

### 33. Un caso de fístula traqueoesofágica: diagnóstico y tratamiento

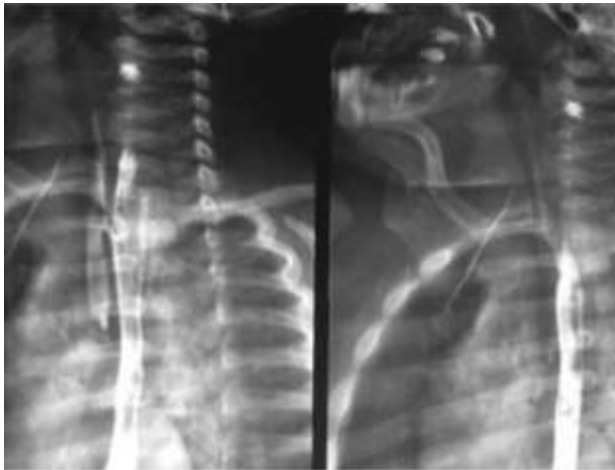
Sandra J. Moreno Lozano<sup>1</sup>, Diego Andrés Rodríguez<sup>2</sup>,  
Adriana Pinilla<sup>3</sup>, Nataly X. Moreno Díaz<sup>4</sup>

#### CASO CLÍNICO

Paciente de sexo masculino de 4 meses de edad, traído a la consulta por 15 días de tos seca persistente, en accesos, que le dificulta la alimentación. Historia de síndrome broncoobstructivo persistente, con múltiples agudizaciones.

Radiografía de tórax: atelectasia del lóbulo inferior izquierdo, hiperinsuflación. Engrosamiento del intersticio peribroncovascular, manguitos peribronquiales. Al ingreso al hospital se intentó pasar una sonda nasogástrica para alimentación, pero tres intentos fueron fallidos.

Radiografía de vías digestivas: fístula traqueoesofágica en H, con paso espontáneo del medio de contraste hacia la luz de la tráquea, marcando el árbol bronquial derecho (Figura 1).



**Figura 1.** Estudio de vías digestivas altas que muestra el paso espontáneo del medio de contraste al árbol bronquial derecho

Se decidió el cierre quirúrgico de la fístula, guiado por broncoscopia fibroóptica para localizarla. Se encontró, bajo visión óptica, fístula de aproximadamente 5 mm en la *pars* flácida del tercio proximal de la tráquea, a nivel subglótico entre T2 y T3. Se introdujo una guía a través del canal de trabajo del broncoscopio, desde la tráquea hacia el esófago. La radiografía posterior corroboró la localización y luego se procedió al cierre quirúrgico de la fístula por cervicotomía derecha. Fue dado de alta a la semana, sin complicaciones. Después de la cirugía evolucionó favorablemente; a los 3 meses del postoperatorio la evolución clínica era adecuada y no había tenido agudizaciones respiratorias.

Estudio de vías digestivas altas: paso del medio de contraste a través de la fístula traqueoesofágica que dibuja el árbol

bronquial derecho. Paso de guía metálica a través de la fístula. Una fotografía intraoperatoria mostró fístula de 5 mm.

#### DISCUSIÓN

La fístula traqueoesofágica en H sin atresia esofágica asociada, tipo V según la clasificación de Ladd y Gross, es una anomalía rara de la vía aérea que representa el 4% de todas las malformaciones traqueo-esofágicas (1). Los hallazgos clínicos son variables: síntomas respiratorios recurrentes, atoramiento y aspiración con la alimentación, cianosis y distensión abdominal (2,13).

Existen algunos artículos que presentan casos en el período neonatal (3,6); hay autores que describen casos de diagnóstico tardío (4) incluso en la vida adulta.

Ninguna de las técnicas de imagen tiene una sensibilidad diagnóstica del 100%, quizás por un mecanismo valvular en el trayecto de la fístula y su disposición en N, en vez de en H como lo indica su nombre. Se plantea la fibrobroncoscopia como herramienta diagnóstica esencial para localizar la fístula e identificar su altura exacta; así es posible planear preoperatoriamente la técnica y el abordaje quirúrgicos (1,5,9,12).

