



Hospital de Pediatría
Garrahan

“Fístula traqueo esofágica secundaria a cuerpo extraño”



Autores: Mónico Carola*, Laprida C, Cermeño C,
Galeano M, Moguillansky S, Rizzi A

Lugar: Hospital de Pediatría Juan P. Garrahan

Introducción

- Dentro de las fístulas esófago-respiratorias adquiridas, las tráqueo-esofágicas (FTE) son las más comunes.
- Secundarias a procesos benignos o malignos. Entre las benignas, están las producidas por cuerpo extraño.
- Las complicaciones en menos del 2% incluyen: perforación esofágica y compresión traqueal, entre otras.
- Las FTE pueden pasar desapercibidas y simular un cuadro infeccioso bronquial, o afectar severamente el pulmón.
- Aunque se ha reportado resolución espontánea de FTE adquiridas, el tratamiento es primordialmente quirúrgico.

Objetivo

Presentar el caso de un adolescente con FTE por cuerpo extraño (mielcita) de larga evolución y difícil diagnóstico.

Caso clínico

Varón de 14 años, derivado del interior del país, con diagnóstico presuntivo de tumoración esofágica
Previamente sano.

Desde hace 7 meses, comienza con episodio de tos luego de la ingesta de líquidos, con diagnóstico de neumonía, a lo cual se agrega disfagia y pérdida progresiva de peso.

