



CASO CLÍNICO

Fístula esófago-espondilorraquídea en paciente tratado con radioterapia y quimioterapia

Álvaro Cordero-Jiménez*, Rafael Tenor-Serrano, Carlos Muñoz-Palza y José Rafael Solano-Romero

Servicio de Otorrinolaringología, Hospital Clínico Universitario Virgen de la Victoria, Málaga, España

Recibido el 6 de septiembre de 2010; aceptado el 3 de enero de 2011

PALABRAS CLAVE

Fístula
esófago-raquídea;
Efectos adversos
radioterapia;
Absceso extradural

KEYWORDS

Spinal esophageal
fistula;
Radiotherapy adverse
effects;
Extradural abscess

Resumen Varón de 56 años con antecedente de carcinoma glótico tratado con quimioterapia y radioterapia concomitante en remisión completa. Acude a urgencias por cervicalgia intensa, paresia de miembro superior derecho y disfagia. La exploración física muestra además rigidez cervical. Se realiza resonancia magnética donde se objetiva espondilitis a nivel vertebral C6-C7 con formación de un absceso extradural que comprime la médula. Un tránsito baritado muestra una úlcera esofágica con trayecto fistuloso posterior. Se realiza tratamiento conservador con gastrostomía percutánea y antibioticoterapia. El paciente mejora ostensiblemente de sus síntomas y en los estudios de imagen de control se objetiva la desaparición de la fístula.
© 2010 Elsevier España, S.L. Todos los derechos reservados.

Spinal-esophageal fistula in a patient treated with concurrent chemotherapy and radiotherapy

Abstract We present the case of a 56-year-old male patient with a history of glottic carcinoma treated with concurrent chemotherapy and radiotherapy in complete remission, who went to hospital with severe neck pain, upper right limb weakness and dysphagia. Physical examination showed neck stiffness as well. Spondylitis at C6-C7 spinal level with extradural abscess formation was diagnosed by MRI. Barium radiography revealed an esophageal ulcer with a posterior sinus path. Conservative treatment was given with percutaneous gastrostomy and antibiotics. The patient's symptoms improved and the fistula and the abscess had disappeared in the later MRI control studies.

© 2010 Elsevier España, S.L. All rights reserved.

Introducción

Clásicamente se describen 4 complicaciones principales tras el tratamiento con radioterapia en el cáncer de laringe, el edema de la mucosa laringea, la radiodermatitis, la

* Autor para correspondencia.
Correo electrónico: alvarocorderoj@gmail.com
(Á. Cordero-Jiménez).

