

uso de sus datos personales para investigación, al igual el consentimiento al realizar la colonoscopia incluye el apartado de usar datos para investigación. El trabajo cumple con la normativa vigente en investigación bioética y por normativa del Comité de Ética e Investigación para Estudios en Humanos (CEIEH) del Hospital Médica Sur. El trabajo, al ser reporte de caso, no se debe someter. Los autores declaran que este artículo no contiene información personal que permita identificar a los pacientes.

Conflicto de intereses

No se cuenta con ninguna relación financiera o personal que pudiera llevar a cabo algún conflicto de interés en relación con el artículo que se remite para publicación.

Referencias

1. Roberts TK, Chen X, Liao JJ. Diagnostic and therapeutic challenges of EBV-positive mucocutaneous ulcer: a case report and systematic review of the literature. *Exp Hematol Oncol.* 2015;5:13, <http://dx.doi.org/10.1186/s40164-016-016-0042-5>.
2. Ikeda T, Gion Y, Nishimura Y, et al. Epstein-Barr virus-positive mucocutaneous ulcer: A unique and curious disease entity. *Int J Mol Sci.* 2021;22:1053, <http://dx.doi.org/10.3390/ijms22031053>.
3. Zhao CX, Wen JJ, Fu D, et al. Clinical and molecular features of Epstein-Barr virus- positive diffuse large B-cell lymphoma:

Results in a multi-center trial. *Clin Transl Med.* 2021;11:e539, <http://dx.doi.org/10.1002/ctm2.539>.

F.J. Valentín-Cortez^a, C.S. Silva-Ramos^b, C.F. Ortiz-Hidalgo^c, J. Lizardi-Montaña^d y J. Lizardi-Cervera^{a,*}

^a Departamento de Gastroenterología y Obesidad, Hospital Médica Sur, Ciudad de México, México

^b Departamento de Cirugía, Hospital Médica Sur, Ciudad de México, México

^c Departamento de Anatomía Patológica, Hospital Médica Sur, Ciudad de México, México

^d Facultad de Medicina, Universidad Anáhuac, Ciudad de México, México

* Autor para correspondencia. Teléfono: +5554247200; Departamento de Gastroenterología y Obesidad, Hospital Médica Sur, Ciudad de México, México. dirección: Puente de Piedra 150. Col. Toriello Guerra, Tlalpan, Ciudad de México. Correo electrónico: javier.lizardi.cervera@gmail.com (J. Lizardi-Cervera).

<https://doi.org/10.1016/j.rgmx.2025.06.012>
0375-0906/ © 2025 Asociación Mexicana de Gastroenterología. Publicado por Masson Doyma México S.A. Este es un artículo Open Access bajo la licencia CC BY-NC-ND (<http://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/4.0/>).

Navegar la vida y la muerte: manejo exitoso de fístula aortogástrica posterior a esofagectomía mínimamente invasiva. Reporte de caso



Navigating life and death: Successful management of aorto-gastric conduit fistula post-minimally invasive esophagectomy. A case report

La fístula aortoentérica (FAE) está asociada con una tasa de mortalidad alta, de aproximadamente el 77%, y es fatal sin tratamiento^{1,2}. La FAE es una conexión anormal entre la aorta y el tracto gastrointestinal³ y es comúnmente causada por una fuga anastomótica y formación de úlcera péptica⁴.

Un hombre de 42 años con historia de hipertensión y enfermedad cardíaca isquémica reportó dificultad para deglutir y pérdida de 10 kg en los 4 meses anteriores. Tres meses antes se había sometido a la colocación de un stent cardíaco tras un infarto de miocardio (IM). En una esofagoduodenoscopia (EGD) se encontró un tumor friable y ulcerado, a 36 cm de los incisivos, extendiéndose hasta 41 cm, afectando la unión gastroesofágica (UGE). El tumor afectaba predominantemente el cardias gástrico y la curvatura menor a lo largo de la UGE. La biopsia demostró adenocarcinoma moderadamente diferenciado (Siewert tipo III). En una tomografía computarizada (TC) del abdomen y

pecho se observó afectación de nódulo linfático. Una TC PET confirmó el diagnóstico de adenocarcinoma de la UGE, con ganglios gastrohepáticos ávidos de ¹⁸F-fluorodesoxiglucosa, pero sin metástasis distantes, resultando en una estadificación T3N1M0. No se encontraron metástasis hepáticas, ascitis o células malignas (citología de fluidos) en la laparoscopia de estadificación. Después de los regímenes de quimioterapia neoadyuvante con fluorouracilo, leucovorina, oxaliplatino y docetaxel (FLOT 4), la masa tumoral se resecó con éxito con márgenes limpios (histopatología) por medio de esofagectomía mínimamente invasiva de 2 pasos (laparoscopia abdominal y cirugía toracoscópica asistida por video).