Radiografía de tórax

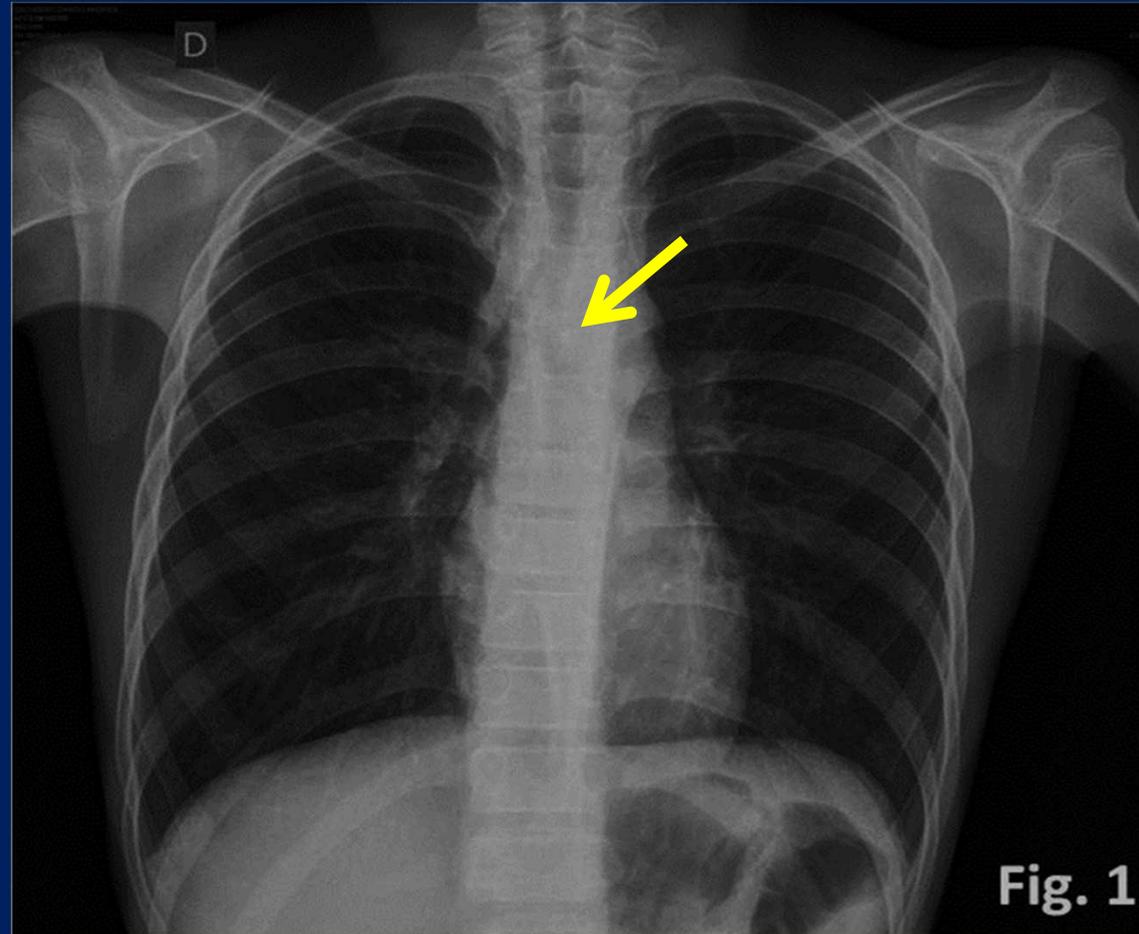


Fig. 1-Rx de tórax frente donde se visualiza desplazamiento de carina y bronquio