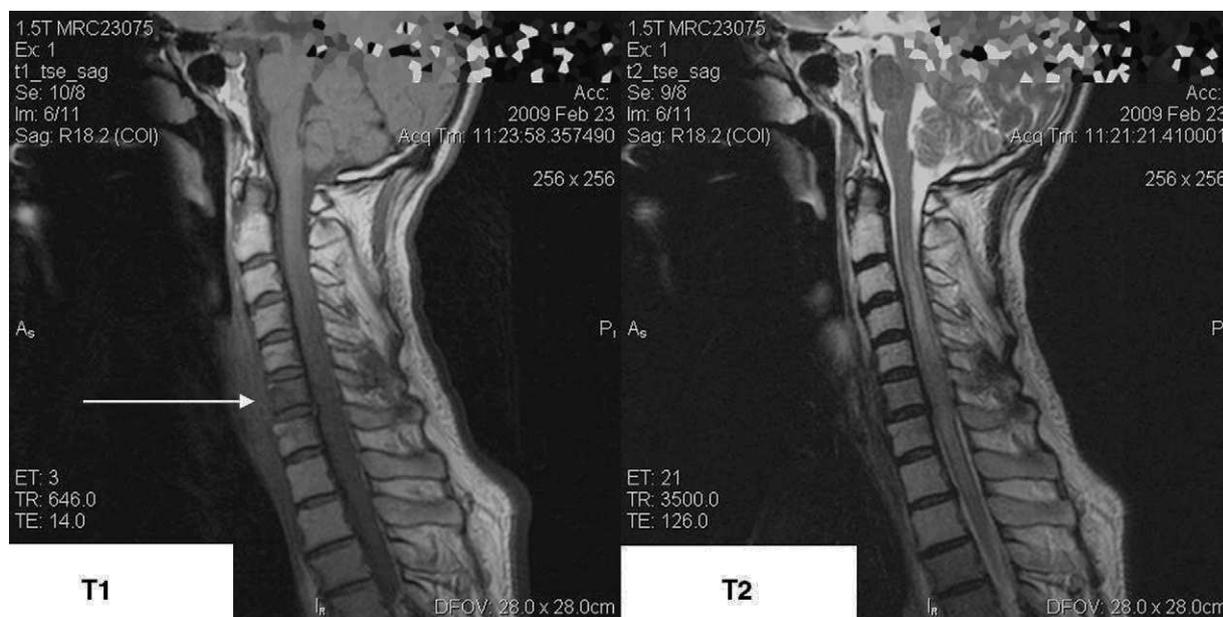


Figura 1 T1: corte sagital de RM potenciada en T1. Se observa un cambio en la señal normal de los cuerpos vertebrales de C1 a T2, compatible con sustitución grasa tras radioterapia. Destaca un realce patológico del cuerpo de C6 (flecha) que indica espondilitis a este nivel. T2: corte sagital de RM potenciado en T2. Se aprecia en esta imagen una afectación difusa de la médula, con un aumento de señal que va de C2 a T1. Esto indica isquemia a este nivel por compresión medular.

pericondritis y la radionecrosis cartilaginosa¹. Los avances en la planificación del tratamiento radioterápico han disminuido la incidencia de éstos. Presentamos el caso de un paciente tratado con radioterapia y quimioterapia por un cáncer escamoso de glotis que presenta como complicación rara la aparición de una fístula que pone en continuidad la faringe con el canal medular, ocasionando a este nivel un absceso epidural.

Caso clínico

Paciente de 56 años que acude al servicio de urgencias por presentar fiebre y dolor cervical intenso irradiado a miembro superior derecho (MSD), así como disminución de la movilidad del mismo. Se acompaña de disfagia a sólidos y líquidos.

Como antecedente patológico de interés el paciente ha sido tratado de un carcinoma escamoso de glotis T₃N₁M₀, y ha recibido radioterapia y quimioterapia concomitantes hace 2 meses.

En la exploración el paciente presenta una paresia del MSD 2/5 de predominio proximal, con una sensibilidad conservada y rigidez de nuca. Se realiza una endoscopia laríngea objetivando una hemilaringe derecha fija y edematosa, con discreta disminución de la luz glótica. Ingresa para estudio y se realiza una resonancia magnética de columna cervical (figs. 1 y 2), observándose en el estudio una colección epidural con afectación de un cuerpo vertebral y afectación medular. Esta imagen parece descartar afectación metastásica y señala complicación infecciosa. Se lleva a cabo también un tránsito baritado (fig. 3), que pone en evidencia una úlcera en la pared posterior del segmento faringoesofágico y un trayecto fistuloso que se dirige posteriormente, obteniendo el diagnóstico de fístula faringo-espondilorraquídea, como origen del absceso epidural, que indirectamente es el

responsable del sufrimiento medular por compresión y de la clínica neurológica. Se realiza también un estudio electromiográfico que pone de manifiesto una afectación polirradiculometamérica o de raíz anterior a nivel C5-C7 derecho.

Tras tratamiento antibiótico parenteral y supresión de alimentación vía oral mejora la clínica del paciente, desapareciendo la colección paravertebral en la RM de control y

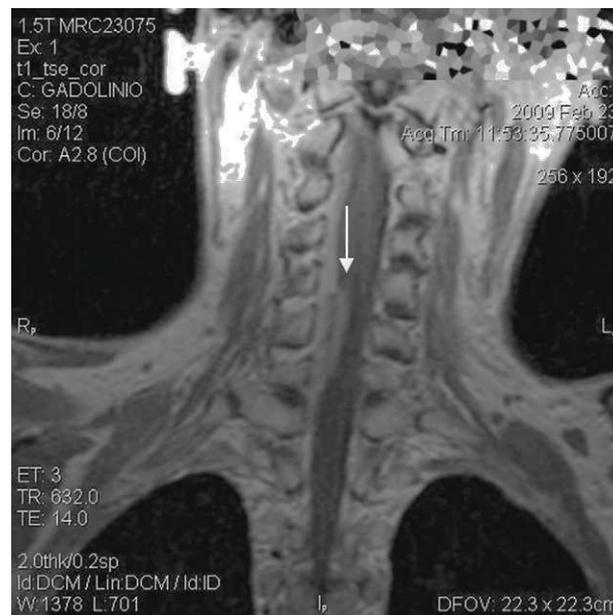


Figura 2 Corte coronal de RM potenciado en T1 con Gd. Se observa un intenso realce meníngeo de C2 a T1 apreciando una colección de unos 3 cm de C5 a C7 extramedular derecha, presumiblemente epidural, con un espesor de 1 cm y que comprime la médula.