No se insertó tubo nasogástrico de acuerdo con la práctica de rutina del centro. Desde el primer día postoperatorio se comenzó con alimentación líquida; al sexto día postoperatorio una TC de contraste mostró ausencia de fugas y el paciente fue dado de alta.

Desafortunadamente, 17 días después de la cirugía, en el día *Eid* (día festivo nacional), el paciente llegó a la sala de urgencias, habiendo presentado de 6 a 8 episodios de hematemesis. El paciente fue resucitado con productos sanguíneos, ácido tranexámico y vitamina K. Su hemoglobina cayó de 7.7 a 5.6 en las siguientes 20 h. Con una TC se encontró un aneurisma al nivel de T6 en el aspecto anterior de la aorta, con dimensiones de 10 × 7 mm, con conexión fistulosa al sitio anastomótico (figs. 1 A-C). No había fuga pleural ni comunicación con la cavidad torácica. La endoscopia reveló un coágulo adherente grande en el sitio anastomótico. Los intentos endoscópicos de cerrar la fístula con endoclips (fig. 1 D) no tuvieron éxito. Se realizó la colocación de stent

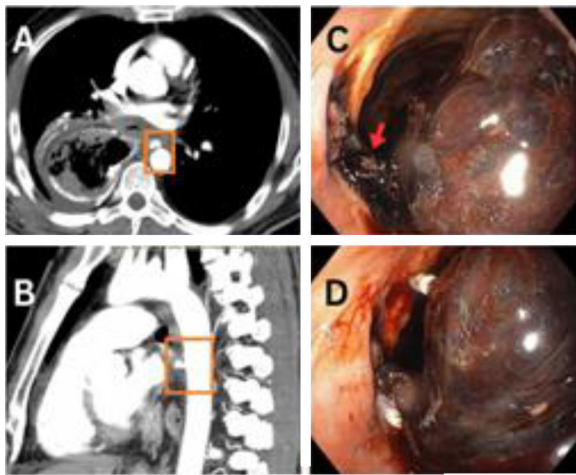


Figura 1 Vista axial (A) y sagital (B) de la TC inicial, mostrando comunicaciones fistulosas entre la aorta y el conducto gástrico. C) Imagen endoscópica que muestra un hematoma (flecha roja) y algo de sangrado activo en el sitio de la fístula. D) Imagen endoscópica que muestra el intento de colocación de endoclip (clips blancos).

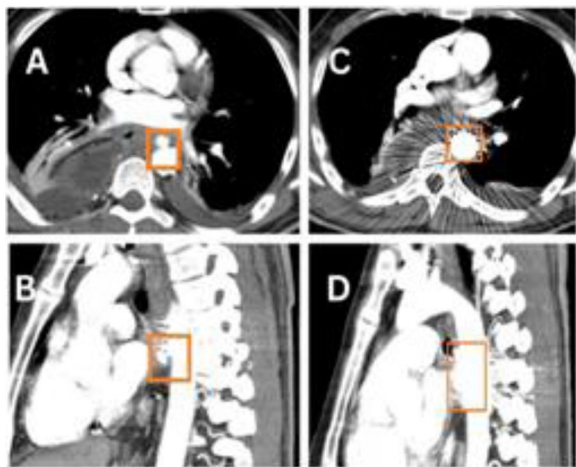


Figura 2 Vista axial (A) y sagital (B) del aortograma con TC posterior a la primera colocación de stent en la aorta, mostrando la cobertura parcial de la comunicación fistulosa. Vista axial (C) y sagital (D) del aortograma con TC posterior a la segunda colocación del stent en la aorta, mostrando la cobertura total de la comunicación fistulosa.

de aorta de urgencia, y una angiografía TC de seguimiento mostró que el stent (2.9 cm de largo) cubrió parcialmente la comunicación fistulosa (figs. 2 A y B). La recolocación de un stent de 4.6 cm cubrió por completo la fístula (figs. 2 C y D). El paciente fue extubado y se insertó un tubo nasoyeyunal. Fue dado de alta al décimo día, con antibióticos orales de largo plazo. El estado de rehabilitación del paciente es bueno y está en vigilancia regular.

El manejo de la FAE se enfoca en evitar la hemorragia por rotura aórtica y la sepsis debida a la perforación esofágica². Las fístulas primarias se desarrollan sin intervenciones quirúrgicas o lesiones previas en la aorta, mientras que las fístulas secundarias surgen a continuación de una cirugía de

reparación de aorta⁵. En nuestro caso el paciente presentó una fístula aortoentérica primaria.

La reparación endovascular (EVAR) se utiliza frecuentemente para aneurismas de aorta con FAE. Estudios han reportado que la tasa de mortalidad para métodos de cirugía abierta fue del 33.9%, mientras que para EVAR fue solamente del 7%^{6,7}. En nuestro caso la colocación de stent EVAR se realizó 2 veces.