fuente izquierdo hacia la derecha (flecha).

Esofagograma

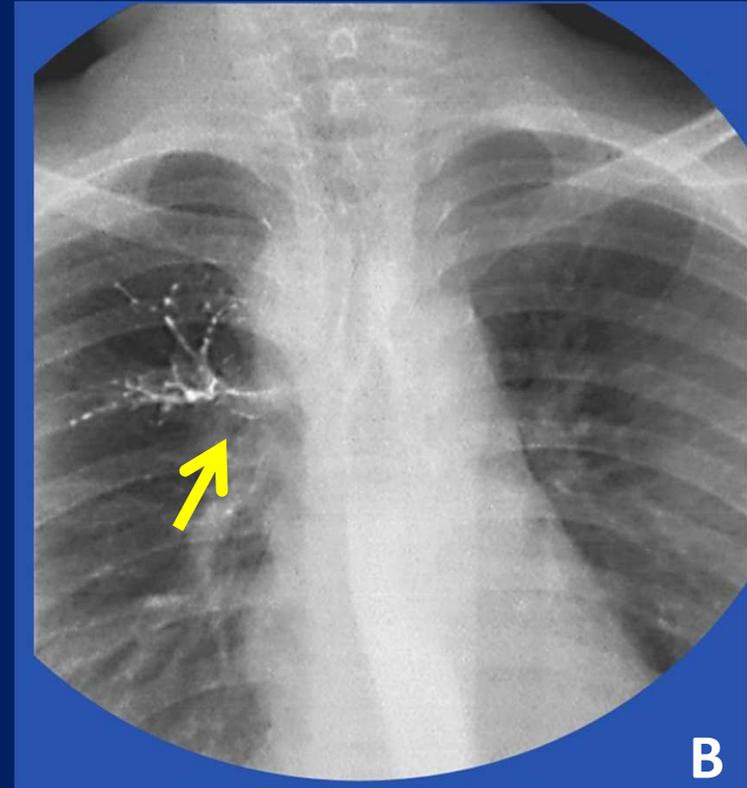
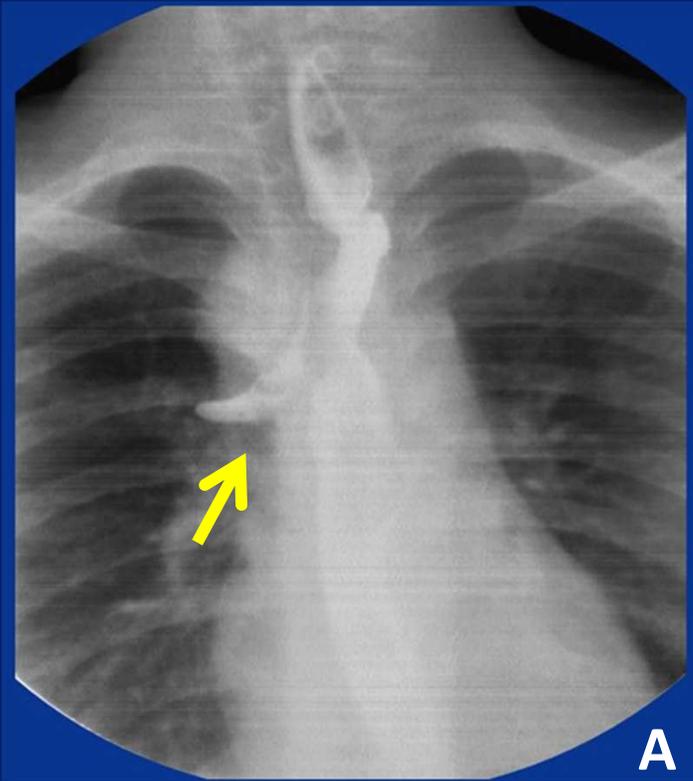


