

<b>Caso</b>	(281) Esófago-coloplastia anterior: un desafío para el radiólogo
<b>Autores</b>	Miguel Martínez-cachero García, L. Martínez Cambor, S. Aranda Jarreta, J. Calvo Blanco, J. Rodríguez Castro, A. Prieto Fernández
<b>Centro</b>	Hospital Universitario Central De Asturias

## EXPOSICIÓN DEL CASO

Varón de 54 años con antecedente de esófago-coloplastia retroesternal tras ingerir sosa cáustica en la niñez. Acude al servicio de urgencias por intolerancia oral a líquidos y a sólidos desde hace 3 días de forma brusca. Niega disfagia progresiva. Los vómitos no son inmediatos tras las ingestas. Sensación de dificultad para el paso de alimentos a nivel epigástrico.

En la radiografía de tórax hay un ensanchamiento mediastínico debido a una masa con nivel hidroaéreo localizada en mediastino anterior.

## DISCUSIÓN

La ingesta de sustancias cáusticas puede causar graves lesiones a nivel esófago-gástrico. El grado de lesión viene determinado por su naturaleza, la cantidad ingerida, su concentración, su estado (sólido o líquido) y el tiempo de contacto con la mucosa gastrointestinal.

Las sustancias con pH extremos pueden producir lesiones graves en el esófago y son potencialmente cancerígenas.

La reconstrucción esofágica se puede realizar mediante:

Gastroplastia:

Técnica de elección para la reconstrucción tras una esofagectomía. Es fácil, rápida, segura, con pocas complicaciones postoperatorias y permite la realización de una plastia con una longitud suficiente para realizar una sutura gastroesofágica a nivel cervical.

Coloplastia:

Técnica más utilizada en aquellos pacientes en los que el estómago no puede ser utilizado por una gastrectomía previa o en aquellos en los cuales la vía de ascenso de la plastia debe ser subcutánea o la longitud de la gastroplastia no sea suficiente. Es una técnica compleja asociada a una elevada tasa de complicaciones. El aporte sanguíneo de la coloplastia es menor que el del estómago, lo cual conlleva un mayor riesgo de isquemia de la plastia.

Injerto de yeyuno:

Técnica muy compleja que requiere la realización de microcirugía vascular y que debe ser utilizada solo en aquellos casos donde han fracasado las técnicas descritas anteriormente. Solo se puede realizar en centros especializados con equipos multidisciplinares.

La vía de ascenso de la plastia puede ser a través de:

