

**FÍSTULA BRONQUIOESOFÁGICA CONGÉNITA SILENTE EN LA EDAD ADULTA:
REPORTE DE CASO**

BRONCHIESOFAGIC FISTULA CONGENITA SILENTE IN ADULT AGE: CASE REPORT

Blanco-Villarte Rosalia¹, Zegarra-Santiesteban William², Blanco-Villarte Roxana³, Valdez-Guzman Bethzi⁴

Recibido para publicación / Received for publication: 19/12/2018

Aceptado para publicación / Accepted for publication: 23/12/2018

RESUMEN

La fistula bronquiesofágica es una entidad clínica muy rara, la de tipo congénita y la adquirida, presentamos el caso de una paciente de sexo femenino de 75 años de edad que ingresa con cuadro clínico caracterizado por tos y expectoración mucopurulenta, fiebre, dolor dorsolumbar de moderada intensidad además de astenia, adinamia, disfagia a líquidos y sólidos, odinofagia, pérdida de peso de 5 kilos, dentro de sus antecedentes personales patológicos destaca cuadros de infección respiratoria a repetición desde la infancia, se descartó tuberculosis pulmonar, se realizaron los estudios imagenológicos y endoscopia digestiva alta que confirman una fistula bronquiesofagica del tercio distal del esófago que comunica con bronquio izquierdo, fue sometida a cirugía de urgencia para clipaje por endoscopia digestiva alta más toracotomía izquierda para drenaje en un mismo tiempo, posterior a dicho procedimiento paciente sufre descompensación hemodinámica siendo trasladada a Unidad de terapia intensiva donde fallece por complicaciones relacionadas con la mediastinitis.

Palabras Clave: Fistula bronquiesofagica adquirida; Infección respiratoria; Mediastinitis.

ABSTRACT

Bronchiesophageal fistula is uncommon and extremely rare, there are two types congenital and acquired, we report the case of a 75-year-old women with cough and mucopurulent expectoration, fever, thoracolumbar pain moderate intensity in addition to asthenia, adynamia, dysphagia to liquids and solids, odynophagia, weight loss of five kilos, within his personal pathological history highlights cases of high respiratory infection to repetition, pulmonary tuberculosis was ruled out, imaging studies and digestive endoscopy were performed confirming a bronchiesofagic fistula fistula in distal esophagus communicating with the left bronchus, was submitted emergency surgery for clipping by upper digestive endoscopy plus left thoracotomy for drainage at the same time, after said procedure patient undergoes hemodynamic decompensation being transferred to the intensive care unit where she died from complications related to mediastinitis.

Keywords: Acquired bronchieophagic fistula; Respiratory infection; Mediastinitis.

¹M.D. - Medico Residente de Imagenología, Hospital Obrero N° 2. Cochabamba, Bolivia.

²M.D. - Medico Imagenólogo, Hospital Obrero N° 2. Cochabamba, Bolivia.

³M.D. - Medico Hematólogo, Hospital Obrero N° 2. Cochabamba, Bolivia.

⁴M.D. - Medico Gastroenterólogo, Hospital Obrero N° 2. Cochabamba, Bolivia.

Correspondencia / Correspondence: Rosalia Blanco-Villarte
e-mail: rossebl@hotmail.com



Las fistulas bronquiesofágicas tanto de origen congénito como adquirido, son patologías infrecuentes. La de tipo congénito, suele presentarse asociada a la atresia esofágica y por tanto es diagnosticada habitualmente en el neonato, en aquellos casos en que la fistula congénita no se asocia a atresia del esófago, es posible que permanezca silente hasta la edad adulta, en que ocasionalmente, puede hacerse sintomática. (1)

Por el contrario, las fistulas bronquiesofágicas adquiridas en el adulto mayor, pueden derivarse de un proceso traumático, neoplásico o inflamatorio (infeccioso), como la tuberculosis pulmonar. (2)

Las fistulas congénitas, producidas por un fallo en la separación traqueoesofágica durante la embriogénesis, pueden permanecer silentes hasta edades muy avanzadas cuando no se asocian a atresia esofágica. Apoyan su diagnóstico la presencia de mucosa y Muscularis mucosae en el tracto fistuloso, ausencia de inflamación colindante, ausencia de adenopatías y la propia historia clínica del paciente. (2) La más prevalente de estas fistulas es el tipo II en la clasificación de Braimbridge y Keith, correspondiendo a un trayecto fistuloso simple entre el esófago y el bronquio. (2, 3)

CASO CLÍNICO

Paciente de sexo femenino, de 75 años de edad, que ingresa con cuadro clínico caracterizado por accesos de tos con expectoración mucopurulenta, fiebre, dolor dorsolumbar de moderada intensidad además de astenia, adinamia, disfagia a líquidos y sólidos, odinofagia, pérdida de peso de 5 kilos.