La FAE es una urgencia quirúrgica y requiere de intervención inmediata, ya que la tasa de mortalidad es casi del 100% sin tratamiento⁸. La resucitación óptima oportuna y la angiografía con TC son cruciales para confirmar el diagnóstico. La colocación de stent EVAR es un tratamiento seguro y efectivo para esta condición altamente mórbida y mortal.

El presente reporte de caso destaca el manejo oportuno de la FAE utilizando procedimientos mínimamente invasivos. También muestra que se pueden obtener resultados gratificantes con la combinación de recursos limitados y un abordaje multidisciplinario.

Financiamiento

No se recibió financiamiento con relación al presente artículo.

Consideraciones éticas

Se obtuvo el consentimiento informado de los pacientes, al igual que la aprobación de la junta institucional de revisión (JIR) de la institución (SKMCH).

Contribuciones de los autores

- Concepción y diseño de análisis: Tanees Asim y Zubair Shabbir Khanzada.
- Recolección de datos: Tanees Asim y Muhammad Waqas.
- Contribuyeron a datos o herramientas de análisis: Tanees Asim, Mahnoor Asim y Zubair Shabbir Khanzada.
- Borrador del artículo y revisiones: Tanees Asim y Zubair Shabbir Khanzada.
- Dio la aprobación final de la versión a ser enviada: Zubair Shabbir Khanzada.

Conflicto de intereses

Los autores declaran que no existe conflicto de intereses.

Referencias

1. Wong AC, Chou Y-M, Goh ZN, et al. Case report: Aorto-esophageal fistula—an extremely rare but life-threatening cardiovascular cause of hematemesis. *Front Cardiovasc Med*. 2023;10:1123305, <http://dx.doi.org/10.3389/fcvm.2023.1123305>.
2. Flores J, Shiiya N, Kuniyama T, et al. Aorto-esophageal fistula: Alternatives of treatment case report and literature review. *Ann Thorac Cardiovasc Surg*. 2004;10:241–6.
3. Luo J, Tang W, Wang M, et al. Case series of aortoenteric fistulas: A rare cause of gastrointestinal bleeding. *BMC Gastroenterol*. 2021;21:49, <http://dx.doi.org/10.1186/s12876-021-01629-4>.
4. Hasemaki N, Schizas D, Vergadis C, et al. Post-esophagectomy aortogastric-tube fistula treated successfully with TEVAR: Case

- report and review of the literature. *Acta Chir Belg.* 2025;1–8, <http://dx.doi.org/10.1080/00015458.2025.2470535>.
5. Tang SJ, Patnana S, Wu R, et al. Aortoenteric fistula. Video J Encyclopedia GI Endosc. 2014;2:32–5, <http://dx.doi.org/10.1016/j.vjgien.2013.09.001>.
 6. Rüttemann AM, Kals J. Primary and secondary aortoenteric fistulas in a patient with abdominal aortic aneurysm. *Int J Surg Case Repo.* 2023;107:108344, <http://dx.doi.org/10.1016/j.ijscr.2023.108344>.
 7. Kakkos SK, Bicknell CD, Tsolakis IA, et al. Editor's choice—management of secondary aorto-enteric and other abdominal arterio-enteric fistulas: A review and pooled data analysis. *Eur J Vasc Endovasc Surg.* 2016;52:770–86, <http://dx.doi.org/10.1016/j.ejvs.2016.09.014>.
 8. Chung J. Management of aortoenteric fistula. *Adv Surg.* 2018; 52:155–77, <http://dx.doi.org/10.1016/j.yasu.2018.03.007>.

Z.S. Khanzada^a, T. Asim^{b,*}, M. Asim^c
y M. Waqas^a

^a *Departamento de Oncología Quirúrgica (GI Superior), Hospital Oncológico y Centro de Investigación Shaukat Khanum Memorial, Peshawar, Pakistán*

^b *Departamento de Accidentes y Urgencias, Hospital General y Centro de Investigación Northwest, Peshawar, Pakistán*

^c *Unidad de Ensayos Clínicos, Instituto Médico Rehman, Peshawar, Pakistán*

* Autor para correspondencia. Domicilio: h.no:222, street: 5, sector: f-4, phase: 6, Hayatabad, Peshawar. Teléfono: +923331364364.

Correo electrónico: tanees.asim1999@gmail.com (T. Asim).

<https://doi.org/10.1016/j.rgmx.2025.06.009>

0375-0906/ © 2025 Asociación Mexicana de Gastroenterología. Publicado por Masson Doyma México S.A. Este es un artículo Open Access bajo la licencia CC BY-NC-ND (<http://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/4.0/>).