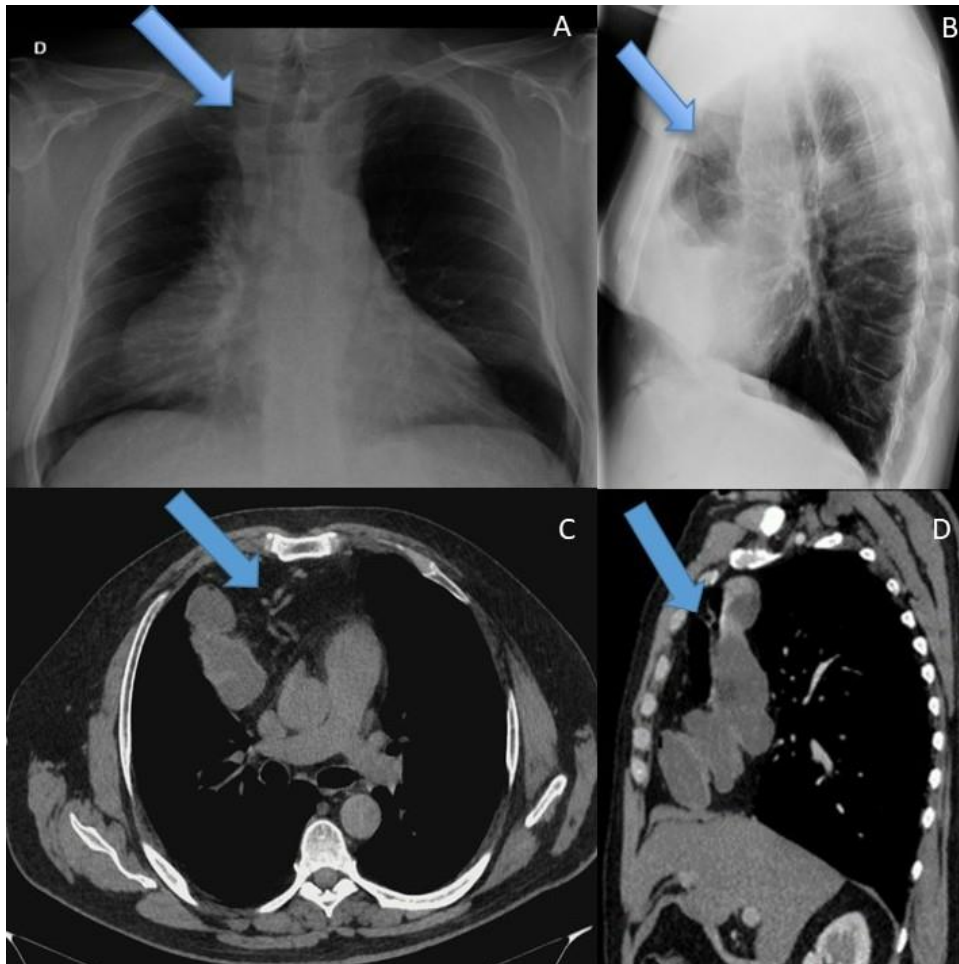
Mediastino posterior: Vía de elección.

Vía retroesternal: Si el mediastino posterior no se puede usar debido a una cirugía previa a ese nivel o por adherencias debidas a la ingesta de sustancias químicas. Esta técnica requiere la realización de un túnel retroesternal.

Vía subcutánea: Si las otras no pueden realizarse o cuando la reconstrucción se haga con un injerto yeyunal. Supone un problema estético para el paciente.

## CONCLUSIÓN

La esófago-coloplastia retroesternal es una técnica compleja y con muchas complicaciones postoperatorias. Supone no sólo un desafío para el cirujano sino también para el radiólogo debido a los cambios anatómicos que se observan en las pruebas de imagen, que hacen imprescindible incluirla en el diagnóstico diferencial de las masas mediastínicas anteriores, y por las complicaciones posteriores derivadas del procedimiento.



*A: Radiografía simple tórax PA en la que se observa un ensanchamiento mediastínico y un nivel hidroaéreo (flecha azul). B: Radiografía simple tórax lateral en la que se ve una estructura con gas en su interior en mediastino anterior (flecha azul). C y D: Reconstrucciones axial (C) y sagital (D) de un TC toracoabdominal con CIV en el que podemos observar una plastia colónica dilatada, en posición retroesternal, con contenido en su interior. Hallazgos compatibles con neo-esófago de retención. Con la flecha azul se señala el túnel retroesternal y el aporte vascular de la coloplastia.*

## **BIBLIOGRAFÍA**

1. Hagen JA, Johnson S, Demeester TR. Use of colon as an oesophageal replacement. En: Surgery of the Upper Gastrointestinal Tract. Boston, MA: Springer US; 1994. p. 128-41.
2. Gust L, De Lesquen H, Bouabdallah I, Brioude G, Thomas P-A, D'journo X-B. Peculiarities of intra-thoracic colon interposition—eso-coloplasty: indications, surgical management and outcomes. *Ann Transl Med.* 2018;6(3):41-41.
3. J.J. González, L. Sanz, L. Marques, F. Navarrete, E. Martínez. Complicaciones de la cirugía de exéresis del cáncer de esófago. *Cir Esp*, 80 (2006), pp. 349-360