
CASO CLINICO

Fistula traqueoesofágica, a propósito de un caso

Tracheoesophageal fistula, a case report

Drs.: Nelson Villca Alá, Edwin Dolz, Jorge Salazar Fuentes***, Gabriela Bustillos García****, Gabriela Berdeja Torres**** y Lic. Enayda Fátima Paz Oporto*******

Resumen

La fístula traqueoesofágica es una malformación congénita cuya incidencia es de 1 en 3000 nacidos vivos, donde el pronóstico depende principalmente de la variedad de presentación y un diagnóstico precoz. Se presenta el caso de un niño de 6 años con diagnóstico tardío de fístula traqueoesofágica congénita y que fue sometido a reparación quirúrgica guiada por broncoscopia con canulación de la fístula y evolución favorable.

Palabras Claves:

Rev Soc Bol Ped 2012; 51 (3): 185-6: fístula traqueoesofágica, atresia esofágica, broncoscopia, canulación.

Introducción

Los defectos en la embriogénesis de los órganos que conforman la vía aérea y digestiva dan lugar a un amplio espectro de malformaciones congénitas con diversa expresión clínica. La fistula traqueo esofágica (FTE) es una anomalía muy grave e infrecuente, cuya incidencia es de 1 por cada 3500 nacidos vivos. La clasificación de FTE se modificó por Gross. La atresia esofágica (AE) con FTE distal tipo C es la más frecuente constituyéndose el 85% del total según los autores y consiste en que el cabo proximal del esófago termina en un fondo de saco en tanto que el cabo distal se comunica con la tráquea. La atresia esofágica con FTE sin AE del tipo E se presenta en

Abstract:

Tracheoesophageal fistula is a congenital malformation whose incidence is 1 in 3000 newborns, where the outcome depends primarily on the variety of presentation and early diagnosis. We report the case of a 6 year old boy with delayed diagnosis of congenital tracheoesophageal fistula underwent to a surgical repair bronchoscopy guided by cannulation of the fistula with favorable evolution.

Key words:

Rev Soc Bol Ped 2012; 51 (3): 185-6: tracheoesophageal fistula, esophageal atresia, bronchoscopy, cannulation.

el 4% de los casos¹. La FTE y AE son producidas por una septación defectuosa entre el esófago y la tráquea que deriva de los arcos branquiales de la embriogénesis pulmonar; así la interacción epitelial mesenquimal puede explicar la asociación VACTERL.²

Clínicamente se expresa al nacimiento por hipersecreción oro-faríngea que son regurgitadas y aspiradas, lo cual determina: dificultad respiratoria, cianosis y neumonía. El estómago se encuentra sobredistendido por aire proveniente de la tráquea. La sospecha diagnóstica se inicia con la falta de paso de la sonda orogástrica durante el examen inicial, radiológicamente se puede observar incurvación de la sonda radiopaca en esófago proximal, signos de

* Neumólogo Pediatra. Hospital del Niño "Dr. Ovidio Aliaga Uria"

** Cirujano Pediatra

*** Pediatra Intensivista - Clínica Caja Petrolera de Salud

**** Médico General

***** Licenciada en Enfermería. Hospital de Clínicas

Correspondencia: Dr. Nelson Villca Alá, correo electrónico: nelues@gmail.com

Conflicto de intereses: los autores expresan que el presente trabajo no tiene conflicto de intereses.

Artículo aceptado para su publicación el 12/10/12.

broncoaspiración, la certeza diagnóstica se logra a través de la broncoscopia (BP) en los casos difíciles³.

Caso clínico

Se trata de un escolar masculino de 6 años con el antecedente de AE operada al nacimiento. A los 3 meses de vida inicia cuadros infecciosos respiratorios a repetición. Posteriormente, durante su última hospitalización cursa con bronconeumonía cuya evolución fue tórpida. Mediante broncoscopia flexible se evidencia una FTE congénita amplia de más de 5mm de diámetro que comunica con el tercio inferior de esófago. Se realizó una reparación quirúrgica guiada por broncoscopia con canulación de la fístula; en el postoperatorio inmediato cursa con mediastinitis tratada de manera conservadora y evolucionó favorablemente (ver figuras # 1 y 2). Posteriormente se retira drenaje pleural después de verificar mejoría clínica y radiológica. Es dado de alta por resolución quirúrgica exitosa.

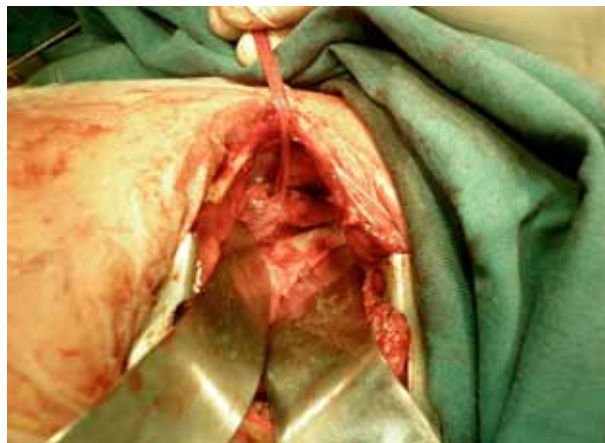
Discusión

El caso clínico relata el diagnóstico tardío de una FTE congénita cuya persistencia se informa en más del 3% y la certeza diagnóstica se obtuvo por BP

Figura #1, Radiografía que muestra la FTE.



Figura # 2. Acto quirúrgico donde se muestra la FTE.



fundada en los episodios respiratorios a repetición. A pesar del gran tamaño y compromiso que pudo representar de la FTE, el manejo médico-quirúrgico oportuno y la ausencia de la asociación VACTERL fueron determinantes para la sobrevida del paciente⁴. Finalmente nosotros relatamos nuestra experiencia exitosa en el manejo quirúrgico guiado por BP flexible y canulación endoscópica de la fístula⁵ informado en otros países y sugerimos su aplicación en los casos de dificultad diagnóstica y terapéutica.

Referencias

1. ¹Robb, A, Lander, A. Oesophageal atresia and tracheo-oesophageal fistula. *Surgery (Oxford)* 2007; 25:283. Fecha de consulta: 16/11/2012. Localizable en: linkinghub.elsevier.com/retrieve/pii/S0263931907001135.
2. ²Crisera CA, Grau JB, Maldonado TS, et al. Defective epithelial-mesenchymal interactions dictate the organogenesis of tracheoesophageal fistula. *Pediatr Surg Int* 2000;16:256-60.
3. ³Meier JD, Sulman CG, Almond PS, Hollinger LD. Endoscopic management of recurrent congenital tracheoesophageal fistula: A review of techniques and results. *Int J Pediatr Otorhinolaryngol* 2007;71:691-8.
4. ⁴Shaw-Smith C. Oesophageal atresia, tracheo-oesophageal fistula, and the VACTERL association: review of genetics and epidemiology. *J Med Genet* 2006; 43:545-9.
5. ⁵Amat F, Heraud MC, Scheye T, Canavese M, Labbé A. Flexible bronchoscopic cannulation of an isolated H-type tracheoesophageal fistula in a newborn. *J Pediatr Surg* 2012 47:10-7.