



8° Congreso Argentino de Neumonología
Pediátrica. SAP. Inicio abril 23, 2018. CABA



Caso clínico: Oportunidades Perdidas

ENDOSCOPIA RESPIRATORIA

Dra. Mary Nieto

Servicio de Endoscopia Respiratoria



Hospital de Pediatría
Prof. Dr. Juan P. Garrahan

Paciente de 4 años, masculino

Antecedentes

- RNT/PAEG, nacido por cesárea. Alta conjunta a las 72 hs. Apgar 9/10. FEI refiere normal.
 - Primer episodio de BLITIS. a los 3 meses.
 - Internaciones:
 - 4 meses (1semana del mes de julio): laringitis y OB con hipoxemia. Sin rescate.
 - 5 meses (1semana del mes de agosto): IRAB con hipoxemia. Influenza A.
 - 6 meses: consulta por vómitos frecuentes.
 - Sin requerimiento de ARM.
- Tratamiento preventivo con Budesonide.

Manifestaciones clínicas -radiológica

Clinica



Rx de perfil de cuello



Rx de tórax



¿Cual es su impresión diagnostica clínica radiológica?



- 1. Estridor ,dificultad respiratoria , tos croupal .neumonitis
- 2.Laringitis y Rx. de tórax normal
- 3.Laringitis y Rx . de tórax con signos de atrapamiento de aire: bronquiolitis
- 4.Estridor espiratorio ,tos metálica , Rx. de tórax con signos de atrapamiento de aire

Con esta evolución Ud. Decide estudiarlo
¿Que exámenes complementarios solicita?



- 1. Dosaje de Ig. Test del sudor. Rx. de tórax
- 2. TAC de Tórax
- 3. S.E.G.D
- 4. PH.metria

Video deglución con seriada esofagogastroduodenal

- VDG (6 meses)
 - Con la administración de líquidos se visualizó durante el segundo tiempo deglutorio pasaje del material de contraste a la vía aérea inferior, con reflejo tusígeno posterior.
 - A nivel de tercio superior esofágico impronta del cricofaríngeo.
 - Se completó seriada esofagogastroduodenal: Esófago medio e inferior de calibre y estructura conservada.
 - Reflujo gastroesofágico supracarinal que llega a piso de boca e ingresa a la vía aérea inferior.
- Se indicó tratamiento antireflujo

Mala Evolucion

- 3°Internacion: 11meses , 2 semanas de nov. IRAB con hipoxemia
- Paciente :(15 meses)
 - RGE.
 - Laringitis y OBR.
 - Buen progreso ponderal.
 - Buen desarrollo neuromadurativo

¿Que conducta decide tomar ?

- 1: Solicita interconsulta con otros especialistas
- 2: Solicita una fibrolaringoscopia
- 3: Interconsulta a gastroenterólogo
- 4: Repite con otra técnica el esofagograma



Gastroenterología

- Tos con los líquidos, no con sólidos ni semisólidos, Sin disfagia , no vómitos (solo cuando tiene secreciones).
- Conducta:
 - Espesar los líquidos.
 - Suspender Tratamiento para el RGE.
 - Turno Ph-impedanciometría.
 - VDG.

