

FISTULA TRAQUEOESOFAGICA POSTINTUBACION

J. Vázquez Barro, J. Herranz González Botas,
J. Martínez Vidal, E. Pallas Pallas, J. Estrada Gromaz.

Servicio de ORL. Hospital Juan Canalejo. La Coruña.

DISCUSION

La fístula traqueoesofágica rara vez se presenta como complicación de una traqueotomía (1). Las causas más frecuentes de fístula traqueoesofágica comprenden las secundarias a tumores, las que aparecen como resultado de la radiación o aquellas que se presentan como una alteración del desarrollo embriológico (2). Otras causas menos frecuentes de fístula traqueoesofágica comprenden las asociadas a procesos infecciosos (3) y a nódulos calcificados mediastínicos (1).

La patogenia de la fístula traqueoesofágica postintubación parece ser una necrosis compresiva causada por el manguito del tubo endotraqueal ó bien una malposición del tubo de traqueotomía (4). Un factor adyuvante sería la presencia de una sonda nasogástrica (1).

Clínicamente se presenta como accesos agudos de tos provocados por la entrada de alimentos (sobre todo líquidos) en el árbol respiratorio. La neumonía por aspiración repre-

RESUMEN:

Paciente de 15 años sin antecedentes de interés que ingresa en el Servicio U.V.I. por politraumatismo debido a accidente de motocicleta. Al ingreso se le objetiva, a parte de múltiples fracturas, hemorragia en troco y hemisferios cerebrales, responsables de la situación de coma. Al ingreso, la paciente es intubada y sometida a ventilación mecánica.

A los dos meses de su ingreso, estando la paciente todavía en la Unidad de Vigilancia Intensiva debido a su pobre función respiratoria, se le objetiva una fístula traqueoesofágica en el nivel del traqueostoma (se le había practicado una traqueotomía a los 10 días de ingreso) tras visión directa en quirófano, de morfología redonda, de 3X3 cms., situada en la cara posterior traqueal y a través de la que es posible visualizar la sonda nasogástrica.

Se practica un mes después, cuando la situación clínica y hemodinámica de la paciente lo permite, el cierre quirúrgico de la fístula. Para ello, se practica una incisión cervical horizontal izquierda a un través de dedo del manubrio esternal. A continuación, se libera el nervio recurrente izquierdo, y posteriormente la fístula traqueoesofágica, situada más o menos al nivel del manubrio esternal. Se sutura la tráquea en dos planos y después el esófago, en forma de 2 bolsas de tabaco. Se inserta entre la tráquea y el esófago músculo esternocleidomastoideo izquierdo, seccionado a nivel clavicular. Se inyecta pegamento biológico cerrando por planos hasta piel.

La evolución de esta intervención quirúrgica fué satisfactoria, retirándosele la sonda nasogástrica 21 días después, y apareciendo durante la evolución ninguna complicación quirúrgica haciendo la paciente una vida normal de recuperación hasta 2 meses después, momento en el que se le objetiva mediante endoscopia una pequeña fístula de 2X1 cm. en el mismo nivel que en la anterior ocasión. Se cierra de nuevo la fístula mediante el método anteriormente explicado y la paciente, a los 15 meses de evolución, presenta y hace una vida normal, habiéndosele cerrado la traqueotomía al mes de la intervención.

senta la más frecuente complicación de la fístula. Aunque han sido presentadas gran número de sofisticadas técnicas para su diagnóstico T.A.C. (5), esofagogramas ó instilación de colorantes en esófago (6), el diagnóstico exige perseverancia y un alto grado de suspicacia. Nosotros, en nuestro caso, la hemos diagnosticado mediante visualización directa bajo anestesia general.

La reparación quirúrgica de la fístula debe ser factible en los casos no tumorales (2), motivo por el que creemos que el tratamiento quirúrgico de la fístula traqueoesofágica postintubación está indicado siempre que las condiciones generales del paciente permitan una anestesia general.

Con respecto a la reparación, generalmente se practica una exposición a cielo abierto y cierre de la fístula, con interposición de un colgajo muscular rotado para reforzar las áreas debilitadas (1), siempre que el tamaño del defecto traqueal permita la sutura directa. Con respecto al col-

gajo muscular que se debe utilizar, creemos que el músculo esternocleidomastoideo es muy accesible quirúrgicamente, no retarda en demasía el acto operatorio y presenta una buena vascularización. Además, el colgajo de músculo con periostio clavicular puede ser empleado para la reconstrucción de defectos traqueales que no permitan el cierre directo (7).

Como complicaciones de la intervención se señalan la lesión de los recurrentes (8), que deben identificarse en el acto operatorio, y la necrosis muscular como resultado de la lesión de las arterias que vascularizan al esternocleidomastoideo (8).

CONCLUSIONES

La fístula traqueoesofágica postintubación es una rara complicación de la utilización de tubos endotraqueales.

La reparación quirúrgica de la fístula debe intentarse al aportar la misma, con gran frecuencia, la solución definitiva del defecto traqueoesofágico.

La interposición de un colgajo muscular entre tráquea y esófago refuerza las áreas debilitadas y contribuye al cierre definitivo del defecto.

RESUMEN

La fístula traqueoesofágica es una rara complicación en los pacientes que mantienen un tubo endotraqueal durante largo tiempo, siendo la excesiva presión del balón endotraqueal la principal causa la misma. La solución quirúrgica de la fístula de esta etiología es

factible al aportar aceptables resultados funcionales, motivo por el que debe intentarse siempre que las condiciones generales del paciente lo permitan.

En el presente trabajo presentamos un caso que hemos tratado recientemente en nuestro servicio y efectuamos una revisión de la literatura de los aspectos etiológicos, diagnósticos y de tratamiento de la fístula traqueoesofágica post-intubación.

BIBLIOGRAFIA

- 1.- *Lee, K.J.* Essential otolaryngology. pg. 393-394. Medical Examination Publishing Company. 1988.
- 2.- *Paparella-Sumrick.* Otorrinolaringología, pg. 2976. Ed. Panamericana, 1981.
- 3.- English Otolaryngology, vol. 3. chapter 5, pg. 27-29. Ed. 1987.
- 4.- *Lee, K. J.* Essential Otolaryngology, pg. 394. Medical Examination Publishing Company, 1988.
- 5.- *Leeds, W. M.* Computed tomography for diagnosis of tracheoesophageal fistula. Crit Care Med. 1986 Jun. 14 (6) pg. 591-2.
- 6.- English Otolaryngology, vol. 3, pag. 34, capter 5. 1987.
- 7.- *Friendman et al.* The sternocleidomastoid myoperiosteal flap for esophagopharyngeal reconstruction and fistula repair: Clinical and experimental study. Laryngoscope, 98: Oct. 1988, pg. 1084-1091.
- 8.- *Loré.* An atlas of Head and Neck Surgery, Third edition, 1988. Saunders. Pg. 398.