TAC, RX) con el fin de llegar al reconocimiento de la etiología causante de la sintomatología. Ante la recurrencia de sangrado activo, se realizó una arteriografía de vasos del cuello y toraco-abdominal, evidenciándose un pseudoaneurisma carotídeo; procediéndose a la colocación de un stent en la arteria subclavia izquierda con oclusión parcial al flujo a nivel del pseudoaneurisma. Luego de la estabilización hemodinámica y una mejora del estado general, se procede al alta de la paciente con posteriores controles.

## INTRODUCCIÓN.

Presentamos un caso de fístula esófago subclavia izquierda secundaria a la ingestión de un cuerpo extraño (hueso de pollo) el cual tuvo una resolución favorable en una paciente de sexo femenino de 55 años de edad. Se realizó una documentación clara y concisa tanto de los signos y síntomas de la paciente, su evolución y tratamiento, desde el momento de ingreso hasta la externación. El interés por este trabajo nace a partir de la singularidad del caso donde representa el segundo caso reportado a causa de cuerpo extraño: hueso de pollo, en la literatura. El objetivo de esta presentación es realizar un meticuloso análisis del proceso de diagnóstico y tratamiento, para así, de esta manera, poder comprender los pasos realizados para su exitosa resolución.

## PRESENTACIÓN DEL CASO.

Paciente de sexo femenino de 55 años de edad sin antecedentes patológicos conocidos, ingresa al servicio de emergencias refiriendo dolor retroesternal, de 4 días de evolución, fiebre, disfagia y sialorrea, posterior a la ingesta de cuerpo extraño (hueso pollo), signos vitales normales, laboratorio: hematocrito 40%, hemoglobina 14 g/dl, TAC de cuello - tórax y abdomen que evidencia: neumomediastino sin colecciones. Se siguieron las recomendaciones emitidas por la ESGE (Europea Society of Gastrointestinal Endoscopy), donde se sugiere la realización de una TAC a todos los pacientes en los cuales se sospecha una perforación o cualquier otra complicación que requiera de intervención quirúrgica (fuerte recomendación, evidencia de baja calidad)<sup>1</sup>.

En las 48 horas posteriores al ingreso, la paciente presentó dos episodios de hematemesis y melena, donde acto seguido se realizó una videoendoscopia digestiva alta, en la cual no se evidenció la existencia de sangrado. Luego de la repetición de análisis de laboratorio se demuestra estabilidad hemodinámica con resultados de hematocrito 37% y hemoglobina 13 g/dl.

Tras 12 horas de estabilidad, la paciente repite episodios de hematemesis y melena, mostrando signos de perforación, taquicardia e hipotensión. Se realizan nuevos estudios de laboratorio, con resultados de hematocrito 23% y hemoglobina 8.5 g/dl. A partir del agravamiento del caso se procede a la transfusión de 4 unidades de glóbulos rojos como acción terapéutica.

Se optó por la derivación de la paciente a sala de terapia intensiva, donde se emplea la administración de drogas vasoactivas y se decide realizar un estudio hemodinámico que evidencia la existencia de un pseudoaneurisma con un diámetro de 15 x 12 mm a nivel del tercio proximal de la arteria subclavia izquierda (imagen 1).



Imagen 1:  
Arteriografía de arteria subclavia izquierda. Evidencia de pseudoaneurisma a nivel del tercio proximal.

Posteriormente se procedió a la realización de una angioplastia con colocación de Stent carotídeo, Wallstent de 7 x 40 mm, y la colocación de Coils MICROPLEX 10, a nivel del pseudoaneurisma.

Se procede a realizar una angiografía de control, evidenciándose permeabilidad de flujo a nivel del pseudoaneurisma, ante esta situación se opta por la colocación de un segundo Stent autoexpandible Epic 6 x 60 mm GTIN 08714729759645 REF H74939054066020. Se repite el control de la permeabilidad mediante una nueva angiografía, donde se destaca la disminución del flujo y trombosis parcial del pseudoaneurisma de la arteria subclavia izquierda.

En las siguientes 48 hs del procedimiento se manifiesta un empeoramiento del estado general de la paciente, se repiten episodios de hematemesis e inestabilidad hemodinámica ante nuevos estudios de laboratorio, hematocrito 21%, hemoglobina 7.5 g/dl. Se opta realizar una videoendoscopia digestiva alta (VEDA) donde se observa resto hemático y de coágulos en todo el trayecto esofágico, sin poder identificarse el sitio específico de la lesión. Ante este panorama se decide por el abordaje quirúrgico, una toracotomía izquierda más exclusión de arteria subclavia izquierda a nivel de su nacimiento.

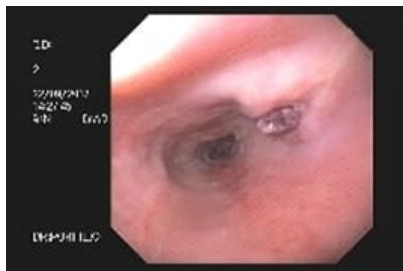


Imagen 2:  
VIDEOENDOSCOPIA DIGESTIVA ALTA – VEDA. Lesión con coágulo adherido y fibrina compatible con orificio fistuloso en tercio superior del esófago a 23cm de ADS, mucosa de tercio medio e inferior de sin lesiones

En el post operatorio se observa una clara mejoría del cuadro clínico de la paciente, en forma de control se realiza una nueva endoscopia donde se identifica un orificio fistuloso a nivel del tercio superior del esófago (fístula esófago-subclavia), tercio medio e inferior sin lesiones (imagen 2). Se prosigue con el cierre mediante endoscopia OVESCO tipo A.

