

Fístula traqueoesofágica congénita sin atresia. Presentación de un caso.

HOSPITAL PROVINCIAL PEDIÁTRICO DOCENTE ELISEO "NOEL" CAAMAÑO
Fístula traqueoesofágica congénita sin atresia. Presentación de un caso.
Congenital tracheoesophageal fistula. A case presentation.

AUTORES

Dr. Orlando López Torres. (1)
Dr. Eloy Montes de Oca Rodríguez. (2)
Dr. Víctor Ferreiro Moreno. (3)
Dr. Crisanto Abad Cerulía. (4)
Dr. Narciso Hernández Rodríguez. (5)

(1) Especialista de 2do Grado en Pediatría. Profesor Auxiliar. Jefe del Servicio de Terapia Intensiva del Hospital Eliseo "Noel" Caamaño.
(2) Especialista de 2do Grado en Radiología. Jefe del Servicio de Radiología del Hospital Eliseo "Noel" Caamaño.
(3) Especialista de 2do Grado en Radiología. Hospital Eliseo "Noel" Caamaño.
(4) Especialista de 1er Grado en Cirugía Pediatría. Profesor Instructor en Cirugía Pediátrica. Jefe del Servicio de Cirugía del Hospital Eliseo "Noel" Caamaño.
(5) Especialista de 1er Grado en Cirugía. Hospital Eliseo "Noel" Caamaño.

RESUMEN

Presentamos los aspectos clínicos y radiológicos más significativos de un recién nacido el cual presentaba fístula traqueoesofágica sin atresia. Se hace una revisión de la entidad así como se destaca la confirmación del diagnóstico por traqueografía, método éste no utilizado habitualmente para su diagnóstico.

DESCRIPTORES (DeCS):

FÍSTULA TRAQUEOSOFÁGICA/congénito
FÍSTULA TRAQUEOSOFÁGICA/diagnóstico
TRAQUEA/radiografía
RECIEN NACIDO
HUMANO

INTRODUCCIÓN

La fístula traqueoesofágica (FTE) aislada es una lesión rara, ocurriendo alrededor del 4% de las anomalías esofágicas. Aunque la comunicación traqueoesofágica congénita puede encontrarse a cualquier nivel desde el cartílago cricoides a la carina, al menos el 70% de los casos reportados de fístula en H ocurren a nivel o por encima de la segunda vértebra torácica (1-3). La fístula ocurre en la porción membranosa posterior de la tráquea y debido a la proximidad del esófago adyacente, es necesariamente corta. La luz de la verdadera fístula tipo H raramente mide más de 1 cm. Fístulas mayores y aún comunicaciones extendiéndose a través de la longitud de la tráquea se han observado, (4) estos últimos defectos merecen más el nombre de fisuras. Las comunicaciones traqueoesofágicas reciben su

revestimiento epitelial de ambas mucosas, traqueal y esofágica. (5) Las FTE congénitas sin atresia son difíciles de identificar tanto clínica como radiológicamente. El diagnóstico habitualmente se realiza en la infancia temprana sobre la base de episodios aspirativos durante la alimentación, brotes recidivantes de bronconeumonía y compromiso respiratorio asociado a la distensión abdominal.(6-9)

Los mejores métodos para confirmar el diagnóstico de FTE son la broncoscopia y la esofagografía bajo video fluoroscopia con el paciente en posición prona y la instilación de contraste a través de una sonda nasoesofágica.(10-12) Otras técnicas menos utilizadas han sido la Tomografía Axial Computarizada y la Resonancia Magnética Nuclear(13,14). Antes de la introducción del broncoscopio el diagnóstico se retardaba y se consideraba problemático, el examen endoscópico detallado de la pared posterior de la tráquea es de gran valor para el diagnóstico. (15) La FTE no es permeable constantemente, la permeabilidad constante puede ser incompatible con la vida. (8)

Una vez establecido el diagnóstico es necesario el tratamiento quirúrgico, se preconiza el abordaje de la misma desde el cuello dada su localización casi siempre alta y menor riesgo de complicaciones (16,17). Otros intentos terapéuticos han sido utilizados como la fulguración con electro cauterizador el cual no mostró resultados adecuados y la utilización de Láser con el cual los resultados han sido alentadores.(18)

PRESENTACIÓN DEL CASO

Paciente J.V.L. historia clínica 251422, ingresa en nuestra sala de Terapia Intensiva a los 7 días de nacido debido a insuficiencia respiratoria y distensión abdominal. Tiene antecedentes de haber nacido por cesárea a las 34 semanas de gestación, debido a rotura prematura de membrana de 23 horas, presentación pelviana y madre con antecedentes de enfermedad mitral. Peso al nacer 2000 gramos, apgar 8/9. Se inicia alimentación oral precozmente, seis horas después de nacer comienza con dificultad respiratoria, dada por Fr. 70/min. y tiraje intercostal. A las 12 horas de nacido hace apnea, acompañada de cianosis central, bradicardia, por lo cual se intuba y acopla a un respirador mecánico. A partir de ese momento comienza con distensión abdominal alta. Se hacen algunos planteamientos diagnósticos pero prevalece el de sepsis connatal, recibiendo tratamiento antibiótico. Una semana después de su nacimiento y en virtud de que es imposible liberarlo del respirador y de persistir la distensión abdominal variable, se sospecha el diagnóstico de fístula traqueoesofágica sin atresia siendo remitido a nuestro hospital. A su llegada al mismo lo único llamativo al examen físico era la distensión abdominal difusa con predominio alto.(Foto 1) . -Nos percatamos que a pesar de una correcta intubación endotraqueal con tubo 3.5 Mm. la sonda nasogástrica presentaba al introducirla en agua burbujeo importante en cada inspiración por lo cual y unido a los antecedentes, el diagnóstico de fístula traqueoesofágica cobró mayor valor. Ante este diagnóstico, la imposibilidad de otro tipo de estudio y dada las condiciones clínicas del paciente decidimos hacer traqueografía con aspiración inmediata del contraste una vez realizado los estudios radiológicos, donde constatamos el trayecto fistuloso traqueo-esofágico (Foto 2). Fue intervenido quirúrgicamente pero su evolución posterior no fue favorable.