Fig. 2 A y B. Se administra material de contraste hidrosoluble isosmolar por vía oral visualizándose trayecto fistuloso con pasaje de material de contraste a vía aérea inferior, hacia tráquea y bronquio fuente derecho, con broncograma visible.

TC de tórax

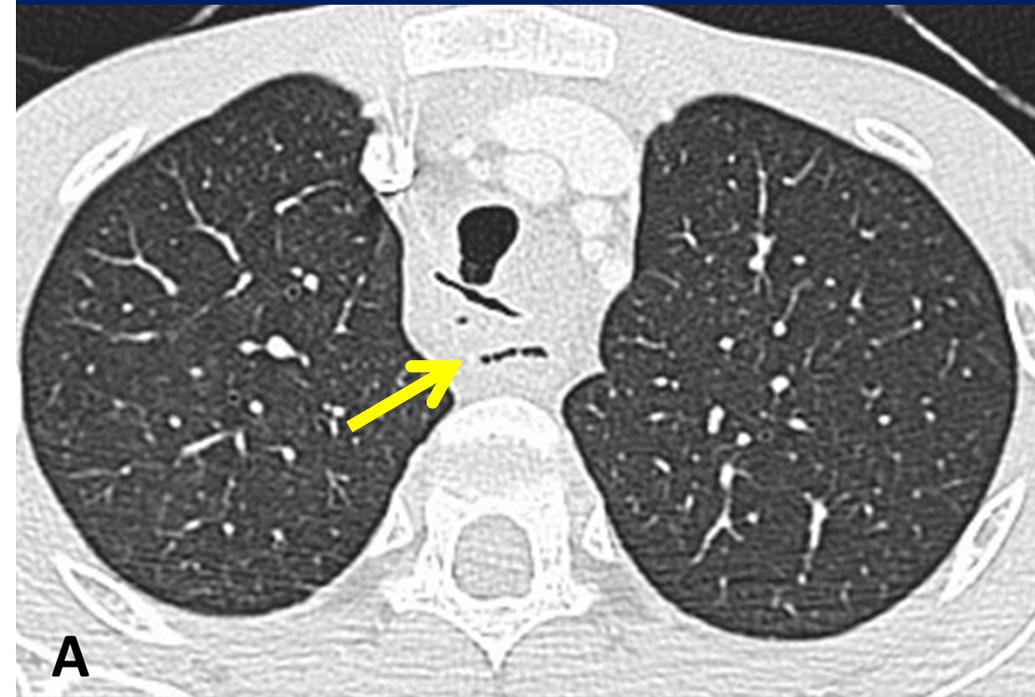


Fig.3 A y B- Cortes axiales que evidencian imagen aérea en mediastino posterior (A) y trayecto fistuloso desde el esófago hacia tráquea (B)