Este último procedimiento da buenos resultados evidenciados en la favorable evolución de la paciente, se procede a la extubación al día 8 de internación, 2 días después es derivada a la sala común donde a partir de este momento comienza a tolerar dieta oral y se decide su externación.

## DISCUSIÓN

En los adultos, los huesos de pescado y otros fragmentos óseos son los cuerpos extraños más comúnmente ingeridos y tienen altas probabilidades de quedar atascados en el esófago superior con un alto riesgo de perforación. De manera general, 40 estudios (7541 pacientes) reportaron la localización del cuerpo extraño impactado. Hubo 5044 objetos extraños impactados en el esófago cervical (66.9%), 1862 en el esófago torácico (24.7%) y 635 en el esófago inferior (8.4%)<sup>2</sup>.

Si bien, se ha visto que la mayoría de los cuerpos extraños deglutidos (80-90%) pasarán de manera espontánea a través del tracto gastrointestinal sin la necesidad de intervenciones posteriores<sup>3</sup>. Lo cual apoya la noción de lo aberrante del caso presentado. Adicionalmente, en la bibliografía publicada hasta el momento, han sido registrados sólo otros 3 casos de fistulas esófago-subclavia izquierda. Siendo este el segundo causado por un hueso de ave doméstica (*Gallus gallus domesticus*)<sup>4, 5, 6</sup>.

Con respecto a la fisiopatología del caso, se llega a la hipótesis que los eventos involucran la oclusión y trombosis de la vasa vasorum, lo cual lleva al infarto y eventual disolución de la pared vascular<sup>7</sup>. Alternativamente, Gabe et. al han propuesto que la isquemia e invasión bacteriana del endotelio vascular son los factores etiológicos más importantes<sup>8</sup>.

## CONCLUSIÓN

El presente caso de una aberrante fístula arterioesofágica con la arteria subclavia izquierda es un caso único de resolución favorable, donde gracias al análisis clínico y los métodos de diagnósticos utilizados se pudo llegar a un rápido diagnóstico y correcto tratamiento. Recomendamos prestar máxima atención a la clínica del paciente, que nos pueda llevar a sospechar un caso extraordinario como este, y así, poder tener los conocimientos apropiados para su resolución.

## REFERENCIAS.

1. Birk, M., Bauerfeind, P., Deprez, P., Häfner, M., Hartmann, D., Hassan, C., Hucl, T., Lesur, G., Aabakken, L., & Meining, A. (2016). Removal of foreign bodies in the upper gastrointestinal tract in adults: European Society of Gastrointestinal Endoscopy (ESGE) Clinical Guideline. *Endoscopy*, 48(05), 489–496. <https://doi.org/10.1055/s-0042-100456> <https://doi.org/10.1055/s-0042-100456>
2. Aiolfi, A., Ferrari, D., Riva, C. G., Toti, F., Bonitta, G., & Bonavina, L. (2018). Esophageal foreign bodies in adults: systematic review of the literature. *Scandinavian journal of gastroenterology*, 53(10-11), 1171–1178. <https://doi.org/10.1080/00365521.2018.1526317> <https://doi.org/10.1080/00365521.2018.1526317>
3. Ricote, G. C., Torre, L. R., De Ayala, V. P., Castellanos, D., Menchen, P., Senent, C., Velo, J. L., Robles, J., & Alcalá-Santaella, R. (1985). Fiberendoscopic removal of foreign bodies of the upper part of the gastrointestinal tract. *Surgery, gynecology & obstetrics*, 160(6), 499–504.
4. Peonim, V., & Udnoon, J. (2010). Left subclavian arterioesophageal fistula induced by chicken bone with upper gastrointestinal hemorrhage and unexpected death: report of a case. *Journal of the Medical Association of Thailand = Chotmaihet thangphaet*, 93(11), 1332–1335.
5. Mok, C. K., Chiu, C. S., & Cheung, H. H. (1989). Left subclavian arterioesophageal fistula induced by a foreign body. *The Annals of thoracic surgery*, 47(3), 458–460. [https://doi.org/10.1016/0003-4975\(89\)90395-0](https://doi.org/10.1016/0003-4975(89)90395-0) [https://doi.org/10.1016/0003-4975\(89\)90395-0](https://doi.org/10.1016/0003-4975(89)90395-0)
6. Leow C. K. (1998). Subclavian arterio-esophageal fistula secondary to fish bone impaction: report of a case. *Surgery today*, 28(4), 409–411. <https://doi.org/10.1007/s005950050151> <https://doi.org/10.1007/s005950050151>
7. Miller, R. G., Robie, D. K., Davis, S. L., Cooley, D. A., Klish, W. J., Skolkin, M. D., Kearney, D. L., & Jaksic, T. (1996). Survival after aberrant right subclavian artery-esophageal fistula: case report and literature review. *Journal of vascular surgery*, 24(2), 271–275. [https://doi.org/10.1016/s0741-5214\(96\)70103-9](https://doi.org/10.1016/s0741-5214(96)70103-9) [https://doi.org/10.1016/s0741-5214\(96\)70103-9](https://doi.org/10.1016/s0741-5214(96)70103-9)
8. Gable, D. S., & Stoddard, L. D. (1989). Acute bacterial aortitis resulting in an aorto-esophageal fistula. A fatal complication of untreated esophageal carcinoma. *Pathology, research and practice*, 184(3), 318–324. [https://doi.org/10.1016/S0344-0338\(89\)80093-7](https://doi.org/10.1016/S0344-0338(89)80093-7) [https://doi.org/10.1016/S0344-0338\(89\)80093-7](https://doi.org/10.1016/S0344-0338(89)80093-7)