Las fístulas se tratan quirúrgicamente con ligadura, mediante un abordaje transcervical. En casos raros es necesario un abordaje transtorácico, dependiendo de la localización (5,8,10,11,15).

Se han reportado complicaciones a largo plazo como neumonía recurrente, enfermedad obstructiva de la vía aérea, hiperreactividad bronquial, reflujo gas-troesofágico y estenosis esofágica (5,7,14).

Consideramos que el resultado clínico de este paciente fue favorable, pues no hubo complicaciones durante el procedimiento, evolucionó bien en el postoperatorio, no tuvo agudizaciones y ha tenido mejoría de los parámetros pondoestaturales.

#### REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. González Temprano N, Viguria Sánchez N, Ayuso González L, Pérez Martínez A. [H-type tracheoesophageal fistula in neonates: Different therapeutic approaches.]. *An Pediatr (Barc)*. 2014 Feb 20;
2. Riazulhaq M, Elhassan E. Early recognition of h-type tracheoesophageal fistula. *APSP J Case Rep*. 2012 Jan;3(1):4.
3. Aziz GA, Schier F. Thoracoscopic ligation of a tracheoesophageal H-type fistula in a newborn. *J Pediatr Surg*. 2005 Jun;40(6):e35-6.
4. Lisle RM, Nataraja RM, Mahomed AA. Technical aspects of the thoracoscopic repair of a late presenting congenital H-type fistula. *Pediatr Surg Int*. 2010 Dec;26(12):1233-6.

5. Perry M, Eick J, Jakob K, Adolph V, Uwaifo O. Clinical images - a quarterly column: early presentation of h-type tracheoesophageal fistula. *Ochsner J*. 2013 Jan;13(4):483–5.
6. La Placa S, Giuffrè M, Gangemi A, Di Noto S, Martina F, Nociforo F, et al. Esophageal atresia in new-borns: a wide spectrum from the isolated forms to a full VACTERL phenotype? *Ital J Pediatr*. 2013 Jan;39:45.
7. Kovesi T, Rubin S. Long-term complications of congenital esophageal atresia and/or tracheoesophageal fistula. *Chest*. 2004 Sep;126(3):915–25.
8. Bjornson CL, Mitchell I. Congenital tracheoesophageal fistula and coordination of care: Expectations and realities. *Paediatr Child Health*. 2006 Sep;11(7):395–9.
9. Amat F, Heraud M-C, Scheye T, Canavese M, Labbé. Flexible bronchoscopic cannulation of an isolated H-type tracheoesophageal fistula in a new-born. *J Pediatr Surg*. 2012 Oct;47(10):e9–10.
10. St Peter SD, Calkins CM, Holcomb GW. The use of biosynthetic mesh to separate the anastomoses during the thoracoscopic repair of esophageal atresia and tracheoesophageal fistula. *J Laparoendosc Adv Surg Tech A*. 2007 Jun;17(3):380–2.
11. Rothenberg SS. Thoracoscopic repair of esophageal atresia and tracheoesophageal fistula in neonates: evolution of a technique. *J Laparoendosc Adv Surg Tech A*. 2012 Mar;22(2):195–9.
12. Blanco-Rodríguez G, Penchyna-Grub J, Trujillo-Ponce A, Nava-Ocampo AA. Preoperative catheterization of H-type tracheoesophageal fistula to facilitate its localization and surgical correction. *Eur J Pediatr Surg*. 2006 Feb;16(1):14–7.
13. Biechlin A, Delattre A, Fayoux P. [Isolated congenital tracheoesophageal fistula. Retrospective analysis of
14. cases and review of the literature]. *Rev Laryngol Otol Rhinol (Bord)*. 2008 Jan;129(3):147–52.
15. Brookes JT, Smith MC, Smith RJH, Bauman NM, Manaligod JM, Sandler AD. H-type congenital tracheoesophageal fistula: University Of Iowa experience 1985 to 2005. *Ann Otol Rhinol Laryngol*. 2007 May;116(5):363–8.
16. Diez García R, Prieto Diez M, Delgado Carrasco J, Bartolomé Benito M, Martín Sanz L. Abordaje cervical de las fístulas traqueoesofágicas congénitas. *Rev de Cir Infantil*. 1993;4:168–71.