

Imagen clínica

Fístula broncoesofágica adquirida de larga evolución

Long-Term Acquired Bronchoesophageal Fistula

Julio Fernández Gajardo*, Helena Gómez Herrero y Guillermo Viteri Ramírez

Servicio de Radiología, Complejo Hospitalario de Navarra, Pamplona, Navarra, España



Paciente con antecedente de procedimiento endoscópico digestivo alto hace 16 años. Acude por cuadro de neumonías de repetición, tos crónica, disfagia y sensación de goteo intratorácico con el decúbito lateral derecho. Se realiza TC torácica que

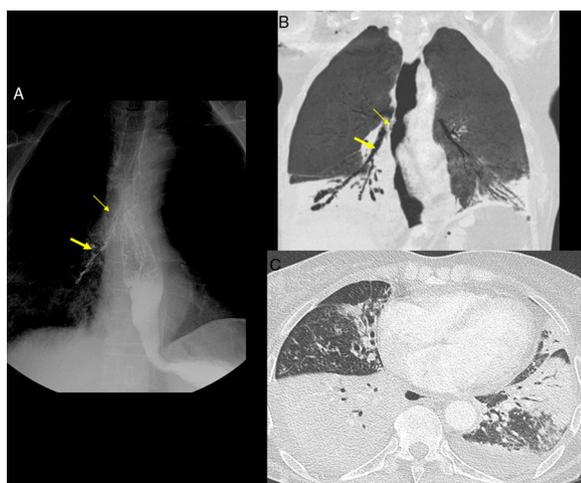


Figura 1. A) Esófagograma con contraste oral yodado: se observa el paso de contraste a través de la fístula (flecha fina) desde el esófago al bronquio intermediario derecho (flecha gruesa). B) TC torácica, reconstrucción coronal minIP: muestra la fístula (flecha fina) desde la luz esofágica al bronquio intermediario derecho (flecha gruesa). Además se aprecian condensaciones en ambos lóbulos inferiores. C) TC torácica, reconstrucción axial, ventana del parénquima pulmonar. Debido a múltiples episodios previos de aspiraciones, la paciente presentaba neumonía bilateral. Se observan condensaciones pulmonares en LM y lóbulos inferiores con algunas bronquiectasias asociadas en LM.

muestra una fístula broncoesofágica (FBE) con el bronquio intermediario derecho y extensas condensaciones pulmonares bilaterales con bronquiectasias por episodios repetidos de aspiración (fig. 1). Se confirma con broncoscopia y gastroscopia. Se decide la reparación quirúrgica de la FBE con bilobectomía inferior y media.

Las FBE pueden ser congénitas o adquiridas. Las FBE adquiridas son causadas por enfermedad neoplásica o benigna. La causa neoplásica más frecuente es el cáncer de esófago. Las causas benignas pueden ser infecciosas como la tuberculosis, la sífilis y la histoplasmosis; traumáticas como la intubación endotraqueal prolongada, el traumatismo torácico cerrado o la ingestión de un cuerpo extraño; e inflamatorias como el Crohn y el Behçet. Los procedimientos endoscópicos infrecuentemente producen FBE.

El tratamiento puede ser intervencionista o quirúrgico. El primero puede ser la colocación de un *stent* en el esófago o el bronquio, el cierre con pegamento biológico y la electrocoagulación. El tratamiento quirúrgico incluye la reparación de la fístula, cierre de la fístula con *flap* muscular u omental y el *bypass* esofágico con resección fistular^{1,2}.

Bibliografía

1. Ke M, Wu X, Zeng J. The treatment strategy for tracheoesophageal fistula. *J Thorac Dis.* 2015;7:S389-97.
2. Reed MF, Mathisen DJ. Tracheoesophageal fistula. *Chest Surg Clin N Am.* 2003;13:271-89.

* Autor para correspondencia.

Correo electrónico: ja.fernandez.gajardo@navarra.es (J. Fernández Gajardo).