

## Tos y disfagia en paciente con infiltrado pulmonar

L.A. Rodríguez<sup>a</sup>, J. Ortiz<sup>b</sup>, L. Pantoja<sup>c</sup>, M.J. Romero<sup>d</sup> y M.E. Yagüe<sup>e</sup>

<sup>a</sup>Médico Residente de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Ponferrada II. Ponferrada. León. <sup>b</sup>Unidad de Neumología. <sup>c</sup>Servicio de Medicina Interna. <sup>d</sup>Unidad de Gastroenterología. <sup>e</sup>Servicio de Radiodiagnóstico. Hospital Comarcal del Bierzo. Ponferrada. León.

### INTRODUCCIÓN

La consulta por tos en los centros de atención primaria es un hecho muy frecuente, sobre todo en determinados períodos como el otoño y el invierno. De entre las causas más frecuentes destacan la tos postinfecciosa, la hiperreactividad bronquial o el asma bronquial, la rinitis, el drenaje nasal posterior y el reflujo gastroesofágico. Existen otras causas que requieren procedimientos especiales para su diagnóstico, cuya orientación dependerá de la existencia de otros síntomas acompañantes. La disfagia es un síntoma que precisa a veces la realización de técnicas de imagen, como el esofagograma, o técnicas endoscópicas para su correcta valoración. Presentamos el caso de un paciente con tos y fiebre de una semana de evolución acompañado de disfagia y pérdida de peso, cuyo diagnóstico requirió la realización de técnicas invasivas.

### CASO CLÍNICO

Varón de 59 años, fumador de 30 paquetes/año y bebedor importante, que refiere tos, expectoración purulenta y fiebre de 38 °C de una semana de evolución. En la exploración física destaca una disminución del murmullo vesicular en el hemitórax derecho, con crepitantes en la base izquierda, y una hepatomegalia de 4 cm, siendo el resto de la exploración normal. Se solicitó una radiografía de tórax, instaurando tratamiento antibiótico empírico y reevaluando al paciente en 72 h. La radiografía de tórax demostró un infiltrado alveolar en el lóbulo inferior izquierdo, con discreta pérdida de volumen. Debido a la mala evolución clínica del paciente, éste es remitido al servicio de urgencias hospitalario para su ingreso y estudio. En la reevaluación clínica el paciente refiere la existencia de tos con la ingesta de líquidos y pérdida de peso no cuantificada desde hace un mes. En el hemograma se objetivó: 23.000 leucocitos/ $\mu$ l con desviación izquierda, serie roja y plaquetas dentro de la normalidad. La velocidad de sedimentación fue de 122 mm/h. Los pará-

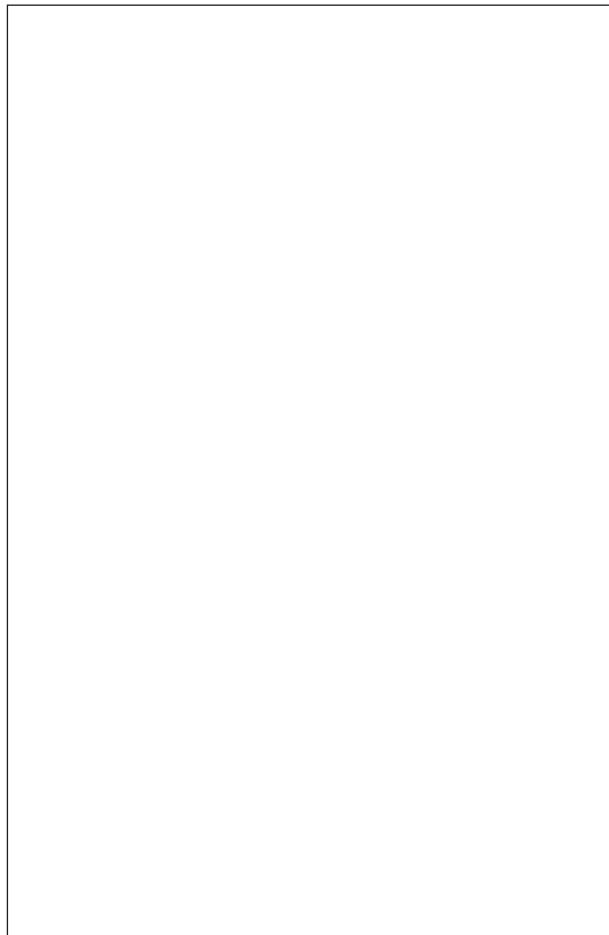
metros bioquímicos fueron normales excepto la aspartatoaminotransferasa (GOT) de 45 U/l. Los marcadores tumorales solicitados –antígeno carcinoembrionario (CEA), enolasa neuronal específica (NSE), antígeno polipéptido tisular (TPA) y antígeno de carcinoma de células escamosas (SCC)–, fueron normales. La tinción de Ziehl del esputo y los hemocultivos fueron negativos. La TC torácica (tomografía axial computarizada) revelaba una masa subcarinal que se extendía hasta el receso pleuro-álcigo-esofágico, rodeando el bronquio principal izquierdo y sus ramas principales, con infiltración mediastínica. Se realizó una fibrobroncoscopia que puso de manifiesto una mucosa irregular de aspecto infiltrativo en el bronquio principal izquierdo, que se extendía hacia los segmentos basales del lóbulo inferior izquierdo. En la endoscopia digestiva alta se observó en el esófago una mucosa irregular friable y mamelonada, de 6 cm de extensión longitudinal, con importante estenosis asociada. Se visualizaban dos orificios, uno correspondía a la luz esofágica y el otro lateral de 4 mm a la existencia de una fistula esofagobronquial, ya que al instilar suero se desencadenaban en el paciente accesos de tos. Ante la sospecha de una fistula se realizó un esofagograma con bario que objetivó paso de contraste a la vía aérea (fig. 1). El resultado de las biopsias obtenidas fue de carcinoma epidermoide de origen esofágico.

