

Nombre:	Alba Patricia
Apellido:	Solano Romero
Otros Autores:	Carmen M ^a Botía González, Sara Inmaculada Sirvent Cerda, Adriana López Ruiz, Irene Vicente Zapata, Lucía Hernández Sánchez
E-mail:	patri290188@gmail.com
Hospital:	Morales Meseguer
Ciudad:	Murcia
Título:	Fístula traqueoesofágica por ingesta de pila de botón
Presentación:	<p>Varón de 7 meses que acude a urgencias por fiebre, dificultad respiratoria, rechazo del alimento y deposiciones negruzcas. Se realiza una radiografía de tórax en la que se observa un cuerpo extraño metálico no sospechado, localizado en el tercio superior del esófago, que parece corresponder a una pila de botón ingerida inadvertidamente. Se extrae el cuerpo extraño mediante esofagoscopia y se ingresa al paciente en la UCI con nutrición parenteral total, reposo digestivo absoluto, antibioterapia de amplio espectro, sonda nasogástrica y otras medidas de soporte como la aspiración continua de secreciones salivares. Con todo ello, persiste la dificultad respiratoria y se aprecian infiltrados pulmonares bilaterales en la radiografía de tórax por lo que se realiza un esofagograma con contraste hidrosoluble en el que se evidencia paso del contraste desde el esófago a la tráquea y al árbol bronquial.</p>
Discusión :	<p>El esofagograma permitió así el diagnóstico de fístula traqueoesofágica adquirida, que precisó tratamiento quirúrgico y posteriores dilataciones con balón debido a una estenosis caústica esofágica secundaria. La primera exploración radiológica indicada ante una dificultad respiratoria en un niño sin antecedentes médicos de interés, es una radiografía de tórax. Las pilas de botón pueden causar fístulas traqueoesofágicas por diferentes mecanismos (úlceras de la mucosa por presión o por lesión caústica) que puede provocar una neumonía secundaria química o aspirativa. El tratamiento de estas fístulas adquiridas va desde el reposo digestivo con o sin gastrostomía hasta la reparación quirúrgica directa de la fístula con o sin injerto.</p>
Conclusión:	<p>En niños menores de 5 años, ante un cuadro de dificultad respiratoria, resulta primordial la sospecha clínica de ingestión de cuerpo extraño, sobretodo en un paciente sin antecedentes clínicos de interés como era el caso de nuestro paciente.</p>
Bibliografía:	<ol style="list-style-type: none"> 1. Leinwand K, Brumbaugh DE, Kramer RE. Button Battery Ingestion in Children: A Paradigm for Management of Severe Pediatric Foreign Body Ingestions. <i>Gastrointest Endosc Clin N Am</i>. 2016 Jan;26(1):99-118. doi: 10.1016/j.giec.2015.08.003. 2. Ruhl DS, Cable BB, Rieth KK. Emergent treatment of button batteries in the esophagus: evolution of management and need for close second-look

	esophagoscopy. Ann Otol Rhinol Laryngol. 2014 Mar;123(3):206-13. doi: 10.1177/0003489414522969.
Pie de foto:	<p>A) Radiografía de tórax en decúbito supino, en la que se evidencia la presencia de un cuerpo extraño, radiodenso y redondeado, proyectado sobre el mediastino (flecha). B) Radiografía lateral para la localización anatómica exacta del cuerpo extraño, que puede verse impactado en el tercio superior del esófago.</p> <p>C) Tránsito esofágico (proyección oblicua), en la que se observa paso del contraste del esófago a la tráquea a través de la fístula esofagotraqueal (flecha), además el paciente porta sonda nasogástrica (asterisco). D) Tránsito esofágico (proyección anteroposterior), en la que se observa perfectamente dibujado por el contraste el bronquio principal derecho y sus ramas, así como un nivel hidroaéreo en el esófago (flecha) y la sonda nasogástrica (asterisco).</p>