

# Fístula aortoesofágica en paciente con tubo de derivación salival de Montgomery

Pedro Blanco Pérez, Ángel Batuecas Caletrío, Ángel Muñoz Herrera y Santiago Santa Cruz Ruiz  
Servicio de Otorrinolaringología y PCF. Hospital Universitario de Salamanca. Salamanca. España.

Las fístulas aortoesofágicas son afecciones sobradamente descritas y con múltiples etiologías. No obstante, es excepcional que se presenten por la utilización del tubo de derivación salival de Montgomery (TBSM), algo descrito en la literatura médica en una sola ocasión. Presentamos el caso clínico correspondiente a un paciente de 81 años que portaba un TBSM y falleció por una hemorragia masiva del tracto digestivo superior causada por una fístula aortoesofágica en la localización del TBSM. Se revisa la literatura sobre este tema.

**Palabras clave:** Fístula aortoesofágica. Tubo de derivación salival de Montgomery. Fístula faringocutánea.

## Aorto-Oesophageal Fistula in Patient With Montgomery Salivary Bypass Tube

Aorto-oesophageal fistula is a well-reported pathology with several known causes. The co-existence of this pathology associated with the use of a Montgomery salivary bypass tube (MSBT) is exceptional and only one case is described in the literature. We present here a case report about an 81-year-old patient with an MSBT who died because of a massive upper gastrointestinal bleeding caused by an aorto-oesophageal fistula at the site of the MSBT. The literature on this pathology will also be reviewed.

**Key words:** Aorto-oesophageal fistula. Montgomery salivary bypass tube. Pharyngocutaneous fistula.

Paciente de 81 años cuyos antecedentes personales más relevantes eran haber sido gran fumador, tener insuficiencia renal crónica y haber tenido una hemorragia digestiva alta 2 años antes y un infarto de miocardio 5 años antes. Acude a consulta por una disfonía mantenida durante 5 meses.

En la laringoscopia se aprecia una tumoración que afectaba a la cuerda vocal derecha con infiltración de comisura anterior, descendiendo por subglotis anterior, conservando movilidad cordal bilateral. En el diagnóstico de imagen se apreciaba infiltración de cartílago tiroideo con permeación de la membrana cricotiroidea. Confirmado el tumor con toma de biopsia, se le diagnostica carcinoma epidermoide laríngeo T<sub>4a</sub>N<sub>0</sub>M<sub>0</sub> (estadio IV), y se le propone como primera opción terapéutica una laringectomía total, que no acepta. Debido a su negativa basada en la pérdida de la fonación, así como ser portador de un traqueostoma definitivo, se le ofrece cirugía transoral láser para extirpación macroscópica sin evidencia de obtener márgenes negativos y posterior radioterapia a dosis curativas.

Los autores no manifiestan ningún conflicto de intereses.

Correspondencia: Dr. A. Batuecas Caletrío.  
Gustav Doré, 2-12, Portal 6, 3.º A. 37007 Salamanca. España.  
Correo electrónico: abatuc@yahoo.es

Recibido el 25-9-2006.

Aceptado para su publicación el 4-12-2006.

Tres meses después de finalizar la radioterapia, en una revisión habitual se aprecia una masa en la subglotis anterior junto con hipomovilidad cordal, sin palparse adenopatías laterocervicales.

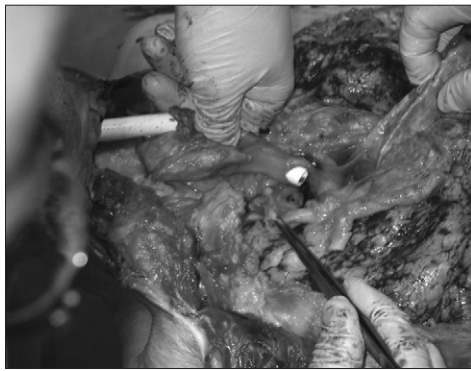
Ante este hallazgo se solicita tomografía computarizada, en la que se aprecia una tumoración que afecta a la comisura anterior, con signos de infiltración de ambas cuerdas vocales y descendiendo hacia región subglótica con infiltración parcial de membrana cricotiroidea.

