



CARTAS CIENTÍFICAS

Hemorragia recidivante por fístula carótido-faríngea tras tratamiento endovascular[☆]



Recurrent haemorrhage due to a carotid-pharyngeal fistula after endovascular treatment

J. Coghi Granados*, L. Sarmiento Marasovic, G. Yunge del Pozo, S. Freire Díaz y J.M. Revilla Martín

Servicio de Angiología y Cirugía Vascular, Hospital Clínico Universitario Lozano Blesa, Zaragoza, España

Una complicación terminal de las neoplasias laríngeas y esofágicas es la extensión a los tejidos adyacentes. Estos tumores pueden penetrar al mediastino, bronquios, tráquea y, ocasionalmente, a las estructuras vasculares como la aorta y las arterias carótidas¹. En este caso informamos de la extensión del tumor a los tejidos blandos de la zona cervical y a la arteria carótida izquierda, lo que produjo una fístula carótido-faríngea. Las fístulas carotíneas son raras y su diagnóstico se hace *postmortem* en la mayoría de los casos, en los pacientes que fallecen por sangrado digestivo alto masivo². A pesar de que las lesiones penetrantes de la carótida son inusuales, las complicaciones potenciales con el manejo inapropiado de la lesión primaria pueden llegar a ser devastadoras³.

Presentamos el caso de un varón de 77 años, con el antecedente de un carcinoma de laringe en el año 1988, dislipemia e hipertensión arterial. Tratado mediante una laringectomía total y tratamiento coadyuvante con

radioterapia. En noviembre de 2013 presenta un cuadro de *shock* hipovolémico secundario a una epistaxis masiva, que requiere ingreso en la unidad de cuidados intensivos. Se solicita la colaboración al servicio de radiología intervencionista que realiza una arteriografía selectiva del sector carotídeo, donde se observa una fístula carótido-faríngea izquierda activa. El tratamiento de choque empleado fue el implante de 3 *stents* cubiertos desde la arteria carótida común a la interna para controlar el sangrado activo (fig. 1). Progresivamente se recupera el estado general hasta ser dado de alta un mes posterior al cuadro inicial.

Tres meses después del sangrado inicial, presenta nuevamente un episodio de hemorragia masiva. La angiotomografía-computarizada muestra una angulación de las prótesis implantadas hacia la hipofaringe; el servicio de otorrinolaringología realiza una fibroscopia donde hay una visión directa de los *stents* que protruyen hacia la cavidad hipofaríngea con erosión de la pared arterial. Se interviene quirúrgicamente de forma urgente por el servicio de cirugía vascular para controlar el sangrado activo mediante el explante de los *stents*. En el procedimiento se observa la ausencia de pared arterial de aproximadamente 4 cm en la carótida común e inicio de carótida común izquierda, con exposición de la mucosa de la hipofaringe y material acumulado alrededor de los *stents* implantados anteriormente. Debido al sangrado activo y la infección de los tejidos

[☆] Caso presentado como comunicación oral en la Reunión Ordinaria de la Sociedad Aragonesa de Angiología y Cirugía Vascular el 21 de mayo de 2014, Zaragoza.

* Autor para correspondencia.

Correo electrónico: jorgecoghi@hotmail.com
(J. Coghi Granados).

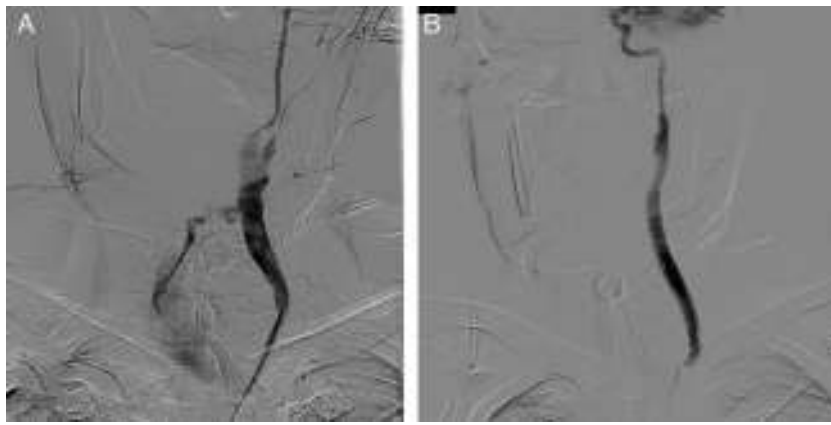


Figura 1 A) Visualización de la fístula carótido-faríngea en la arteriografía. B) Control angiográfico posterior al implante de *stent* cubiertos desde la carótida común izquierda hasta la carótida interna.

