

FISTULA ESOFÁGICA: COMPLICACION POCO HABITUAL TRAS ARTODESIS CERVICAL ANTERIOR

M. Durán, A. Marsol, C. Bes, A. Vaño, I. García-Forcada

Servicio de Cirugía Ortopédica y Traumatología. Hospital Universitari Joan XXIII de Tarragona.

OBJETIVO

La cirugía de descompresión y fusión por vía cervical anterior (ACDF) es una técnica comúnmente utilizada para el tratamiento de fracturas cervicales. Se trata de un procedimiento con un número bajo de complicaciones, siendo más frecuentes disfagia, disfonía y hematoma postquirúrgico.

La perforación esofágica es una complicación poco frecuente; entre 0,05 y 1,5% de los pacientes según literatura; pero con unas consecuencias devastadoras: infección, fallo de la osteosíntesis, osteomielitis, sepsis y muerte. Siendo de aparición más frecuente en lesiones de origen traumático y en nivel cervical C5-6.

Dependiendo del inicio de síntomas se clasifican en intraoperatorias, postoperatorio inmediato (<30 días postintervención) y de aparición tardía (hasta 10 años postintervención). El tratamiento varía de conservador y quirúrgico según tamaño y evolución de la fístula.

Nuestro objetivo es presentar un caso de perforación esofágica tras ACDF y revisión de su tratamiento.

MATERIAL Y MÉTODOS

Varón de 19 años, código politrauma tras precipitación de 12m con idea autolítica. Inicialmente presenta lesión medular incompleta AIS B nivel C5, diagnosticándose mediante TAC de Fractura-luxación cervical C5-C6 por flexión-districción (tipo teardrop) y de contusión medular C5-C6 mediante RMN.

Se interviene a nivel cervical realizándose por vía anterior izquierda hemipectomía C6 con artrodesis cervical anterior C5-C7, injerto tricortical de cresta ilíaca y placa anterior.

Al mes postintervención presenta drenaje por herida quirúrgica y diagnosticándose de fístula esofágica de pequeño tamaño mediante TAC, realizándose tratamiento conservador. A los dos meses y medio de la ACDF persiste fístula esofágica, precisando reintervención junto con O.R.L. retirándose el material de artrodesis y cubriendo la fístula con colgajo de esternocleidomastoideo.

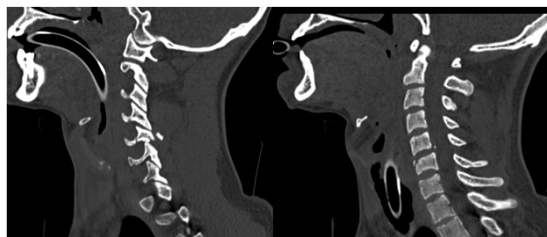


Fig. 1 TC cervical (sagital): Fractura-luxación cervical C5-C6 por flexión-districción (tipo teardrop)

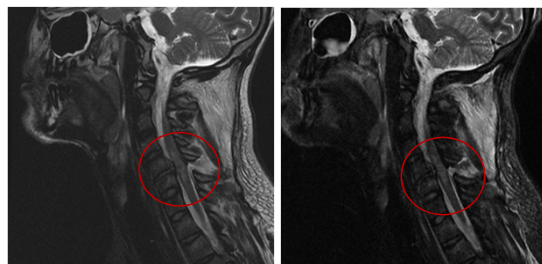


Fig. 2: RMN cervical (sagital): Contusión medular C5-6 con lesión de ligamentos posteriores C5-6

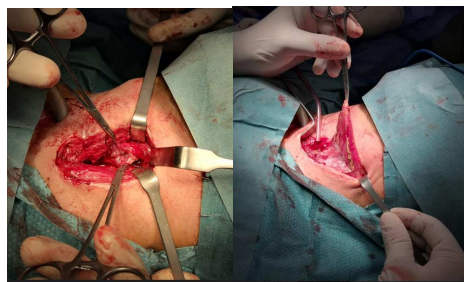


Fig. 3 Fotos intraoperatorias: a. Fístula esofágica b. Colgajo esternocleidomastoideo