Endoscopia

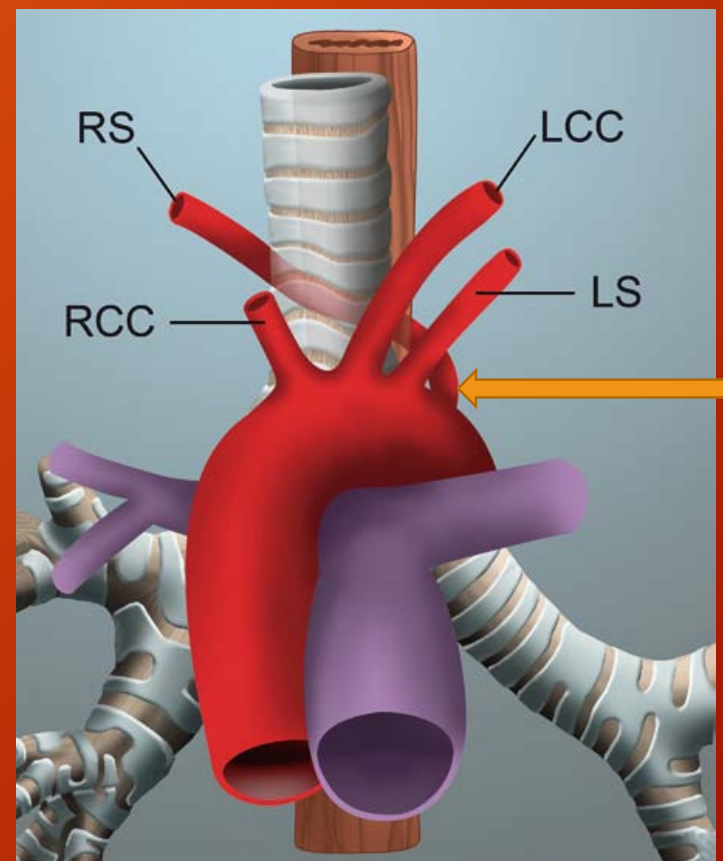
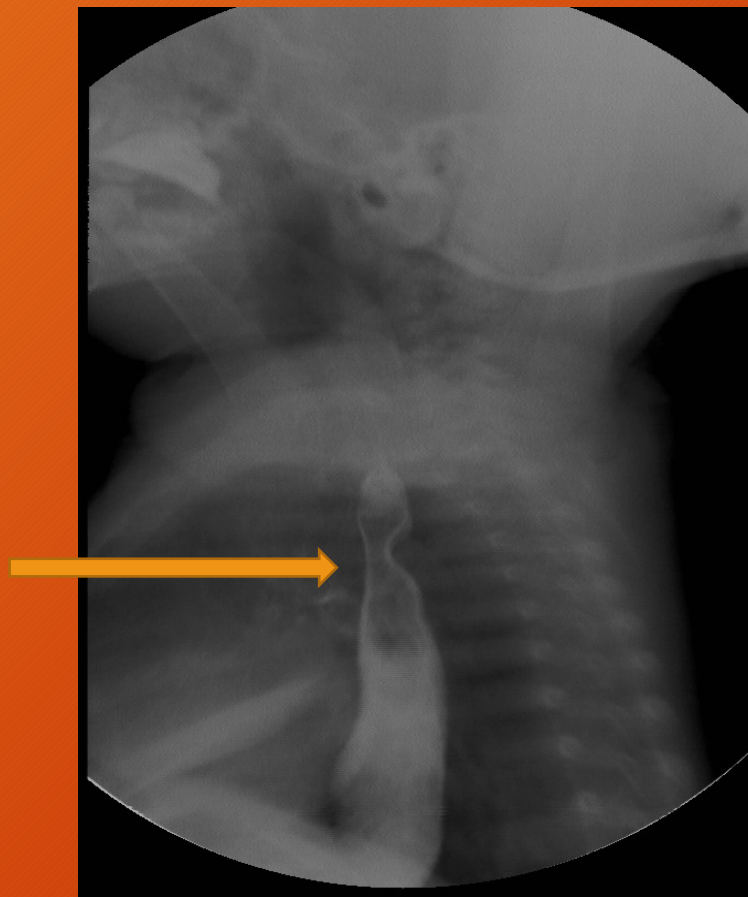
- Paciente sin estridor.
- Rx de cuello.
- Se realiza RFL avanzando por FNI, cavum libre, valécula y base de lengua normal, empedrado en pared posterior de hipofaringe, eritema en corona laríngea más marcado en comisura posterior y cara laríngea de epiglotis, movilidad de cuerdas vocales conservada.
- Control con SEG D.



