

## Imagen Clínica

### Colocación de triple prótesis para cierre de fístula traqueo-esofágica

### Triple Stent Placement for Tracheoesophageal Fistula Closure

Blanca de Vega Sánchez<sup>a,b,\*</sup>, Carlos Disdier Vicente<sup>a,c</sup> y Manuel Pérez-Miranda<sup>d</sup>

<sup>a</sup> Unidad de Bronoscopias y Técnicas Pleurales, Servicio de Neumología, Hospital Clínico Universitario de Valladolid, Valladolid, España

<sup>b</sup> Grupo Emergente SEPAR de Broncoscopia y Neumología Intervencionista (GEBRYN)

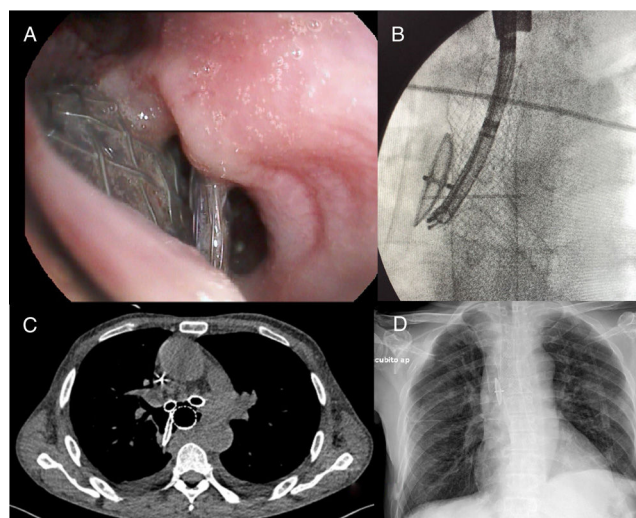
<sup>c</sup> Centro de Investigación en Red Enfermedades Respiratorias (CIBERES)

<sup>d</sup> Servicio de Digestivo, Hospital Universitario Río Hortega, Valladolid, España



Presentamos el caso de un varón de 54 años diagnosticado en noviembre de 2018 de una neoplasia esofágica con afectación mediastínica e histología compatible con carcinoma epidermoide. La masa condicionaba una estenosis de esófago que clínicamente se traducía en disfagia a sustancias líquidas, sialorrea y neumonía por aspiración en el lóbulo inferior derecho. Se procedió a la colocación de una prótesis esofágica metálica autoexpandible (PMAE) de 32 × 210 mm (posterior recambio por intolerancia a PMAE Wallflex<sup>®</sup> cubierta 23 × 105 mm —Boston Scientific<sup>®</sup>—) e inserción de dispositivo de cierre de defectos atrio-septales Amplatzer<sup>®</sup> (Abbott<sup>®</sup>) de 35 mm por pérdida de integridad de la pared posterior traqueal en el tercio distal. Ante la falta de resolución del cuadro se realizó broncoscopia flexible que confirmó la presencia de un gran defecto traqueal, con visualización de ambos dispositivos protésicos previamente implantados (Figura 1A). Se optó por la inserción mediante broncoscopia rígida de prótesis traqueal con revestimiento parcial de poliuretano en forma de «Y» Aerstent<sup>®</sup> (Leufen<sup>®</sup>) con longitud de 40 × 20 × 30 mm, sin complicaciones, bajo guía con fluoroscopia. Las pruebas complementarias radiológicas intra y postoperatorias mostraron la normoposición de las 3 prótesis colocadas con mejoría de la clínica del paciente (Figura 1B, C y D).

La presencia de fístulas o comunicaciones entre la vía aérea y el esófago es una complicación infrecuente de las neoplasias malignas esofágicas o pulmonares, siendo fundamental un abordaje endoscópico secuencial e individualizado con empleo de varios dispositivos, dirigido a mejorar la sintomatología de los pacientes<sup>1,2</sup>.



**Figura 1.** A) Visión de la broncoscopia flexible que muestra defecto de continuidad en la pared posterior del tercio traqueal distal, con visualización de prótesis esofágica y dispositivo de cierre de defectos atrio-septales. B) Visión bajo fluoroscopia de los 3 dispositivos protésicos normo-posicionados con utilización de broncoscopio flexible a través de broncoscopio rígido. C) Imagen de tomografía computarizada de tórax sin administración de contraste intravenoso, plano axial, ventana de pulmón que muestra la presencia de los 3 dispositivos empleados para el cierre de la fístula. D) Radiografía simple de tórax postero-anterior tras la intervención con la correcta posición de los 3 dispositivos implantados.

### Bibliografía

1. Ramai D, Bivona A, Latson W, Ofosu A, Ofori E, Reddy M, et al. Endoscopic management of tracheoesophageal fistulas. *Ann Gastroenterol.* 2019;32:24–9.
2. Saad CP, Murthy S, Krizmanich G, Mehta AC. Self-expandable metallic airway stents and flexible bronchoscopy: Long-term outcomes analysis. *Chest.* 2003;124:1124–993.

\* Autor para correspondencia.  
Correo electrónico: [blancadevegasanchez@gmail.com](mailto:blancadevegasanchez@gmail.com) (B. de Vega Sánchez).