Nombre:	Depetris
Apellido:	Marina Aurora
Otros Autores:	De Rojas Liébana Constanza, Zabía Galíndez Elena, Cabrera Fernandez Carlos, Chellaram Nagrani Satish y Ponferrada Rasero Miguel.
E-mail:	marinadepetris1976@gmail.com
Hospital:	12 de Octubre
Ciudad:	Madrid
Título:	FÍSTULA CARÓTIDO-ESOFÁGICA POR INGESTA DE CUERPO EXTRAÑO (BATERÍA).
Presentación:	Lactante de 15 meses con faringoamigdalitis de una semana de evolución tratada con ibuprofeno que acude a Urgencias por hematemesis, presentando shock hipovolémico. En la radiografía de tórax se identifica un cuerpo extraño redondeado de densidad metálica en esófago proximal. Se decide realizar TC torácica para valorar complicaciones vasculares causantes del sangrado digestivo, confirmándose la presencia del cuerpo extraño impactado en el esófago, próximo a las arterias carótidas comunes. Sin embargo, dado el artefacto por su alta densidad, el estudio es limitado, no pudiendo valorar adecuadamente las estructuras periesofágicas a ese nivel, ni por tanto descartar lesiones carotídeas. Se procede a la extracción endoscópica de una batería de litio de 20 mm, sin incidencias, objetivándose cambios inflamatorios erosivos en la pared esofágica con escaso sangrado. Posteriormente se realiza arteriografía, dada la alta sospecha clínica de lesión vascular, objetivándose un pseudoaneurisma en la carótida común izquierda con trayecto fistuloso hacia el esófago. Se realiza reparación quirúrgica de la lesión, sin complicaciones.
Discusión :	La ingesta de cuerpos extraños es común en niños menores de 5 años. La ingesta de baterías es relativamente poco frecuente (2%), pero puede tener complicaciones vasculares graves e incluso mortales (1). Se han descrito 55 muertes hasta la fecha, 37 (67%) de ellas debido a fístulas aortoesofágicas (2). El 80-90 % de los casos son asintomáticos inicialmente (1). El daño se produce por mecanismo electroquímico con la consiguiente perforación y erosión del tejido adyacente, que puede ocurrir precozmente desde 2 horas después de la ingesta hasta 18 días después de la extracción endoscópica (3,2,1).
Conclusión:	La ingesta de baterías puede tener complicaciones vasculares mortales, la más frecuente la fístula aortoesofágica. Una alta sospecha clínica (fundamentalmente por edad), una radiografía de confirmación y la extracción endoscópica precoz son las claves del manejo; así como el seguimiento (aunque no hay consenso establecido) por la posibilidad de una presentación tardía una vez extraída la batería.
Bibliografía:	(1).Mortensen, A., Hansen, N. F., & Schiødt, O. M. (2010). Fatal aortoesophageal fistula caused by button battery ingestion in a 1-year-old child. American Journal of Emergency Medicine, 28(8), 984.e5-984.e6. https://doi.org/10.1016/j.ajem.2010.01.007. (2).National Capital Poison Center. Available at: http://www.poison.org/battery/ fatalcases.asp. (3).Brumbaugh, D. E., Colson, S. B., Sandoval, J. a, Karrer, F. M., Bealer, J. F., Litovitz, T., & Kramer, R. E. (2011). Management of Button Battery-induced Hemorrhage in Children. Journal of Pediatric Gastroenterology and Nutrition, 52(5), 585–589.

	https://doi.org/10.1097/MPG.0b013e3181f98916
Pie de foto:	CUERPO EXTRAÑO ESOFÁGICO, PSEUDOANEURISMA CAROTÍDEO Y FÍSTULA. a) Cuerpo extraño radiopaco en esófago proximal. b y b*) TC que confirma localización esofágica. El artefacto por densidad metálica limita la valoración de las estructuras adyacentes. c) Pseudoaneurisma en arteria carótida común izquierda de 5 x 3 mm (flecha), y trayecto fistuloso en su parte superior hacia el esófago.