

Cartas al Director

Fístula traqueoesofágica en paciente politraumatizado

Palabras clave: Fístula traqueoesofágica. Tubo endotraqueal. Intubación endotraqueal.

Key words: Tracheoesophageal fistula. Endotracheal tube. Endotracheal intubation.

Sr. Director:

La fístula traqueoesofágica (FTE) es una complicación rara, pero potencialmente mortal que puede observarse en enfermedades benignas y con más frecuencia en enfermedades malignas. La FTE secundaria a intubación endotraqueal prolongada ha sido descrita como una complicación rara, que requiere un alto grado de sospecha clínica para su diagnóstico precoz. Harley (1) comunicó que la FTE ocurría en el 0,5% de los pacientes sometidos a ventilación mecánica.

Presentamos el caso de un paciente con una FTE de probable etiología multifactorial.

Caso clínico

Varón de 65 años, sin antecedentes de interés, politraumatizado tras accidente de automóvil. Es intubado en el escenario, debido a hipoxemia severa y trasladado a la unidad de cuidados críticos donde tras valoración, se encuentra fractura de cigoma izquierdo, pared lateral de la órbita derecha, fractura de huesos propios, fractura de clavícula izquierda, fractura de esternón, fracturas múltiples costales bilaterales con volet costal izquierdo, enfisema subcutáneo, neumomediastino sin neumotórax y fractura de la rama pubiana derecha. Debido a la situación de hipoxemia severa durante la ventilación mecánica y a los hallazgos radiológicos se realizó fibrobroncoscopia a las 72 horas del ingreso encon-

trando pequeñas lesiones de aspecto ulceroso entre los cartílagos traqueales, retirándose el tubo orotraqueal hasta epiglotis para una mejor visualización traqueal, sin observar otras alteraciones. A los dieciocho días del ingreso se realizó traqueotomía percutánea bajo control endoscópico, colocándose una cánula de 8 mm de diámetro. Dos semanas después, el paciente se hallaba en situación de destete respiratorio procediéndose al cambio de cánula de traqueostomía. A las 48 horas de esta maniobra presenta un nuevo deterioro respiratorio con hallazgo de aire en la bolsa de recogida de la nutrición enteral. Se sospechó una fístula traqueoesofágica que se confirmó endoscópicamente (Fig. 1), corrigiéndose el defecto por vía esofágica con prótesis metálica recubierta junto a una gastrostomía percutánea para alimentación. El paciente fallece 7 días después del cambio de la cánula por shock resistente a catecolaminas con acidosis e hipoxemia extremas.



Fig. 1. Fístula traqueoesofágica con sonda nasogástrica en la luz del esófago.

Discusión

Existen múltiples condiciones en las que pueden observarse la presencia de FTE, algunas de ellas malignas, como el cáncer de esófago o pulmón y otras benignas, como el síndrome de

Boerhaave, resucitación cardiopulmonar, traumatismo cerrado torácico, erosión por prótesis metálica endobronquial, traqueostomía, después de una esofagectomía o post-dilatación de una estenosis en esófago. Causas raras son la enfermedad granulomatosa, el divertículo de Zenker o infecciones. En la edad pediátrica pueden ser secundarias a cuerpos extraños, como la compactación de una batería de botón.

Los factores de riesgo (2) para el desarrollo de una FTE en un paciente intubado incluyen la sobrepresión del balón endotraqueal (BET), por un compromiso de la circulación traqueal y la intubación prolongada. En varios estudios se ha observado que el desarrollo de complicaciones relacionadas con la intubación podría reducirse si la presión del BET se mantuviera por debajo de 20 mmHg. Por otra parte Whited (2) tras estudiar a 200 pacientes concluyó que la conversión a traqueostomía en la segunda semana de intubación podría significar una reducción importante de complicaciones en pacientes que requieren soporte ventilatorio prolongado. El riesgo se incrementa con la presencia de sonda nasogástrica (SNG) rígida ya que puede producir necrosis por presión o metaplasia escamosa en la pared común de la tráquea y el esófago entre la SNG y el BET. Otros factores de riesgo son la historia previa de intubación con necesidad de traqueostomía o antecedentes de traqueomalacia.

