

Fístula esofágica por adenitis mediastinal tuberculosa

Autores: Comínguez Mariano, Rey Darío R, Parpagione Carlos A

Neumonología Hospital Gral. De Agudos E. Tornú

Correspondencia:

Mariano Comínguez
maccoming@yahoo.com.ar

Recibido: 05.05.2016

Aceptado: 10.12.2016

Resumen

Se presenta una fístula esofágica por adenitis mediastinal tuberculosa, que evolucionó favorablemente con tratamiento antituberculoso. Se hacen consideraciones acerca de la escasa frecuencia de estos casos, su confusión con otras enfermedades y su buena evolución con tratamiento médico.

Palabras clave: fístula esofágica, adenitis mediastinal tuberculosa, adenitis mediastinal tuberculosa

Abstract

Esofagic fistula by mediastinal tuberculosa adenitis

A case of oesophageal fistulae caused by tuberculous mediastinal adenitis, which evolved favorably with antituberculous treatment is presented.

Considerations about the rarity of these cases, confusion with other diseases and their good performance with medical treatment are made.

Key words: Esophageal fistula, tuberculous mediastinal adenitis, tuberculous mediastinal adenitis

Introducción

La Tuberculosis (TB) constituye una infección crónica asociada a una importante morbilidad y mortalidad en razón de instituir un problema sanitario mundial. La OMS calculó una incidencia mórbida de 9.6 millones y una mortalidad de 1.5 millones de casos anuales (0.4 millones asociado al HIV) para el año 2014, respectivamente. Gracias a los nuevos objetivos de tratamiento establecidos por la OMS, la mortalidad ha descendido un 47% desde el año 1990 y la incidencia de la TB, muestra un descenso de 1.5% anual, lo que constituye un declive del 18 % desde el año 2000 a la actualidad¹.

Tanto en los casos tratados como en los no tratados, la TB puede dar lugar a un sinnúmero de complicaciones y lesiones residuales. Ellas pueden agruparse, siguiendo a Kim, de la siguiente manera²:

- a) **Lesiones parenquimatosas** (tuberculomas, cicatrices, cavidades detegridas, micetomas, cáncer-cicatriz, pulmón destruido).
- b) **Lesiones en vías aéreas** (bronquiectasias, estenosis bronquial, broncolitiasis).

- c) **Lesiones vasculares** (arteritis pulmonar y/o bronquial, trombosis, aneurisma de Rasmussen)
- d) **Lesiones pleurales** (empiema crónico, fibrotórax, calcificación pleural, fístula bronco-pleural)
- e) **Lesiones en pared torácica** (TB costal, espondilitis TB)
- f) **Lesiones mediastinales** (mediastinitis fibrosa, calcificación ganglionar, adenopatías mediastinales, pericarditis constrictiva, fístulas esofágicas a mediastino o a bronquio)

Todas estas expresiones clínicas pueden parecer otras afecciones.

Las adenopatías tuberculosas de mediastino, son frecuentes en la TB primaria y su presencia disminuye con la edad, aunque prevalecen en la adolescencia y en los pacientes con HIV asociado³.

Un tratamiento antituberculoso adecuado puede llevar a la fibrosis del ganglio afectado. Pero en ocasiones quedan focos granulomatosos que, bajo determinadas circunstancias de inmunosupresión, pueden ocasionar su reactivación, comprometiendo estructuras vecinas como bronquios, vasos, pericardio o esófago.

Se presenta un caso de fístula esofágica provocada por una adenitis mediastinal tuberculosa.

Observación clínica

64 años. Sexo masculino. Nacionalidad: peruano. Ocupación: empaquetador textil. Consulta por disnea progresiva mMRC 2-3, disfagia a sólidos y síndrome de impregnación de un mes de evolución.

Antecedentes de Tuberculosis Pulmonar con tratamiento completo a los 17 años de edad en su país de nacimiento. A la auscultación, sibilancias al final de la espiración en campo pulmonar inferior izquierdo.

La radiografía de tórax reveló imagen cicatricial en zona apical del pulmón derecho.

Laboratorio: Eritrosedimentación: 120 mm. Anemia leve (Hematocrito: 31,8% / Hb: 10.3g) Hepatograma: dentro de parámetros normales. Serología para HIV (-) S 02 al 0.21: 98%

TC Tórax: Tracto fibrocicatrizal y bronquiectasias por tracción en Lóbulo Superior Derecho. Árbol en brote y nódulos centrolobulillares con cavidad subcentimétrica subpleural del Lóbulo Inferior Derecho. Adenopatías retrocavopretraqueal y en espacio subcarinal prevertebral. Formación de densidades blandas (27 x 46 mm) que no presenta plano de clivaje graso en tercio medio esofágico (Figuras 1 y 2).