VDG y SEGD

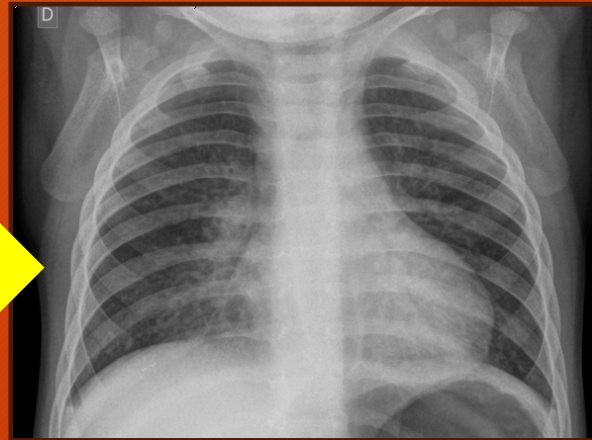
- Succión eficaz, adecuado cierre y elevación del paladar blando.
- Mínima retención de contraste en valéculas, a la ingesta de líquidos se evidencia penetración intermitente sin pasaje a vía aérea inferior.
- A nivel de tercio superior de esófago se evidencia impronta posterior que podría corresponder a hipertrofia del músculo cricofaríngeo.
- En tercio medio de esófago se observa muesca posterior con trayecto de izquierda a derecha de abajo hacia arriba. Dichos hallazgos podrían corresponder a **subclavia derecha aberrante**.
- **Se completó seriada esofagoduodenal: Normal.**
- No se observó reflujo gastroesofágico.

VDG.SEGD



El paciente pierde el seguimiento en este hospital

- 1 años y 8 meses: internado
- por neumonía durante 5 días



- 2 años y 7 meses
neumonía



Motivo de consulta actual

- Niño de 4 años
- Disfagia para sólidos y tos con ahogos con líquidos.
- Intercurrencias respiratorias bajas

- Al examen físico:
- tos metálica
- Broncorrea matinal .
- Tórax: con elasticidad disminuida, signos de hipocratismo digital grado II, M.V. disminuido en base derecha , subcrepitantes

Clinica



DIAGNOSTICO



- 1. ERGE
- 2. ANILLO VASCULAR
- 3. SINDROME ASPIRATIVO CRONICO
- 4. ENFERMEDAD PULMONAR CRONICA CON ATELECTASIA PERSISTENTE

¿En que orden pediría los exámenes complementarios ?



- 1. Angio-TAC, Esofagograma, Endoscopia
- 2. Esofagograma , Angio-TAC, y Endoscopia bajo anestesia general
- 3. Esofagograma , Angio-TAC, Fibrolaringo-broncoscopia con anestesia local
- 4. TAC con contraste, y Endoscopia bajo anestesia general