Los síntomas de presentación (2) de la FTE incluyen tos violenta, fiebre, aspiración, neumonía o la observación de sustancias nutricionales en el aspirado del tubo endotraqueal. Otros signos menos obvios son el murmullo de aire en la hipofaringe durante la fase inspiratoria de la ventilación mecánica o la pérdida de aire inexplicada del circuito ventilatorio. Se requiere un alto grado de sospecha clínica para conseguir establecer el diagnóstico. En algunos pacientes el primer signo que sugiere la presencia de una FTE es la distensión abdominal, secundaria al paso de aire a través de la fístula al tracto digestivo (3,4).

Para confirmar el diagnóstico se requiere la realización de un estudio con gastrografía, endoscopia digestiva alta, broncoscopia o la administración de azul de metileno por la SNG o instilación endotraqueal. En pacientes en malas condiciones, la TAC puede demostrar la presencia de la FTE.

El tratamiento es limitado y a menudo depende de la causa, del tamaño, la localización y la situación del paciente. En las FTE benignas adquiridas, el tratamiento quirúrgico continúa siendo el estándar, sin embargo, en algunos pacientes no es posible, por lo que se puede intentar un manejo endoscópico. Las

prótesis metálicas autoexpandibles se han utilizado a menudo para el tratamiento de fístulas de causa maligna y con menos frecuencia en fístulas de causa benigna, ya que podrían quedar embebidas en la pared esofágica; con las prótesis recubiertas este problema se ha solucionado en gran medida, habiéndose comunicado casos con buenos resultados. Se han publicado casos tratados con prótesis plásticas autoexpandibles (5), inyección de fibrina o cianocrilato, coagulación con argón o pinza caliente, fotocoagulación con láser Nd-YAG, colocación de hemoclips (6) o sutura endoscópica con resultados satisfactorios. En nuestro paciente, dada la gravedad, se optó por un tratamiento endoscópico practicado en el momento de la endoscopia diagnóstica. Además de tratar la fístula, se debe retirar el tubo orotraqueal y si es necesario mantenerlo, colocarlo de nuevo con el balón en una localización más distal.

P. A. Rivera Vaquerizo, J. M. Barajas Martínez,
A. Caramuto Martins, J. Moreno Cuesta¹, M. Gerónimo Pardo¹
y R. Pérez Flores

*Servicio de Aparato Digestivo y ¹Anestesia y Reanimación.
Complejo Hospitalario Universitario. Albacete*

Bibliografía

1. Harley HRS. Ulcerative tracheo-oesophageal fistula during treatment by tracheostomy and intermittent positive pressure ventilation. *Thorax* 1972; 27: 338-52.
2. Collier KP, Zubarik RS, Lewis JH. Tracheoesophageal fistula from and andwelling endotracheal tube balloon: a report of two cases and review. *Gastrointest Endosc* 2000; 51 (2): 231-4.
3. Chang CY, Chang YT, Lee PL, Lin JT. Tracheoesophageal fistula. *Gastrointest Endosc* 2004; 59 (7): 870.
4. Tessler S, Kupfer Y, Lerman A, Arsura EL. Massive gastric distention in the intubated patient. A marker for a defective airway. *Arch Intern Med* 1990; 150: 318-20.
5. Adler DG, Pleskow DK. Closure of a benign tracheoesophageal fistula by using a coated self-expanding plastic stent in a patient with a history of esophageal atresia. *Gastrointest Endosc* 2005; 61 (6): 765-8.
6. Mizobuchi S, Kuge K, Maeda H, Matsumoto Y, Yamamoto M, Sasaguri S. Endoscopic clip application for closure of an esophagome-diastinal-tracheal fistula after surgery for esophageal cancer. *Gastrointest Endosc* 2003; 57 (7): 962-5.