Dentro de los antecedentes, indica que es monorrena izquierda posterior a cesárea complicada hace varios años, infecciones urinarias a repetición. Fibrosis pulmonar en tratamiento por Neumología.

Al examen físico: regular estado general, consciente, orientada en las tres esferas, palidez mucocutánea, corazón ruidos cardiacos rítmicos, pulmones se ausculta roncus y estertores crepitantes en ambos campos pulmonares, abdomen blando no doloroso, puntos ureterales negativos, puñopercusión positiva en el lado derecho, extremidades hipotrofia muscular.

Dentro de su analítica, destaca anemia microcítica hipocromica grado I leve con: hemoglobina de 10,3 g/dl, hematocrito de 32,2%, glóbulos blancos 8800mm³, trombocitopenia leve de 127 000mm³, hipoproteinemia de 4 g/dl de proteínas totales, hipoalbuminemia de 1,8 g/dl, creatinina 1,4 mg/dl tasa de filtrado glomerular de 49 ml/min/1,73 m², hiperbilirrubinemia total 3 mg/dl directa 2,2 mg/dl, gasometría arterial acidosis respiratoria con pH 7,31, pCO₂ 49,4 mmHg, PO₂ 36,3, saturación de O₂ 62,4%, hiperglicemia de 126 mg/dl, baciloscopia seriada negativa, endoscopia digestiva alta reporta gastropatía enantematosa antral, ulcera activa de esófago medio, descartar fistula esofagotraqueal (Ver figuras 1 y 2), sometida a tomografía torácica con contraste, que reporta: en ventana de mediastino a nivel supra e infra claviclar izquierdo, una imagen hipodensa lobulada con tenue realce periférico que mide 39 x 23 mm, ganglios mediastinales aumentados en número y tamaño algunos

de ellos calcificados a nivel prevascular de 16 x 24 mm, pretraqueal de 10 mm, aortopulmonar de 6,2 mm, subcarinal de 14 mm y para hiliar, en mediastino medio se observa líquido libre de bajo débito rodeando tráquea, esófago y grandes vasos.



Figura 1: Ulcera esófago medio, vista en la endoscopia. Fuente: Resultados del estudio.

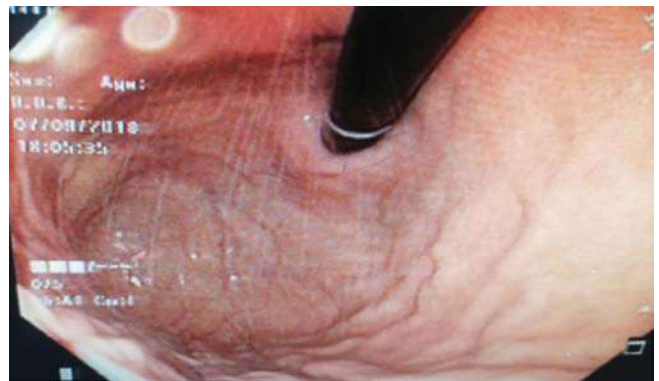
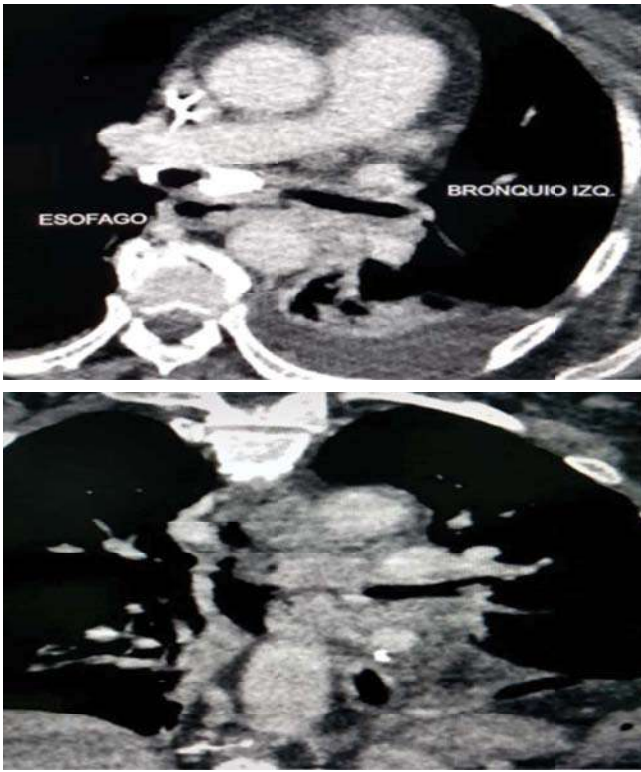


Figura 2: Se evidencia trayecto fistuloso, vista en la endoscopia. Fuente: Resultados del estudio.