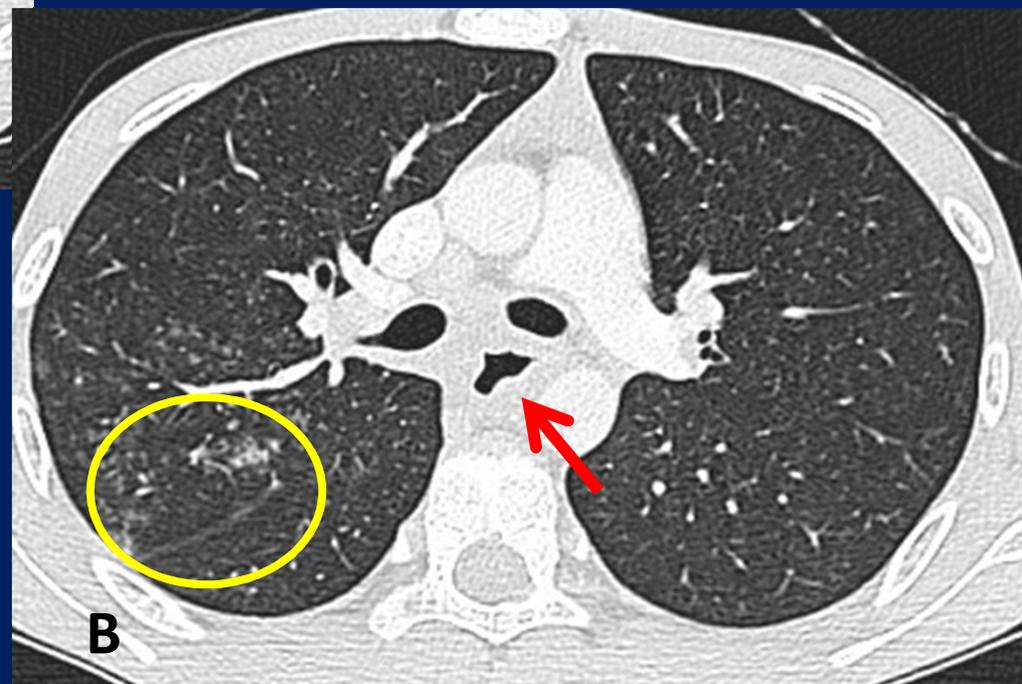
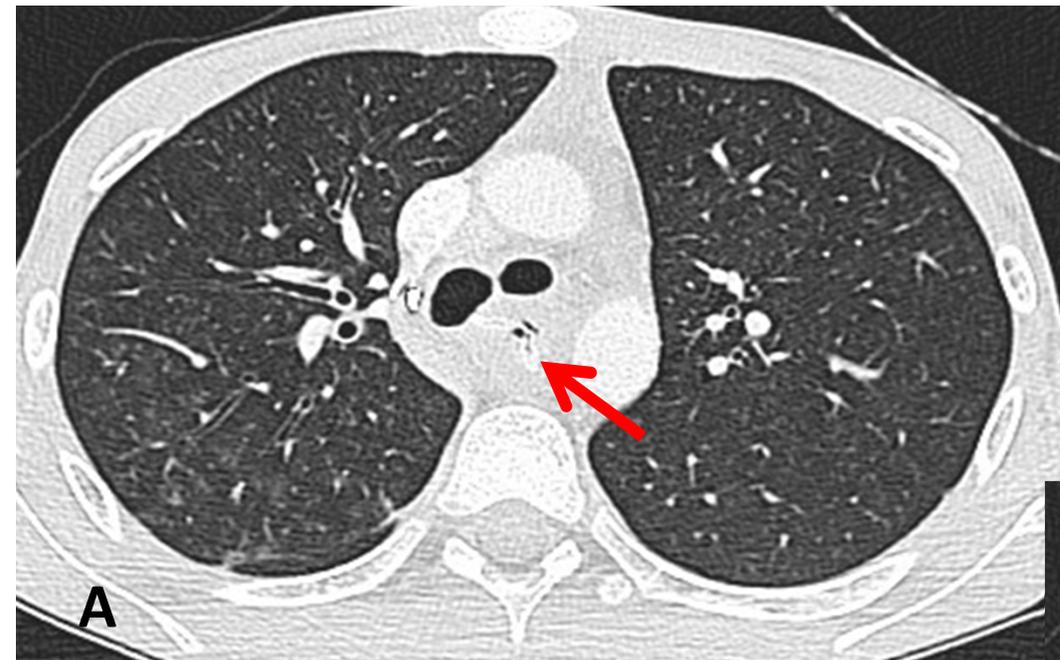


Fig. 4. A. Cortes axiales con imagen de densidad de partes blandas que compromete estructuras de mediastino posterior, y refuerzo peri esofágico. B. Aire intraesofágico con apertura de su luz (flecha roja). Infiltrado intersticial micronodulillar difuso a predominio del lóbulo inferior derecho (circulo amarillo).