Se solicitó FBC, que demostró “Compresión extrínseca del bronquio fuente e intermedio derecho con sub-oclusión de la luz hasta bronquios segmentarios. Retracción y desplazamiento del Lóbulo Superior Derecho”.

La seriada gastroduodenal practicada indicó en tercio medio del esófago, trayecto fistuloso y formación de partes blandas que producen com-

presión extrínseca con engrosamiento tortuoso de pliegues con rigidez y excoriaciones de aspecto actoide (Figura 3).

Se efectúa una Videoendoscopia digestiva alta, que informa: “A 30 cm. del esófago en cara posterior hora III se evidencia una región diverticular de 2-3 mm con bordes elevados. Por encima hay una formación orificial profunda de bordes congestivos y fácil sangrado al tacto endoscópico. La biopsia de esófago informó “Esofagitis crónica con moderada actividad inflamatoria”. El examen citológico del lavado bronquial, fue negativo, pero el cultivo del mismo mostró ser positivo para *Mycobacterium Koch*.

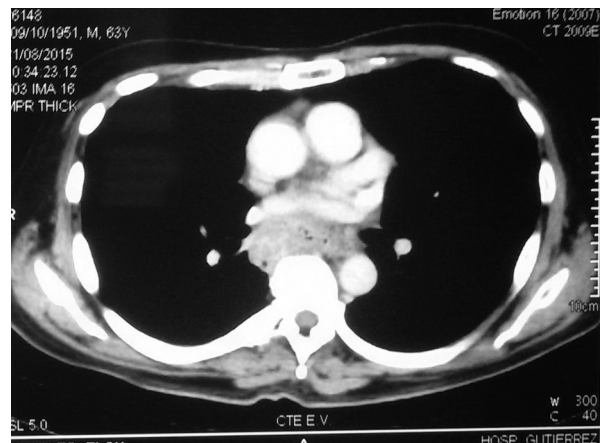


Figura 2



Figura 1



Figura 3

Con diagnóstico de fístula esofágica secundaria a mediastinitis tuberculosa, Inicia tratamiento con H 300 mg, R 600mg, E 1200 mg, Z 1500 mg. y prednisona 1mg/Kg/día. A los 60 días, un control clínico mostró mejoría clínica, tolerancia al tratamiento y descenso de la eritrosedimentación.

Discusión

La tuberculosis del esófago es extremadamente rara. Momin y Chong⁴ sólo encontraron 2 casos entre 3123 TB estudiadas entre 1995-2010, lo que representa una prevalencia del 0.06% del total y un 3.1% entre las de localización digestiva.

Lo habitual, dentro de los escasos casos como el descrito, es un compromiso secundario del órgano, producto de una adenitis mediastinal tuberculosa, en especial por ganglios de la región subcarinal, muy cercanos anatómicamente al esófago.

Las adenopatías pueden comprimir y erosionar la pared del esófago o un bronquio, dando lugar a la fistulización de estas estructuras anatómicas. Los síntomas que pueden ocasionar son: disfagia (como en nuestro caso), fiebre, tos incoercible con la deglución especialmente con líquidos, hematemesis y hasta cuadros de neumonía⁵.

El tratamiento de la comunicación esófago-bronquial es quirúrgico, con resección del trayecto fistuloso y la región pulmonar vecina dañada por

el proceso. Si se origina a partir de un ganglio y sin comprometer parénquima, solamente se reseca la fístula.

Sin embargo, en casos cuya etiología es la TB se impone, si hay dificultad en la ingesta, colocación de sonda naso gástrica para alimentación e instituir un tratamiento antibacilar, lo que cicatriza la lesión y produce involución de las adenopatías^{6, 7}.

Conflicto de interés: Los autores del trabajo declaran no tener conflictos de intereses relacionados con esta publicación.

Bibliografía

1. World Health Organisation. Global Tuberculosis Report 2015. Geneva: 2015, p1.
2. Kim H; Song K; Goo J et al.- Thoracic sequelae and complications of Tuberculosis. *RadioGraphics*, 2001, 21: 839-860.
3. Moon W; Im J; Yeon K et al.- Mediastinal Tuberculous lymphadenitis: CT findings of active and inactive disease. *AJR* 1998, 170: 715-718.
4. Momin R; Chong V.- Oesophageal tuberculosis: Rare but not to be forgotten. *Singapore Med J* 2012, 53: e192.
5. Lado Lado F; Golpe Gómez A; Ortiz de Barron A et al.- Bronchoesophageal fistulae secondary to Tuberculosis. *Respiration* 2002, 69: 362-365.
6. Lee J; Shin D; Kand K et al.- The medical treatment of tuberculous tracheal-oesophageal fistulae. *Tuberc Lung Dis* 1992, 73: 177-179.
7. Porter J; Friedland J; Freedom A. Tuberculous bronchoesophageal fistulae in patients with human immunodeficiency virus: three cases report and review *Clin Infect Dis* 1994,19: 954-957.