

**HOSPITAL UNIVERSITARIO
"ARNALDO MILIÁN CASTRO"
SANTA CLARA, VILLA CLARA**

INFORME DE CASO

FÍSTULA AORTOESOFÁGICA POR CUERPO EXTRAÑO. PRESENTACIÓN DE UN CASO.

Por:

Dra. Bárbara R. Lugo Jáuriga¹, Dra. Gladys T. Gutiérrez Zurbarán² y Dr. Rosendo A. Gómez Delgado³

1. Especialista de I Grado en Medicina General Integral y Medicina Legal.
2. Especialista de II Grado en Medicina Legal. Profesora Auxiliar. ISCM-VC.
3. Especialista de I Grado en Medicina Legal. Instructor. ISCM-VC.

Descriptorios DeCS:

FISTULA ARTERIOVENOSA/etiología
CUERPOS EXTRAÑOS/complicaciones

Subject headings:

ARTERIOVENOUS/etiology
FOREIGN BODIES/complications

No resulta frecuente que los cuerpos extraños causen perforaciones esofágicas¹, y cuando ocurren, pueden aparecer complicaciones, como abscesos retroesofágicos, mediastinitis, pericarditis, neumotórax, neumomediastino, entre otras². Poca atención ha tenido en cambio la posibilidad de lesión vascular causada por los mismos, sin tener en cuenta que constituyen la segunda causa de fístula aortoesofágica, después de los aneurismas de la aorta torácica³. Aislados informes describen morbilidad y mortalidad significativas como consecuencia de un trauma vascular mayor, ocasionado por un cuerpo extraño en el esófago⁴; generalmente los que son fatales no suelen matar tan pronto. La mortalidad a causa de la lesión se incrementa sostenidamente al prolongarse el retraso entre el momento del traumatismo y su reparación⁵. En ocasiones no lo examina nadie, o simplemente no se hace el diagnóstico adecuado, y se pone en evidencia la presencia de éste durante el acto de necropsia⁶. Los mecanismos de perforaciones esofágicas obedecen a: traumas internos, externos o perforación espontánea. El trauma interno es el más frecuente y se debe en general a un accidente instrumental en la esofagoscopia, a dilataciones mecánicas, a la toma de una biopsia o a la presencia de un cuerpo extraño⁷. Cuando la perforación es en el tercio inferior o medio del esófago, es más grave y de un curso más rápido que la perforación en el tercio cervical⁸.

Presentación de caso:

El 27/07/2003, cerca de las 7:00pm, se recibió en el Departamento de Anatomía Patológica del Hospital "Arnaldo Milián Castro", el cadáver de un adulto joven de 39 años de edad, masculino, raza europeoide, para realizar la necropsia clínica y determinar las causas de la muerte, según documento que lo acompañaba, emitido por el médico de guardia de la posta médica de La Moza, municipio de Manicaragua; éste presencié la muerte, plantea que tuvo una hematemesis masiva y ofrece la posibilidad diagnóstica rotura de várices esofágicas. El familiar que viene acompañando el cadáver, le refiere al médico patólogo que su sobrino, hacía nueve días, había ingerido una espina de pescado en una fiesta al comer enchilado de pescado con arroz (el día 18/07) y desde

entonces venía padeciendo dolor y dificultad para tragar; su hermana (madre del fallecido) el día 19/07 lo trasladó para su casa en La Moza, y ese día lo llevaron al médico; éste le dijo que la molestia era producida por la espina de pescado, que tenía que expulsarla, y le puso tratamiento para la casa. El día 22 su cuñado lo llevó al hospital de Manicaragua, y allí le realizaron una radiografía de tórax y un electrocardiograma, cuyos resultados fueron negativos, por lo que se le indicó continuar con el tratamiento; pero su sobrino no podía comer, sólo ingería líquidos, y hoy 27 de julio trató de vomitar la espina de pescado, y por ello tuvo sangramiento por la boca y murió. El médico patólogo, con estos antecedentes, no realiza la necropsia clínica y procede a realizar la denuncia a la policía. Se realiza la necropsia judicial conjunta (Medicina Legal-Patología). En el interior del cadáver, en la cavidad torácica, a nivel del tercio medio del esófago, existe fibrina y material necrótico, detritus celulares e infiltrado hemorrágico periesofágico y periaórtico (Fig 1) con gran fetidez (mediastinitis periaórtica y periesofágica); este material se encuentra a nivel de la adventicia del arco aórtico, en relación con la emergencia de la carótida izquierda, y decola la pared de la aorta.



Fig 1 Mediastinitis periaórtica y periesofágica.

Al realizar la apertura del vaso, se observa una solución de continuidad de la íntima de la aorta de 0,4 cm de diámetro (Fig 2), que permite el paso del explorador al esófago, y al abrir éste, se pone en evidencia la fístula aorto-esofágica (Fig 3) y la presencia del cuerpo extraño (hueso de pescado) (Fig 4) que provoca tres heridas esofágicas: la fístula antes señalada y dos más que llegan a romper la adventicia del órgano; y a nivel del tercio superior del esófago se observan tres erosiones superficiales de la mucosa (Fig 5); el resto de las vísceras muestran palidez moderada, riñones típicos de choque hipovolémico y estómago dilatado por el contenido hemático que lo llenaba por completo.