En el tercio distal de esófago, se observa un trayecto fistuloso horizontal con calibre de 3 mm que lo comunica con bronquio izquierdo, midiendo 21 mm de longitud. En ventana de parénquima pulmonar con área de ocupación alveolar y broncograma aéreo de lóbulo inferior asociado a derrame pleural de bajo débito. A nivel de lóbulo superior derecho en su segmento posterior se observa imagen redondeada hipodensa (-972 UH) de pared delgada de 14 x 13mm, que confirma trayecto fistuloso que comunica esófago en su tercio distal a bronquio izquierdo, liquido libre de bajo débito en mediastino medio y esofagograma que muestra un trayecto fistuloso a nivel de tercio distal del esófago por debajo de la carina con paso de medio de contraste al bronquio izquierdo. (Ver figura 3)



Figura 3: Esofagograma. Fuente: Resultados del estudio.



Figuras 4 y 5: Evidencia del trayecto fistuloso en la TAC con contraste. **Fuente:** Resultados del estudio.

Se realizó junta médica ante alta sospecha de mediastinitis por perforación esofágica, donde se decide ingreso a cirugía de urgencia para clipaje por endoscopia digestiva alta más toracotomía izquierda para drenaje en un mismo tiempo, posterior a dicho procedimiento paciente sufre descompensación hemodinámica siendo trasladada a Unidad de Terapia Intensiva, donde fallece por complicaciones relacionadas con la mediastinitis y sepsis a foco pulmonar.

DISCUSIÓN

Ante la aparición de una fístula broncoesofágica en un adulto mayor debe plantearse el origen de la misma, debiendo descartarse en primer lugar una neoplasia, la neoplasia más común, es el cáncer de esófago y a continuación otras etiologías como son la infecciosa (tuberculosis, histoplasmosis, actinomicosis, etc.), un diagnóstico diferencial que se debe tomar en cuenta en nuestro medio, al ser un país en vías de desarrollo, es la tuberculosis broncopulmonar que podría causar perforación broncoesofágica, en el caso de nuestra paciente se descartó, la traumática o iatrogénica tras intubación prolongada y algunas aún menos habituales como la ulceración de un

esófago de Barrett o mucosa gástrica ectópica, la enfermedad de Crohn y el síndrome de Behcet. (4) Es más rara su presentación congénita, ya que se lo diagnostica en la infancia, se han planteado diversas hipótesis para explicar la presentación tardía de algunas fístulas congénitas: una membrana oclusora que finalmente se rompa, la propia orientación oblicua en sentido ascendente de la fístula o un espasmo de la musculatura presente en el tracto fistuloso son algunas de las explicaciones propuestas, si bien ninguna de ellas ha sido aun sólidamente contrastada. (5)

Los síntomas más frecuentes en pacientes con fístulas broncoesofágicas son: tos (56%), broncoaspiración (37%), fiebre (25%), disfagia (19%), hemoptisis y dolor torácico (5%). Las localizaciones de las fístulas en el aparato respiratorio son, por orden de frecuencia: tráquea (53%), bronquio principal izquierdo (22%) como en el caso de la paciente, bronquio principal derecho (16%) y parénquima pulmonar (6%). (6)

La confirmación se obtendrá mediante el esofagograma. La realización de una broncoscopia y esofagoscopia es mandatorio, seguido de una tomografía de tórax con contraste, son útiles para localizar el trayecto fistuloso, pues no se podrá identificar el segmento afectado ya sea traqueal, bronquio lobar o segmentario con el que se encuentra comunicado el esófago, además nos ayuda a descartar la existencia de otro proceso etiológico, ya sea neoplásico, diverticular o traumático (cuerpo extraño).

Proponemos este caso sumamente interesante ya que existe un escaso número descrito en la literatura.

Potencial Conflicto de Intereses: Los autores declaran no tener conflicto de intereses pertinentes a este artículo.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Aguiló R, Jimeno J, Puig S, Nieto M, Gayete A, Minguella J. Fístula broncoesofágica congénita en una mujer adulta. IMAS Hospital del Mar. 2006.
2. Figueroa S, Arnau A, Estors M, Cortés CM, Martínez N, Guijarro R. Fístula broncoesofágica congénita de diagnóstico tardío. Rev Patol Respir. 2008;11(3):133-5.
3. Braimbridge MV, Keith HI. Oesophago-bronchial fistula in the adult. Thorax. 1965;20(3):226-33.
4. Fernández J, Gómez H, Viteri G. Fístula broncoesofágica adquirida de larga evolución. Arch Bronconeumol. 2018;54(5):241-300.
5. Deb S, Ali MB, Fonseca P. Congenital bronchoesophageal fistula in an adult. Chest. 1998; 114(6):1784-6.
6. Rodríguez LA, Ortiz J, Pantoja L, Romero MJ, Yague ME. Tos y disfagia en paciente con infiltrado. SEMERGEN. 2001;27(7):335-401.

