

COLGAJO RADIAL IZQUIERDO CÓMO TRATAMIENTO PARA FÍSTULA TRAQUEO-GÁSTRICA

Autores:

- Alejandro Jove Lamas: Médico Interno Residente de Neumología del Hospital Universitari i Politècnic La Fe. Av. Fernando Abril Martorell, 106, 46026, Valencia.
 - o Email: alexjovelamas@gmail.com
- José Cerón Navarro: Médico Especialista de Cirugía Torácica del Hospital Universitari i Politècnic La Fe. Av. Fernando Abril Martorell, 106, 46026, Valencia.
 - o Email: ceronjs@yahoo.es
- Enrique Cases Viedma: Médico Especialista de Neumología del Hospital Universitari i Politècnic La Fe. Av. Fernando Abril Martorell, 106, 46026, Valencia.
 - o Email: cases_enr@gva.es

Varón de 56 años intervenido de un adenocarcinoma esofágico al que se practicó esofaguestomía con anastomosis esófago gástrica intratorácica. Posterior a la intervención presentó una estenosis anastomótica refractaria a múltiples dilataciones, por lo que se decide, tras un año de seguimiento, colocar una prótesis metálica recubierta. Tras la intervención, comienza con clínica de tos persistente confirmándose la presencia de una fistula bronco-gástrica y tras 6 meses de seguimiento, reaparición de la clínica de estenosis esofágica requiriendo la sustitución de la endoprótesis. En broncoscopias de control se observa una impronta distal en la *pars membranosa* traqueal con extensión hasta bronquio principal derecho. Tras empeoramiento clínico del paciente con sialorrea y tos irritativa con la ingesta, se realizó una tomografía computerizada torácica (TC) y broncoscopia que demostraron una migración de la endoprótesis hasta tercio distal de la tráquea por rotura de la *pars membranosa*, aflorando por encima de la carina principal (Fig. 1A, vídeo). Finalmente se realizó, mediante la colaboración de los servicios de Cirugía Plástica y Torácica, gastrectomía total, cierre del defecto traqueal con colgajo miocutáneo radial izquierdo¹ y coloplastia (Fig. 1B, vídeo). Actualmente, 36 meses tras la intervención, sigue controles endoscópicos periódicos que muestran injerto bien posicionado sin comunicación aéreo-digestiva.

1. Poissonnet V, Culie D, Rouanet C, Bozec A. Tracheoesophageal fistula and pharyngoesophageal stenosis repair by double skin paddle radial forearm flap. Eur Ann Otorhinolaryngol Head Neck Dis. 2021 Sep 14; <https://doi.org/10.1016/j.anorl.2021.09.002>



Figura 1. Prótesis esofágica aflorando por encima de la carina principal tras rotura de la *pars membranosa* traqueal (Figura 1A); Colgajo miocutáneo radial bien posicionado con fistula cerrada con pelos en su superficie. (Figura 1B).