Esofagograma

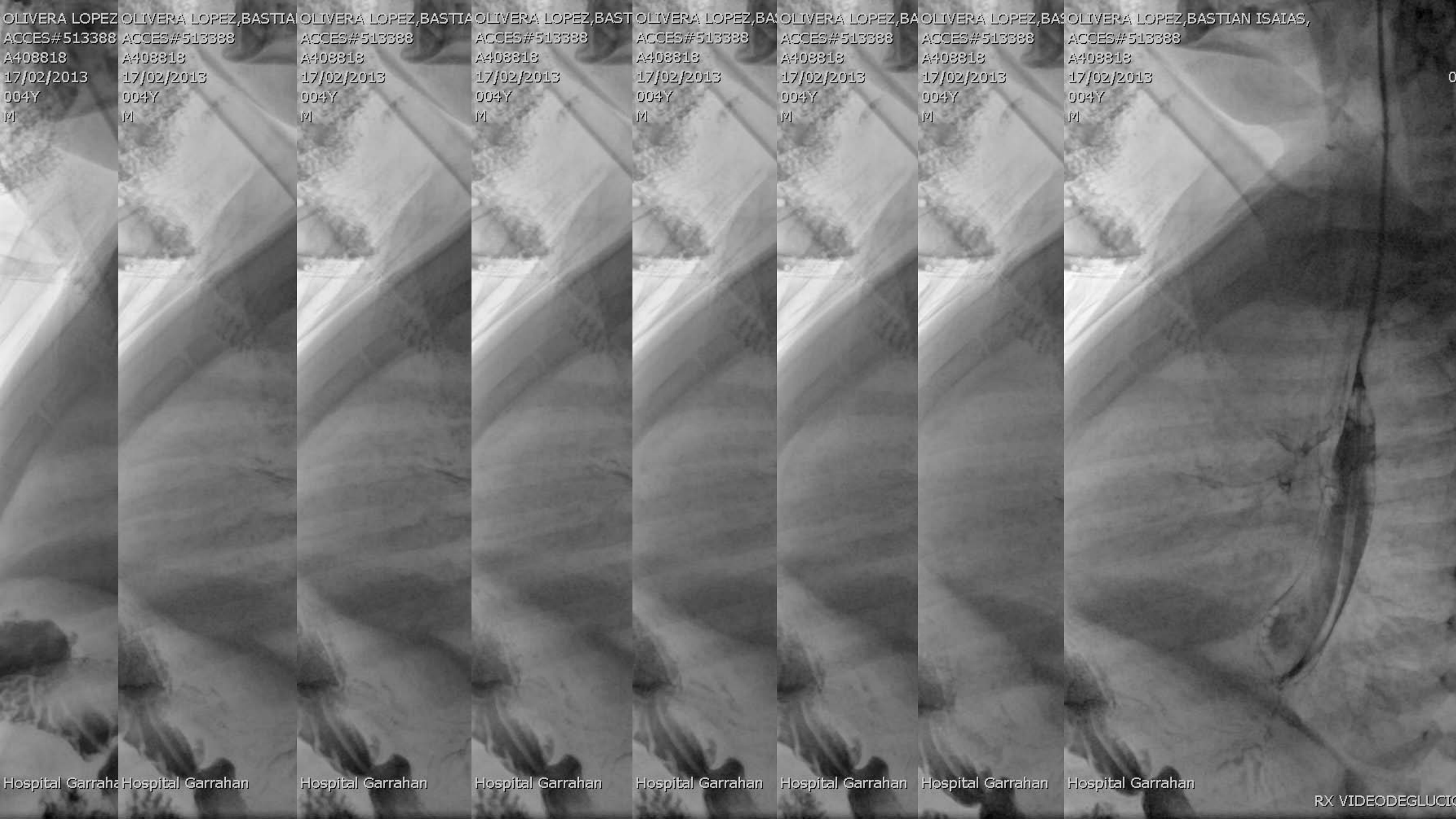
Esofagograma con SNG ():

Se coloca SNG con punta cortada a nivel de tercio medio del esófago. Se administra material de contraste.

Esófago de calibre y configuración conservados. Se visualiza **muesca de caudal a cefálico y de izquierda a derecha a nivel de tercio superior y medio** ya conocido en estudios previos (subclavia última rama).

Se observa pasaje de contraste desde el esófago a la boca, con posterior caída a vía aérea superior e inferior con reflejo tusígeno adecuado.

No se visualizan trayectos fistulosos.