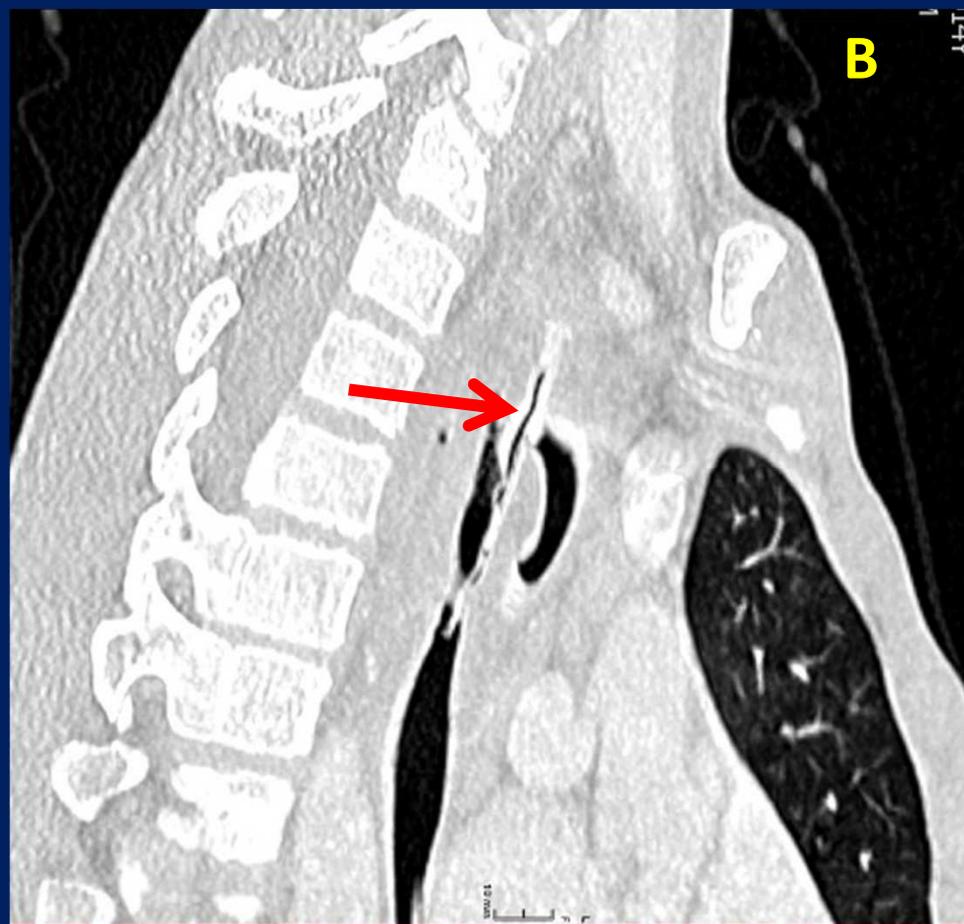
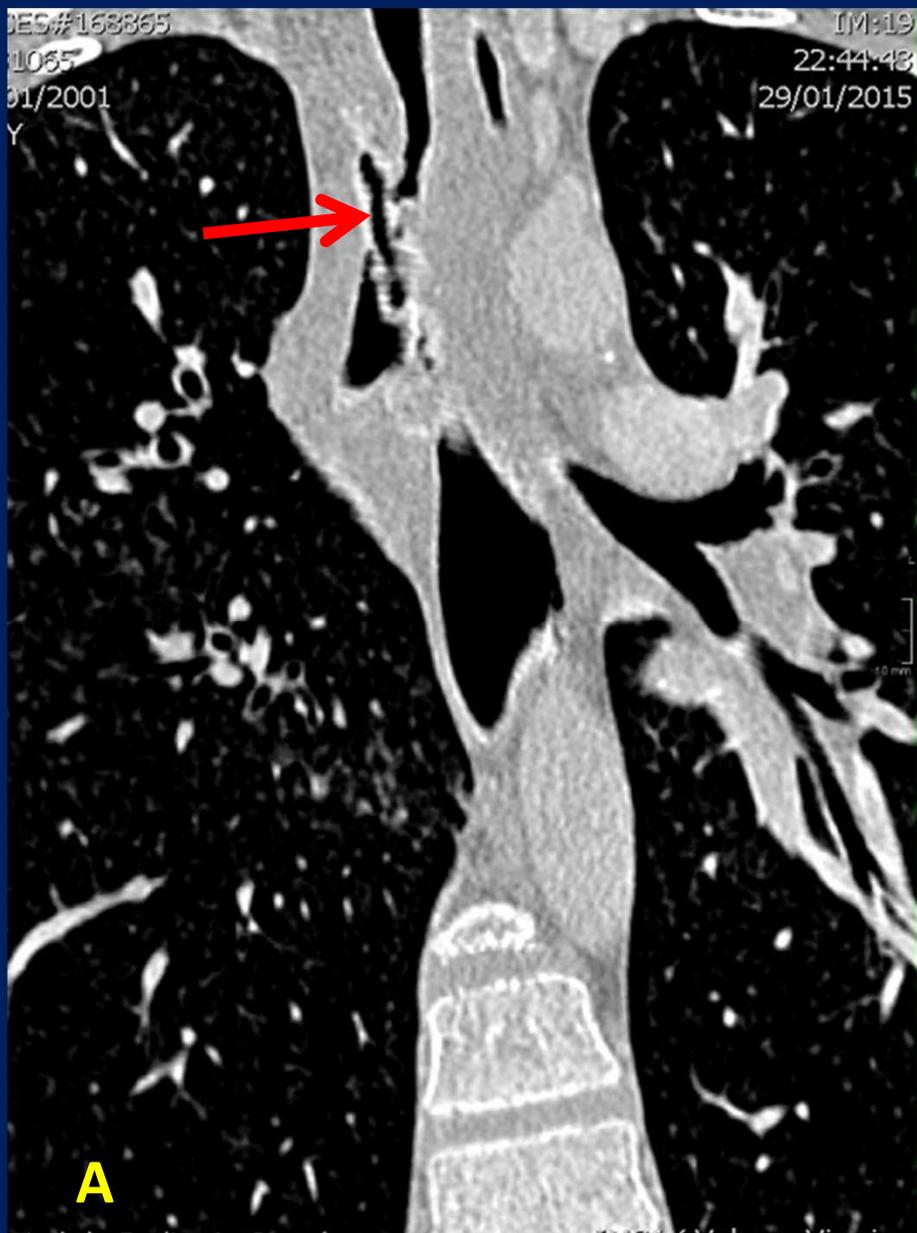