Fig. 4: RX postoperatoria

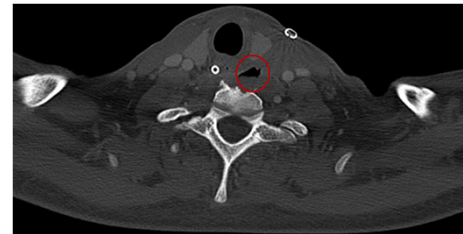


Fig. 5 TC cervical (axial): colección hidroaérea + fístula esofágica

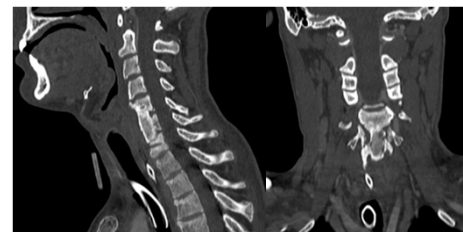


Fig. 5 TC cervical 2.5 meses post IQ: fusión cervical

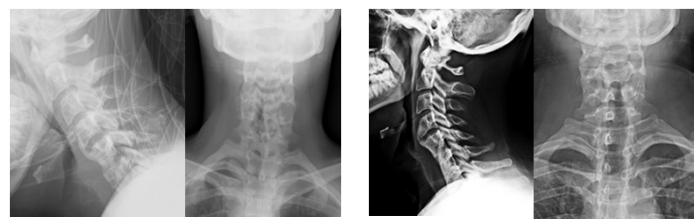


Fig. 6 Rx control a los 6 meses (a) y al 1 año y medio (b)

RESULTADOS

Al año de la lesión el paciente presenta fístula esofágica cerrada y ausencia de dolor a nivel cervical, con cifosis segmentaria residual.

CONCLUSIONES

La perforación esofágica debe incluirse como diagnóstico diferencial en todo paciente intervenido de ACDF con dolor cervical, disfagia, odinofagia, fiebre sin foco aparente o drenaje a través del abordaje quirúrgico; tanto en el postoperatorio inmediato como en largos seguimientos. Su diagnóstico y tratamiento precoz es determinante para un buen resultado.

Se debe considerar la retirada del material de osteosíntesis en aquellos casos con diagnóstico tardío (permitiendo el cierre espontáneo de la lesión) y en fístulas recurrentes.

BIBLIOGRAFÍA

- Complicaciones del abordaje anterior en la patología de la columna cervical R. García-Armengol; S. Colet-Esquerre; P. Teixidor-Rodríguez; M. Alamar-Abril; J.M. Cladellas-Pansa; C. Hostalot-Panisello; J. Muñoz-Aguilar y R. Florensa-Brichs Servicio de Neurocirugía. Hospital Universitari Germans Trias i Pujol. Badalona. Barcelona.
- Tew, J. M., & Mayfield, F. H. (1976). Complications of Surgery of the Anterior Cervical Spine. *Neurosurgery*, 23(CN_suppl_1), 424-434.
- Halani SH, Baum GR, Riley JP, Pradilla G, Refai D, Rodts GE Jr, Ahmad FU. Esophageal perforation after anterior cervical spine surgery: a systematic review of the literature. *J Neurosurg Spine*. 2016 Sep;25(3):285-91. doi: 10.3171/2016.1.SPINE15898. Epub 2016 Apr 15. PMID: 27081708.
- Newhouse KE, Lindsey RW, Clark CR, Lieponis J, Murphy MJ. Esophageal perforation following anterior cervical spine surgery. *Spine (Phila Pa 1976)*. 1989 Oct;14(10):1051-3. doi: 10.1097/00007632-198910000-00004. PMID: 2588052.
- Ahn SH, Lee SH, Kim ES, Eoh W. Successful repair of esophageal perforation after anterior cervical fusion for cervical spine fracture. *J Clin Neurosci*. 2011 Oct;18(10):1374-80. doi: 10.1016/j.jocn.2011.02.031. Epub 2011 Jul 19. PMID: 21775144.
- Amhaz HH, Kuo R, Vaidya R, Orlewicz MS. Esophageal perforation following cervical spine surgery: A review with considerations in airway management. *Int J Crit Illn Inj Sci* 3:276-278, 2013
- Dakwar E, Uribe JS, Padiya TA, Vale FL. Management of delayed esophageal perforations after anterior cervical spinal surgery. *J Neurosurg Spine*. 2009 Sep;11(3):320-5. doi: 10.3171/2009.3.SPINE08522. PMID: 19769513
- Patel NP, Wolcott WP, Johnson JP, Cambron H, Lewin M, McBride D, Batzdorf U. Esophageal injury associated with anterior cervical spine surgery. *Surg Neurol*. 2008 Jan;69(1):20-4; discussion 24. doi: 10.1016/j.surneu.2007.05.006. Epub 2007 Oct 31. PMID: 17976697.
- Rueth N, Shaw D, Groth S, Stranberg S, D'Cunha J, Sembrano J, Maddaus M, Andrade R. Management of cervical esophageal injury after spinal surgery. *Ann Thorac Surg*. 2010 Oct;90(4):1128-33. doi: 10.1016/j.athoracsur.2010.06.045. PMID: 20868802.
- Sun L, Song YM, Liu LM, Gong Q, Liu H, Li T, Kong QQ, Zeng JC. Causes, treatment and prevention of esophageal fistulas in anterior cervical spine surgery. *Orthop Surg*. 2012 Nov;4(4):241-6. doi: 10.1111/os.12006. PMID: 23109309; PMCID: PMC3583266.