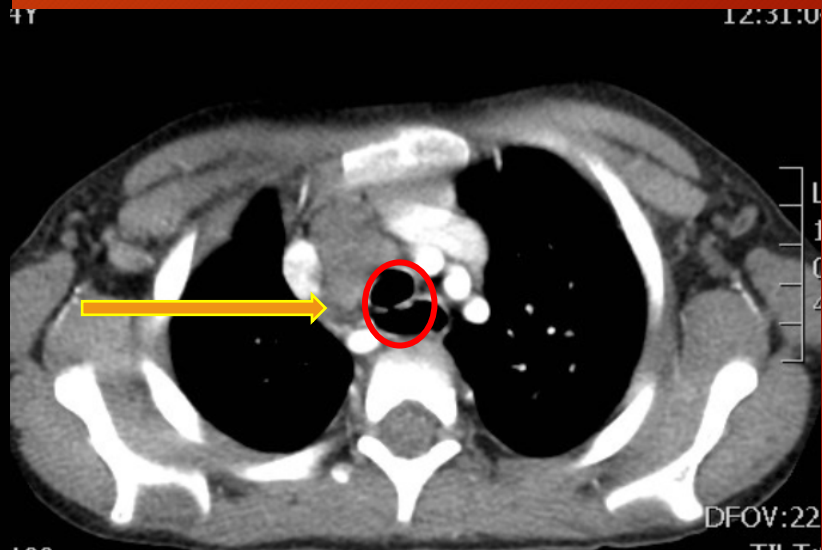
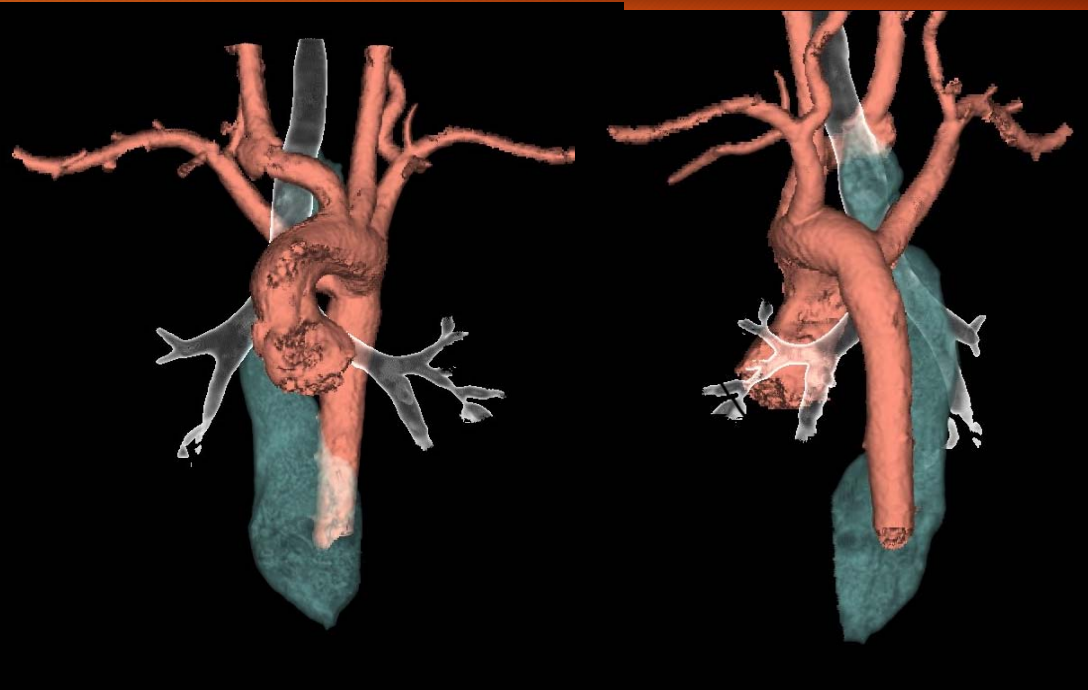


OLIVERA LOPEZ OLIVERA LOPEZ, BASTIA OLIVERA LOPEZ, BASTIA OLIVERA LOPEZ, BASTIA OLIVERA LOPEZ, BASTIA OLIVERA LOPEZ, BASTIA OLIVERA LOPEZ, BASTIAN ISAIAS,
ACCES#513388 ACCES#513388 ACCES#513388 ACCES#513388 ACCES#513388 ACCES#513388 ACCES#513388 ACCES#513388
A408818 A408818 A408818 A408818 A408818 A408818 A408818 A408818
17/02/2013 17/02/2013 17/02/2013 17/02/2013 17/02/2013 17/02/2013 17/02/2013 17/02/2013
004Y 004Y 004Y 004Y 004Y 004Y 004Y 004Y
M M M M M M M M

Hospital Garrahan Hospital Garrahan Hospital Garrahan Hospital Garrahan Hospital Garrahan Hospital Garrahan Hospital Garrahan Hospital Garrahan

RX VIDEODEGLUCIO

ANGIOTAC



Endoscopia rígida
bajo anestesia general
con ventilación espontánea

Laringoscopia directa
Optica de 0°30 cm

DIAGNOSTICO:
FISTULA
TRAQUEO ESOFAGICA



Conducta

- FÍSTULA EN H
- Se realizaron 2 bronoscopías rígidas con lavado bronquial para tratamiento de ATL.
- IC a cirugía de tórax: conducta quirúrgica: cierre de fístula + lobectomía.