Fig. 5 A y B. Imágenes procesadas en corte coronal y sagital se evidencia el trayecto fistuloso antes descrito, entre el esófago y el mediastino.

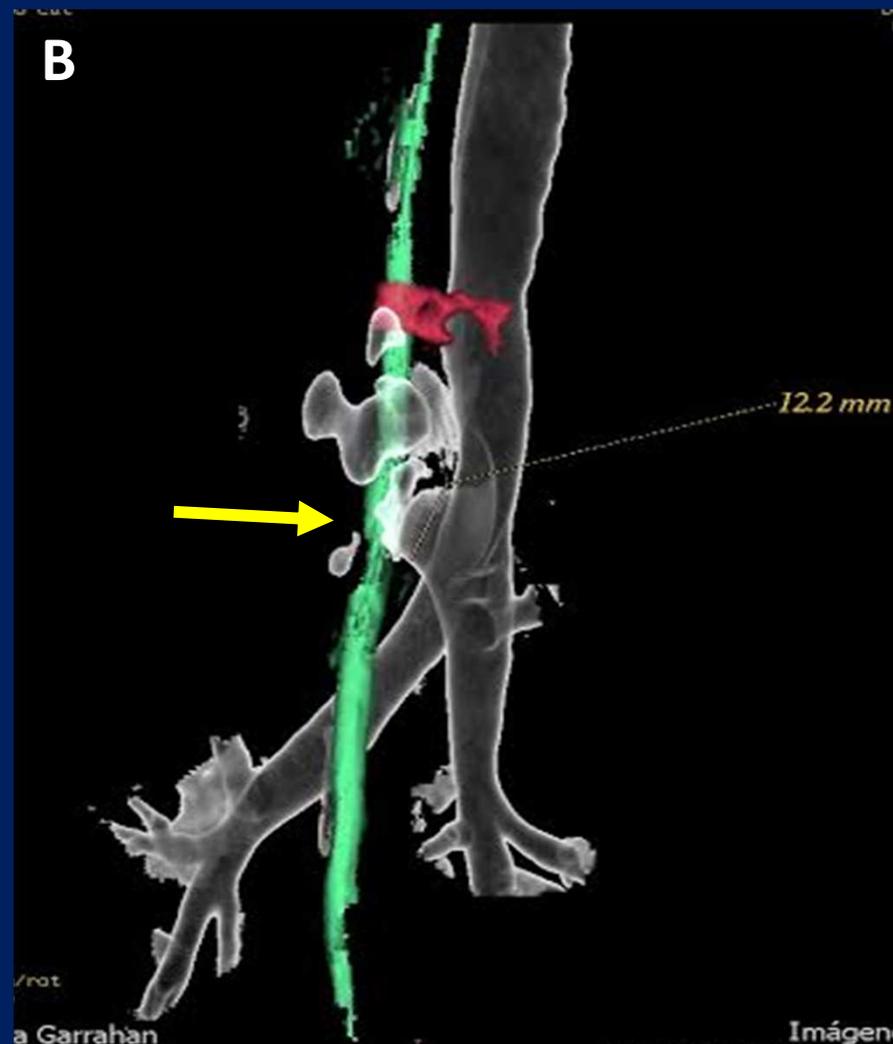


Fig. 6 A y B. Reconstrucción del esófago y la vía aérea, donde se observan dos trayectos fistulosos, uno superior (flecha blanca en A) que se dirige hacia el mediastino, y otro inferior, cercano a la Carina y de mayor calibre(12mm), que comunica el esófago con el bronquio fuente derecho (flecha amarilla en B).



Fig. 7. A y B. En controles posteriores, hay persistencia del trayecto fistuloso inferior que comunica el esófago con bronquio fuente derecho. Irregularidad de la luz esofágica e interrupción de la misma en área cercana a la fistula (A).

Evolución

- Al reinterrogar surge el antecedente de ingesta de una “mielcita” hacía 2 años.
- Por toracotomía posterior derecha a nivel del 4to. espacio intercostal, se liberan adherencias pleuro-parietales, y abriendo el esófago se retira el cuerpo extraño.



Caramelo líquido contenido en un sachet plástico, “Mielcita”.

Cuerpos extraños en tracto GI

- Los cuerpos extraños en el tracto gastrointestinal (GI) pueden ser vistos en todos los grupos etarios, aunque son mas comunes en pacientes pediátricos.
- Gran parte de los cuerpos extraños ingeridos pasan a través del tracto digestivo sin ocasionar daño. No obstante, un porcentaje menor de niños ingiere diferentes tipos de elementos capaces de lesionar el esófago.

Conclusión

El conocimiento de las manifestaciones radiológicas de estas complicaciones es de suma importancia para el médico radiólogo, permitiendo un diagnóstico oportuno, y una terapéutica precoz, de la cual dependerá el pronóstico y la calidad de vida del paciente.

Bibliografía

1. Katabathina VS, Restrepo CS, Martinez Jimenez S, Riascos RF, Nonvascular, Nontraumatic Mediastinal Emergencies in Adults: A Comprehensive Review of Imaging Findings, *RadioGraphics* 2011; 31:1141–1160
2. Giménez A, Franquet T, Erasmus JJ, Martínez S, Estrada P, Thoracic Complications of Esophageal Disorders¹, *RadioGraphics* 2002; 22:S247–S258
3. Hammonda P, Jaffraya B, Hamiltonb L, Tracheoesophageal fistula secondary to disk battery ingestion: a case report of gastric interposition and tracheal patch. *Journal of Pediatric Surgery* 2007; 42, E39–E41
4. Baquero Mejía IC, Guijarro E, Cuerpo extraño en esófago Causal de fístula traqueo-esofágica. *Salud Uninorte. (Col.)* 2002; 16: 45-52,
5. Franquet T, Giménez A, Rosón N, “et al”, Aspiration Diseases: Findings, Pitfalls, and Differential Diagnosis, *RadioGraphics* 2000; 20:673–685
6. Thomas S, Goodloe J. Foreign Bodies. In: Marx, Jhon et al, *Rosen's Emergency Medicine - Concepts and Clinical Practice*. 8th. ed. Philadelphia, Pa – USA. Saunders-Elevier, Inc. 2014; Chapt 60: 776-778.