### DISCUSIÓN

El cáncer de esófago es la tercera neoplasia maligna más frecuente del tubo digestivo, tras el cáncer colorrectal y el gástrico. Su causa es desconocida, existiendo lesiones precancerosas (lesiones cáusticas, esófago de Barret, acalasia) y factores predisponentes dietéticos. En España la incidencia es de 4-5 casos por 100.000 habitantes. Es más frecuente en varones (5-7: 1) y la edad de mayor incidencia es entre los 50 y los 70 años. Histológicamente, el 95% corresponden a carcinomas epidermoides y adenocarcinomas, por este orden de frecuencia. En el 60-70% de los casos se localiza en el esófago torácico. El síntoma clínico más frecuente es la disfagia, inicialmente a sólidos, y aparece en períodos avanzados de la enfermedad. El diagnóstico se realiza mediante endoscopia digestiva. La fibrobroncoscopia

Correspondencia: Dr. L.A. Rodríguez Arroyo.  
Panamá, 15, Bajo. 24400 Ponferrada. León.

SEMERGEN: 2001; 27: 385-386.



**Figura 1.** Esofagograma con bario: paso de contraste a la vía aérea.

se efectúa de forma rutinaria en caso de afección del tercio superior y medio del esófago. La TC nos permite la visualización de estructuras vecinas afectadas. El desarrollo de una fistula esofagobronquial es una complicación grave que empeora el pronóstico, cuya frecuencia es del 8%<sup>1</sup>. El diagnóstico se realiza con esofagograma con bario diluido para minimizar la reacción de la vía aérea en caso de aspiración. El origen más frecuente de las fistulas esofagorrespiratorias malignas son las neoplasias esofágicas (77%), seguidas del cáncer de pulmón (16%), los tumores traqueales (2%), las adenopatías metastásicas (2%) y el carcinoma de laringe (1%)<sup>2</sup>. Los síntomas más frecuentes de la presencia de fistula son: tos (56%), broncoaspiración (37%),

fiebre (25%), disfagia (19%), hemoptisis y dolor torácico (5%). Las localizaciones de la fistula en el aparato respiratorio son, por orden de frecuencia: tráquea (53%), bronquio principal izquierdo (22%), bronquio principal derecho (16%) y parénquima pulmonar (6%)<sup>2</sup>. En el caso de la existencia de fistulas, las opciones terapéuticas utilizadas son la colocación de prótesis esofágicas y el bypass gástrico<sup>3-5</sup>. Aunque se han usado prótesis plásticas, en la actualidad se emplean prótesis metálicas recubiertas, autoexpandibles, siendo una técnica sencilla y eficaz. El porcentaje de éxito oscila entre el 67 y el 100%, y la mortalidad relacionada con la técnica varía entre el 0 y el 4%<sup>6,7</sup>. La utilización de estas prótesis permite el cierre de las fistulas en porcentajes superiores al 90%, con mejoría clínica<sup>8</sup>. La funcionalidad de las prótesis es de aproximadamente 8 meses, coincidiendo con el pronóstico vital de estos pacientes. La opción terapéutica en nuestro paciente fue la colocación de una prótesis esofágica como tratamiento paliativo, que se realizó en otro centro. Por tanto, la existencia de fistulas esofagorrespiratorias son una complicación infrecuente de la neoplasia de esófago, cuya sospecha se basa en la presencia de disfagia y síntomas respiratorios, siendo las opciones terapéuticas paliativas.

## BIBLIOGRAFÍA

1. Lolley DM, Ray JF, Ransdell HT, Razzuk MA, Urschell HC. Management of malignant esophagorespiratory fistula. *Ann Thorac Surg* 1978; 25: 516-520.
2. Burt M, Diehl W, Martini N, Bains MS, Ginsberg RJ, McCormack PM et al. Malignant esophagorespiratory fistula: management options and survival. *Ann Thorac Surg* 1991; 52: 1222-1228.
3. Echenagusia A, Simó G, Camúñez F, Barreiro-Meiro I, Hurtado M, Relanzón S. Tratamiento paliativo de las estenosis y fistulas esofágicas malignas mediante prótesis metálicas autoexpandibles. *Rev Clin Esp* 1999; 199: 431-436.
4. Burt M. Management of malignant esophagorespiratory fistula. *Chest Surg Clin N Am* 1996; 6: 765-776.
5. Meunier B, Stasik C, Raoul JL, Spiliopoulos Y, Lakehal M, Campion JP et al. Gastric by-pass for malignant esophagotracheal fistula: a series of 21 cases. *Eur J Cardiothorac Surg* 1998; 13: 184-188.
6. Han YM, Song HY, Lee JM, Cho SI, Chung GH, Kim CS et al. Esophagorespiratory fistulae due to esophageal carcinoma: palliation with a covered Gianturco stent. *Radiology* 1996; 199: 65-70.
7. May A, Ell CH. Palliative treatment of malignant esophagorespiratory fistulas with Gianturco Z stents. *Am J Gastroenterol* 1998; 93: 532-535.
8. De Palma GD, Matteo E, Romano G, Fimmano A, Rondinone G, Cattanzano C. Plastic prosthesis versus expandable metal stents for palliation of inoperable esophageal carcinoma: a controlled prospective study. *Gastrointest Endosc* 1996; 43: 196-203.