

Radiografía de tórax

M.A. Camacho Pastor, M. Metola Gómez y J.J. Dones Carvajal^a

Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud María Montessori. Leganés. Área 9 de Madrid.

^aMedicina Interna. Clínica Moncloa. Madrid.



Fig. 1.

Caso clínico

Mujer de 43 años de edad con antecedentes de periartrosis escapulohumeral bilateral, diagnosticada de enfermedad de Graves-Basedow hace 2 años y tratada con antitiroideos y seguida en la consulta externa de endocrinología. Aproximadamente al año del diagnóstico se decide intervenir por no controlarse la clínica de hipertiroidismo con el tratamiento farmacológico.

Un mes antes de la cirugía de tiroides la paciente acudió a la consulta refiriendo dispepsia tipo reflujo (epigastralgia, pirosis y regurgitaciones), que sólo ocasionalmente cedía con antiácido. Tras la instauración de tratamiento procinético e inhibidores de la bomba de protones no hubo mejoría, por lo que se solicitó un estudio esofagogastroduodenal con contraste baritado; la prueba se realizó dos meses después de la cirugía.

La cirugía cursa sin complicaciones en el postoperatorio inmediato; se realizó una tiroidectomía subtotal, y como única secuela presentó una parálisis del nervio recurrente izquierdo, parcial, sin atrofia cordal, en principio reversible. La paciente se encuentra asintomática al mes de la intervención.

Como se ha mencionado, 2 meses después de la cirugía se realizó el estudio esofagogastroduodenal. Tras la toma de contraste y al colocarse en decúbito prono para la realización de la prueba, la paciente comenzó con una clínica de tos y disnea. En ese momento se realizó una radiografía de tórax en proyección posteroanterior y lateral (fig. 1) que pusieron de manifiesto el paso de contraste a la vía aérea. Se interrumpió la realización de la prueba y se derivó a la paciente para valoración urgente por el servicio de cirugía con sospecha de fístula traqueoesofágica secundaria a cirugía tiroidea.

Comentario

La fístula traqueoesofágica (FTE) es un problema clínico inusual, y su origen puede ser congénito o adquirido. Las FTE adquiridas son raras, y en su mayoría son debidas a tumores malignos. El resto de las FTE adquiridas es el resultado de un trauma o una infección.

La FTE asociada con ventilación mecánica suele ser consecuencia de la erosión de las paredes esofágicas por el tubo endotraqueal o tubos de traqueostomía, especialmente cuando se trata de un tubo rígido.

Con la aparición de los nuevos balones de gran volumen y baja presión la FTE parece ser más infrecuente, pero todavía existe y es una enfermedad grave. Los factores que favorecen la aparición de las fístulas son: neumotaponamiento de alta presión, movilización excesiva del tubo endotraqueal, infecciones, hipotensión, corticoides, sonda nasogástrica y diabetes.

Después de la intubación, las manifestaciones clínicas de la FTE son tos asociada con la ingestión, producción de esputo mezclado con comida y pérdida de peso. Sólo excepcionalmente el paciente puede permanecer asintomático reproduciéndose la clínica con determinados cambios posturales.

La prueba diagnóstica habitual es la broncoscopia, complementada por la tomografía computarizada, y en

otras ocasiones se pone de manifiesto con estudio radiológico de contraste, como el caso que presentamos.

Bibliografía general

- Burkitt G, Quick C, Gatt D. Complicaciones de la cirugía y de los traumatismos y su prevención. En: Cirugía básica. Problemas, diagnóstico y tratamiento. Madrid: Churchill Livingstone, 1993; p. 701-27.
- Calvo V, Galan G, Sales G, Morcillo A, García A, Tarrazona V, et al. Benign acquired tracheoesophageal fistula. Arch Bronconeumol 1997;33:577-81.
- Dartevelle P, Macchicini P. Management of acquired tracheoesophageal fistula. Chest Surg Clin N Am 1996;6:819-36.
- Gudovsky LM, Doroleva NS, Biryukov YB, Chernogov AF, Rerelman MI. Tracheoesophageal fistulas. Ann Thorac Surg 1993;55: 868-75.
- Long RW, Morin JE. Acquired nonmalignant tracheoesophageal fistula. Can J Surg 1981;24:54-5, 58.