Con estos datos, se informa al paciente del estado de su enfermedad y se propone de nuevo laringectomía total, con el condicionante de la radioterapia previa, que en este caso acepta.

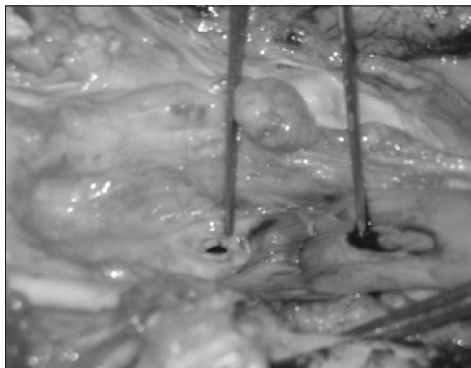
Se realizó la cirugía sin complicaciones peroperatorias, apareciendo como complicación postoperatoria una fístula faringocutánea tardía a los 14 días de la cirugía. De nuevo se colocó vendaje compresivo y se mantuvo la alimentación por sonda nasogástrica, para intentar conseguir el cierre de la fístula.

Dado que transcurridas 3 semanas no se producía el cierre de la fístula faringocutánea, continuando el mismo flujo de saliva, se decide colocar un tubo de derivación salival de Montgomery (TBSM) que ayudara al cierre.

Dos semanas después de la colocación del TBSM, el paciente presentó una hemorragia súbita y masiva tanto cervical, a través de la fístula faringocutánea, como por cavidad oral, y falleció en el traslado al quirófano.



**Figura 1.**  
Localización de la perforación esofágica en el extremo distal del tubo de derivación salival de Montgomery.



**Figura 2.**  
Correspondencia entre la perforación esofágica y la perforación aórtica.

En la necropsia se pudo comprobar que el TBSM había producido un decúbito en la pared posterior esofágica a la altura del cayado de la aorta, que originó una fístula aortoesofágica, causa de la hemorragia masiva (figs. 1 y 2).

## DISCUSIÓN

Las fístulas aortoesofágicas son entidades sobradamente conocidas que pueden tener múltiples causas. Las más habituales son: las anomalías congénitas, la ingestión de cuerpos extraños, los traumatismos, la cirugía esofágica, así como las iatrogénicas tanto por esofagoscopias como por utilización prolongada de sondas nasogástricas<sup>1</sup>.

El tubo de TBSM es un recurso técnico que se utiliza en pacientes que presentan una fístula faringocutánea tras una laringectomía total o una faringolaringectomía, así como la paliación en tumores esofágicos, las fístulas traqueoesofágicas y las estenosis de hipofaringe o esófago cervical sea cual fuera su origen<sup>2,3</sup>.

La técnica de inserción del TBSM se realizaba originariamente con anestesia general<sup>4,6</sup>, aunque se han desarrollado otras técnicas de inserción de este tubo con anestesia local<sup>3</sup>.

Apenas hay datos sobre complicaciones en el uso del TBSM<sup>7</sup> y sólo se recoge un caso en la literatura en que se dé una fístula aortoesofágica en un paciente con utilización de TBSM, que en ese caso era una niña de 2 años<sup>1</sup>.

La presencia de una fístula faringocutánea en un paciente laringectomizado es una de las indicaciones más habituales de TBSM<sup>2,3</sup>. Los efectos favorables de la utilización

de este tubo en cuanto al tiempo de resolución del proceso están sobradamente descritos, bien utilizándolo de forma aislada, bien unido a los colgajos libres o miocutáneos para la reconstrucción del defecto quirúrgico en las laringectomías o faringolaringectomías<sup>7</sup>.