Foto 1.

Rx. de Tórax AP obsérvese las lesiones inflamatorias en base derecha, así como la distensión de la cámara gástrica y el incremento de gas intestinal.

CONCLUSIONES

Presentamos un recién nacido con el diagnóstico de FTE sin atresia, destacamos la confirmación del diagnóstico por traqueografía dado la imposibilidad de realizar otros estudios y las características clínicas propias del paciente.



Foto 2.

Traqueografía, vista lateral, obsérvese la traquea contrastada y el trayecto fistuloso en su cara posterior a nivel de D II.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Harmon CM, Coran AG. Congenital anomalies of the esophagus. En: Pediatric Surgery. 5ed. St Louis: Mosby; 1998. p. 941-67.
2. Ko BA, Frederic R, DiTirro PA, Glatleider PA, Applebaum H. Simplified access for division of the low cervical/high thoracic H-type tracheoesophageal fistula J pediatr surg. 2000 Nov; 35(11):1621-2.

3. Coupris L, Germouty I, Granry JC Multiple congenital esophago-tracheal fistulas (excluding atresia of the esophagus). Review of the literature, apropos of a new case .Chir pediater 1989; 30(5): 181-6.
4. Hosono S, Fuyama Y, Ohno T, Kishimoto H, Ogawa Y. Sudden intractable respiratory failure in extremely low birth weight infants with H-type tracheoesophageal fistula. J perinat med 2002; 30(3):265-8.
5. Dutta HK, Mathur M, Bhatnagar V. A histopathological study of esophageal atresia and tracheoesophageal fistula. J pediater surg 2000 Mar; 35(3): 438-41.
6. Chernoff WG, White AK, Ballagh RH. Tracheoesophageal fistula: a report. Int j pediater otorhinolaryngol 1993 Aug; 27(2):173-82.
7. Yazbeck S, Dubuc M. Congenital tracheoesophageal fistula without esophageal atresia Can j surg 1983 May; 26(3):239-41.
8. Caffey J. Pediatric X-Ray Diagnosis.7 ed. Chicago: Year Book; 1978.
9. Esophageal atresia and tracheoesophageal fistula. Radiol clin North Am 1975 Aug; 13(2): 277-95.
10. Benjamin B, Pham T . Diagnosis of H-type tracheoesophageal fistula. J pediater surg 1991 Jun;26(6):667-71.
11. Bourdiniere J, Lavalou JF, Le Clech G, Babut JM .Congenital esophagotracheal fistulas without esophageal atresia in children .Ann otolaryngol chir cervicofac.1985;102(5):329-32.
12. Kirk JM, Dicks-Mireaux C .Difficulties in diagnosis of congenital H-type tracheo-oesophageal fistulae .Clin radiol. 1989 Mar;40(2):150-3.
13. Le SD, Lam WW, Tam PK, Cheng W, Chan FL .H-type tracheo-oesophageal fistula: appearance on three-dimensional computed tomography and virtual bronchoscopy .Pediater surg int 2001 Nov;17(8):642-3.
14. Genty E, Attal P, Nicollas R, Roger G. Congenital tracheoesophageal fistula without esophageal atresia. Int j pediater otorhinolaryngol 1999 May 25;48(3):231-8.
15. Siegel M J. Pediatric pharynx and esophagus. In: Margulis and Burhenne's Alimentary Tract Radiology. 5 ed. M St. Louis: Mosby; 1994..
16. Garcia NM, Thompson JW, Shaul DB. Definitive localization of isolated tracheoesophageal fistula using bronchoscopy and esophagoscopy for guide wire placement. J pediater surg 1998 Nov;33(11):1645-7.
17. Karnak I, Senocak ME, Hicsonmez A, Buyukpamukcu N. The diagnosis and treatment of H-type tracheoesophageal fistula. J pediater surg. 1997 Dec;32(12):1670-4.
18. Bhatnagar V, Lal R, Srinivas M .Endoscopic treatment of tracheoesophageal fistula using electrocautery and the Nd:YAG laser. J pediater surg 1999 Mar;34(3):464-7.

SUMMARY

We present the most significant clinical and radiologic aspects of a newborn baby, who had a tracheoesophageal fistula without atresia. a revision of the entity is carried out and in addition the confirmation of the diagnoses by tracheotomy is highlighted method not usually used for its diagnosis.