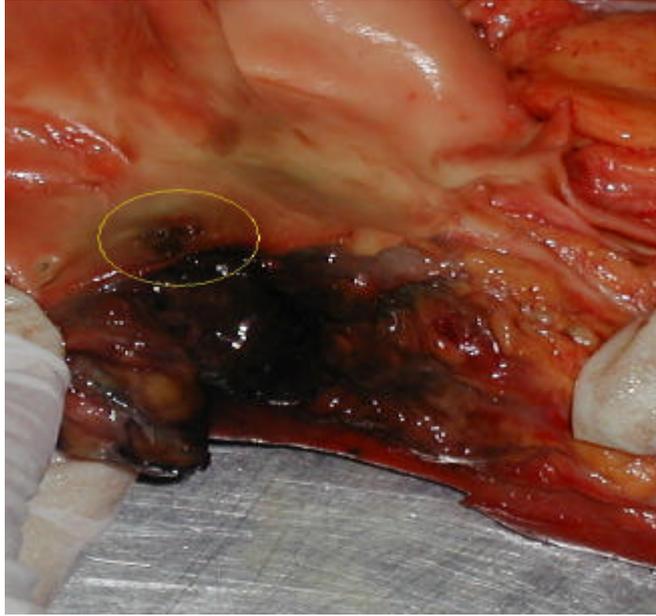


Fig 2 Solución de continuidad de la íntima de la aorta de 0,4 cm de diámetro.

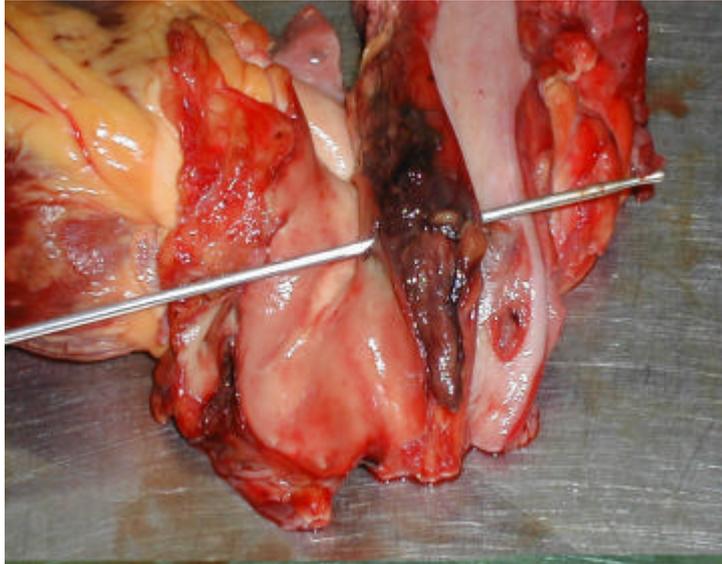


Fig 3 Fístula aortoesofágica.



Fig 4 Presencia de cuerpo extraño en esófago (hueso de pescado).



Fig 5 Lesiones esofágicas ocasionadas por el cuerpo extraño.

La necropsia médico-legal se concluyó con las siguientes causas de muerte:

- a) Choque hipovolémico irreversible.
- b) Fístula aortoesofágica.
- c) Perforación de esófago y aorta.
- d) Deglución de hueso de pescado.

Se trata de una muerte violenta, de etiología médico-legal accidental por investigar.

Comentario:

Dada la existencia del estrechamiento esofágico central junto al arco aórtico, la ramificación anterior del bronquio principal izquierdo y la aurícula de ese lado, además de las presiones positivas intraluminales, incluso durante el reposo, y sabiendo que en la función motora esofágica participa la propia pared muscular del órgano, podemos comprender el mecanismo de producción de la rotura esofágica y aórtica⁸. Desde el punto de vista médico-legal estamos ante un caso de responsabilidad médica por imprudencia, ya que no se previó –por parte de los médicos de asistencia– la posibilidad de que se produjeran, a pesar de que pudo o debió haberse previsto, las consecuencias que este cuerpo extraño ocasionó en el esófago⁹.

Referencias bibliográficas

1. Lam EC, Brown JA, Whittaker JS. Esophageal foreign body causing direct aortic injury. *Can J Gastroenterol* 2003;17(2):115-7.
2. Scher RL, Tegtmeyer CJ, Mc Lean WC. Vascular injury following foreign body perforation of the esophagus. Review of the literature and report of a case. *Ann Otol Rhinol Laryngol* 1990;99(9 pt 1):698-702.
3. Pons J, Demoux R, Campan P, Constant T, Le Treut YP. A fatal aorto-esophageal fistula due to a foreign body: a foreseeable accident? *Presse Med* 1999;28(15):781-3.
4. Ohta N, Koshiji T, Imamura M, Nishinura K, Komeda M. Aorto-esophageal fistula caused by foreign body. *Jpn J Thorac Cardiovasc Surg* 2000;48(3):184-5.
5. Alassio A. Epidemiología de la lesión esofágica [artículo electrónico] 2002 [consultado 08/09/2002]. Disponible en: http://anestesia.kinta-imension.com/areas/monografias/lesiones_traumaticas_de_traqueas.htm
6. Dahiya M, Denton JS. Esophagoaortic perforation by foreign body (coin) causing sudden death in a 3 year-old child. *Am J Forensic Med Pathol* 1999;20(2):184-8.
7. Coohen S, Parkman HP. Enfermedades del esófago. En: Bennett JC, Plum F. *Cecil tratado de medicina interna* Vol 1. 20^a ed. México: McGraw -Hill Interamericana, 1998; p. 744- 54.
8. Atkins JP. Várices, cuerpos extraños, fistulas y perforaciones del esófago. En: Bockus HL. *Gastroenterología* Vol 1. 2^a ed. Barcelona: Salvat Editores, 1965; p. 238-47.
9. Ponce Zerquera F, González Pérez J, Valdés Carrera LS, Pons Rojas M, Lancís Sánchez F, Fournier Ruiz IG. Derecho médico. En: *Medicina legal*. La Habana: Ciencias Médicas, 1999; p. 10-9.