Incluso hay trabajos que analizan la relación coste/beneficio en los pacientes en los que se utiliza el TBSM, así como la reducción de la severidad de las complicaciones tras una cirugía de este tipo<sup>8</sup>.

Las posibles complicaciones relacionadas con la inserción del TBSM pueden ser: el desarrollo de fístulas traqueoesofágicas, la migración o la extrusión del tubo, la reacción a cuerpo extraño o la afección del pedículo vascular en el caso en que la utilización del TBSM se combina con reconstrucción con colgajo libre o de pectoral mayor<sup>7,9</sup>.

Como ya hemos comentado, sólo existe un caso descrito en la literatura de fístula aortoesofágica en relación con la utilización del TBSM. Al igual que en ese caso, pensamos que la etiología del proceso ha sido la necrosis producida por el decúbito del tubo sobre la pared esofágica, y pueden haber influido tanto la arteriosclerosis aórtica como la acción de la radioterapia previa en la pared del esófago (puesto que en el campo se incluyeron las cadenas recurrentes), aunque en nuestro caso, a diferencia del comentado, no había aparentemente afecciones relacionadas conocidas<sup>1</sup>.

El mecanismo de decúbito como causante de fístulas aortoesofágicas sí ha sido descrito, concretamente con la utilización prolongada de sondas nasogástricas<sup>10,11</sup>.

Concluimos con la presentación de este caso que la aparición de una fístula aortoesofágica puede darse en pacientes en los que se precisa la utilización de TBSM y que ha de tenerse en cuenta en su indicación, sobre todo en pacientes de edad avanzada sometidos a radioterapia previa.

## BIBLIOGRAFÍA

1. McWhorter V, Dunn J, Teitell MA. Aortoesophageal fistula as a complication of Montgomery salivary bypass tube. *J Pediatric Surgery*. 2005;40:742-4.
2. Montgomery WW. Salivary bypass tube. *Ann Otol Rhinol Laryngol*. 1978;87:159-62.
3. Rodrigo Tapia JP, Llorente Pendás JL, Suárez Nieto. Inserción del tubo de derivación salival de Montgomery con anestesia local en pacientes con fístula faringocutánea tras laringectomía total. *Acta Otorrinolaringol Esp*. 2004;55:244-6.
4. Montgomery WW, Montgomery SK. Manual for use of Montgomery laryngeal, tracheal and esophageal prostheses. *Ann Otol Rhinol Laryngol Suppl*. 1986;125:1-16.
5. Montgomery WW, Montgomery SK. Manual for use of Montgomery laryngeal, tracheal and esophageal prostheses: update 1990. *Ann Otol Rhinol Laryngol Suppl*. 1990;150:2-28.
6. Montgomery WW. Current modifications of the salivary bypass tube and tracheal T-tube. *Ann Otol Rhinol Laryngol Suppl*. 1986;95:121-5.
7. Varvarees MA, Cheney MI, Gliklich RE, Boyd JM, Goldsmith T, Lazor J, et al. Use of radial forearm free flap and Montgomery salivary bypass tube for pharyngoesophageal reconstruction. *Head Neck*. 2000;22:463-8.
8. Leon X, Quer M, Burgues J. Montgomery salivary bypass tube in the reconstruction of the hypopharynx. Cost-benefit study. *Ann Otol Rhinol Laryngol*. 1999;108:864-8.
9. Lorken A, Krampert J, Kau RJ, Arnold W. Experiences with the Montgomery salivary bypass tube. *Dysphagia*. 1997;12:84-5.
10. McBride KL, Pfeifer EA, Wylam ME. Aortoesophageal fistula in a 13-year-old girl: complication after nasogastric tube placement in the setting of right sided aortic arch. *Pediatr Crit Care*. 2002;3:378-80.
11. McKeating J, Smith S, Kochanek P, et al. Fatal aortoesophageal fistula due to double aortic arch: an unusual complication of prolonged nasogastric intubation. *J Pediatric Surg*. 1990;25:1298-300.