Figura 3 Tránsito baritado faringoesofágico en el que se aprecia un trayecto fistuloso que se dirige posteriormente.

posteriormente el trayecto fistuloso. El paciente pudo reintroducir la alimentación vía oral.

Discusión

El objetivo de la radioterapia es administrar una dosis suficiente y homogéneamente distribuida en el tumor minimizando los efectos secundarios en los tejidos sanos vecinos². Entre los efectos secundarios consideramos los de aparición precoz o agudos que suceden aproximadamente a las 2 semanas de comenzar la radioterapia y los de aparición tardía o crónicos que aparecen varios meses tras la finalización del tratamiento. El primer grupo es la manifestación de la toxicidad en los tejidos de renovación rápida (piel y mucosas). El segundo grupo aparece en relación con la afectación de los tejidos de renovación lenta (endotelio vascular, tejido conjuntivo, músculo, hueso) que condiciona

la aparición de isquemia tisular, fibrosis, distrofia, úlceras tórpidas y necrosis². Basándose en esto se ha utilizado en el tratamiento de la radionecrosis del cartílago de la laringe la oxigenoterapia hiperbárica, que parece aumentar la vascularización tisular^{3,4}.

En el caso que presentamos nos encontramos ante un efecto secundario tardío posradioterapia, en el que la fibrosis e isquemia tisular han condicionado el debilitamiento de las fascias cervicales, y la aparición de un trayecto fistuloso. En las infecciones cervicales profundas las fascias cervicales actúan normalmente de barrera limitante de las mismas. En este caso ha perdido la función de barrera, pudiendo progresar la infección hasta el cuerpo vertebral y el canal medular.

El tratamiento de las necrosis o úlceras de aparición tardía tras radioterapia requiere frecuentemente tratamiento quirúrgico. En nuestro paciente fue suficiente el tratamiento conservador con antibióticos y suspensión de la nutrición por vía oral.

Aunque hay recogidos numerosos casos de condrorradionecrosis laríngea tras tratamiento radioterápico por cáncer escamoso de laringe en la bibliografía consultada^{5,6}, no hemos encontrado la complicación que hemos descrito.

Conflicto de intereses

Los autores declaran no tener ningún conflicto de intereses.

Bibliografía

1. Lederman M. Radiation therapy in cancer of the larynx. *JAMA*. 1972;221:1253-4.
2. Ferrer Albiach C, Dualde Beltrán D, Morillo Macías V. Radioterapia en otorrinolaringología: bases del tratamiento, procedimientos y efectos secundarios. En: Suárez C, Gil-Carcedo LM, Marco J, Medina JE, Ortega P, Trinidad J, editores. *Tratado de Otorrinolaringología y Cirugía de Cabeza y Cuello*. Tomo I. 2.ª edición. Madrid: Editorial Médica Panamericana; 2007. p. 115-126.
3. Zbären P, Caversaccio M, Thoeny HC. Radionecrosis or tumor recurrence after radiation of laryngeal and hypopharyngeal carcinomas. *Otolaryngol Head Neck Surg*. 2006;135:838-43.
4. Narozny W, Sicko Z, Kot J, Stankiewicz C, Przewozny T, Kuczkowski J. Hyperbaric oxygen therapy in the treatment of complication of irradiation in head and neck area. *Undersea Hyperb Med*. 2005;32:103-10.
5. Shimizu N, Okamoto H, Fukuda T, Yane K, Hosoi H. Late laryngeal radionecrosis in severe arteriosclerosis. *J Laryngol Otol*. 2005;119:922-5.
6. Sancho E, Escorial O, Cortés JM, Rivas P, Millán J, Vallés H. Condorradionecrosis laríngea. *Acta Otorrinolaringol Esp*. 2003;54:123-6.