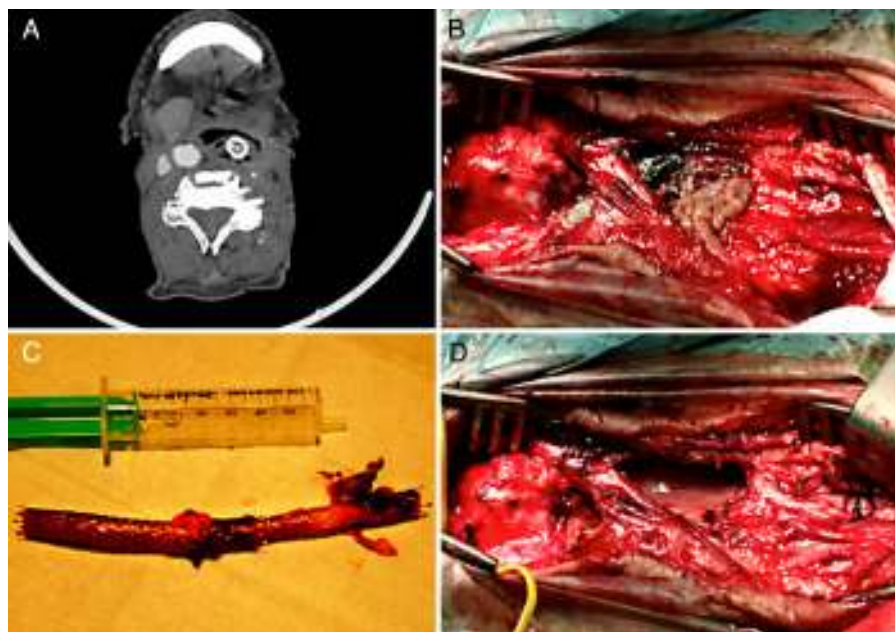


Figura 2 A) Tomografía axial computarizada que muestra la presencia del material protésico dentro de la cavidad faríngea. B) Campo quirúrgico con la exposición de los *stents* implantados anteriormente por la pérdida de tejido arterial. C) Extracción de material protésico. D) Ligadura de la carótida común e interna, con visualización directa y amplia de la faringe.

circundantes se realiza ligadura directa de la carótida común y carótida interna, y se hace una dificultosa reconstrucción de la hipofaringe por otorrinolaringología (fig. 2). Se mantiene la sedación por 3 días, y al iniciar la disminución de la medicación, el paciente presenta una afasia generalizada y hemiplejía flácida derecha; el *scanner* cerebral de control muestra un infarto isquémico ténporo-parieto-occipital izquierdo extenso. El paciente fallece al día 29 del postoperatorio a causa de las secuelas de la enfermedad isquémica cerebral.

El desarrollo de una fístula carotídea a la hipofaringe es una complicación tumoral poco frecuente y muy grave¹. Actualmente se reportan pocos casos en la literatura sobre lesiones penetrantes a la arteria carótida en los tumores laríngeos, que produzcan como complicación una fistulización. Hemorragias masivas debidas a la comunicación entre

el esófago o la laringe con una estructura vascular son extremadamente raras. Probablemente se han reportado menos de 100 casos en la literatura desde 1896, cuando Knout informó sobre una serie de 50 casos de perforación de un gran vaso por causa tumoral esofágica¹. Las fístulas carotídeas son raras y su diagnóstico se hace *postmortem* en la mayoría de los casos, en los pacientes que fallecen por sangrado digestivo alto masivo². La arteriografía es un estudio fiable y de mucha ayuda en la evaluación en los casos que se sospecha penetración a un gran vaso. La decisión terapéutica a emplear (cirugía convencional o endovascular) en este tipo de enfermedades es controvertida. El manejo inicial inapropiado de este tipo de enfermedades puede tener consecuencias devastadoras finales para el paciente. En particular, un fuga en la reparación esofágica o faríngea en el periodo postoperatorio puede producir un fallo en

la reparación carotídea realizada³. Particularmente en este caso la reparación endovascular inicial de la fístula carótido-faríngea produjo una contención de la hemorragia, pero la persistencia del contacto de la saliva, material alimentario, etc., provocó un avance de la lesión carotídea y una nueva complicación hemorrágica. A pesar de que no hay actualmente un manejo óptimo para las lesiones penetrantes de la carótida, es importante el reconocimiento de la lesión, tratamiento de la lesión vascular y el cierre de la hipofaringe. La interposición de tejido viable entre el vaso y la zona de fistulización es una técnica útil para evitar complicaciones secundarias con la reparación primaria⁴. El uso de un *flap* con el músculo esternocleidomastoideo puede ser una técnica fiable y fácil para reforzar la reparación faríngea³.

Responsabilidades éticas

Protección de personas y animales. Los autores declaran que para esta investigación no se han realizado experimentos en seres humanos ni en animales.

Confidencialidad de los datos. Los autores declaran que en este artículo no aparecen datos de pacientes.

Derecho a la privacidad y consentimiento informado. Los autores declaran que en este artículo no aparecen datos de pacientes.

Bibliografía

1. Emamy H, Mehzad M. Carotidoesophageal fistula complicating carcinoma of the esophagus: Report of a case. *Am Surg.* 1976;42:376–8.
2. Wasmuth H, Verhage CC. Hematemesis due to fistula between aorta and esophagus and later to fistula between left common carotid artery and esophagus. Case report. *Acta Chir Scand.* 1989;155:67–9.
3. Losken A, Rozycki GS, Feliciano DV. The use of the sternocleidomastoid muscle flap in combined injuries to the esophagus and carotid artery or trachea. *J Trauma.* 2000;49:815–7.
4. Levine EA, Alverdy JC. Carotid-esophageal fistula following a penetrating neck injury: Case report. *J Trauma.* 1990;30:1588–90.