CONCLUSIONES

- DESTACAR LA IMPORTANCIA DE LA EVALUACION DE TOS .
- TRAQUEAL ES SECA DE TIMBRE METALICO
- HACER DIAGNOSTICO DIFERENCIAL CON TOS LARINGEA
- LA RX DE PERFIL DE CUELLO SUELE SER NORMAL
- EL METODO DIAGNOSTICO: GOLD ESTANDAR ES LA ENDOSCOPIA BAJO ANESTESIA GENERAL CON INSTRUMENTAL RIGIDO (OPTICA DE 0°), VENTILACION ESPONTANEA
- INCIDENCIA DE ENFERMEDAD TRAQUEALES 1:60.000 NACIDOS VIVOS (0,3-1% DE ESTENOSIS LARINGOTRAQUEALES)

CAUSAS SECUNDARIAS DE TRAQUEOBRONCOMALACIA

: 1. Compresión Extrínseca

- Causa Vascolar : anillos incompletos ~ 56% : arteria innominada aberrante ~ 36% arteria subclavia derecha derecha : 17% anomalía de la arteria pulmonar a la izquierda sling ~ 3%

anillos completo: doble arco aórtico, arco aórtico derecho

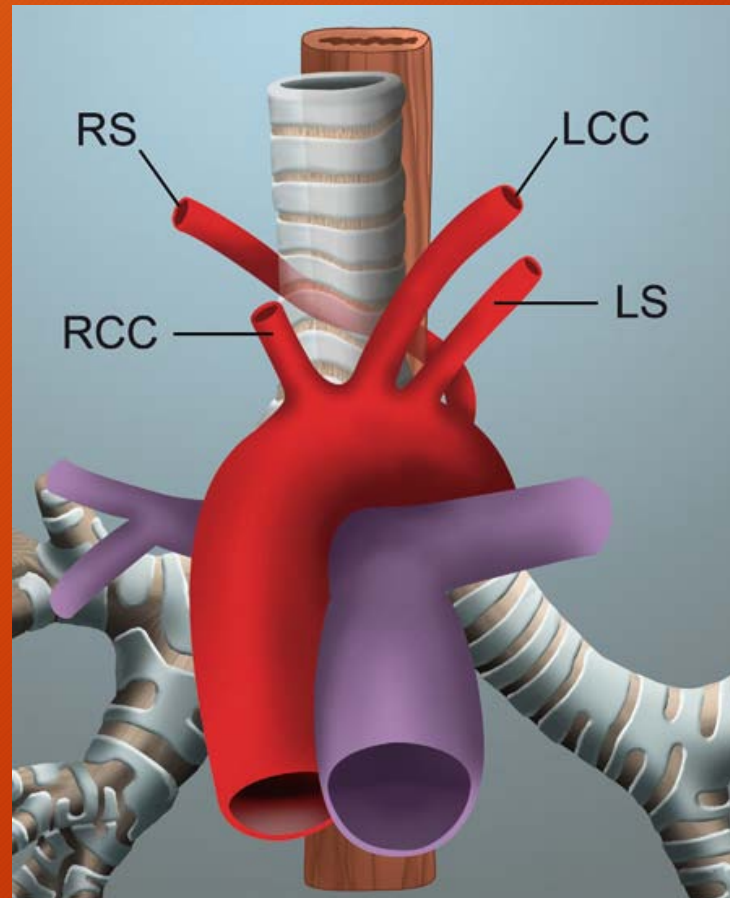
- Causa cardiaca: Aurícula izquierda agrandada, arterias pulmonares agrandada

Masas mediastínicas - quistes broncogénico, malformación linfática ° Neoplasia timicas teratoma, linfoma, neuroblastoma

2. Atresia esofágica con fístula traqueo-esofágica Fistula traqueo esofágica

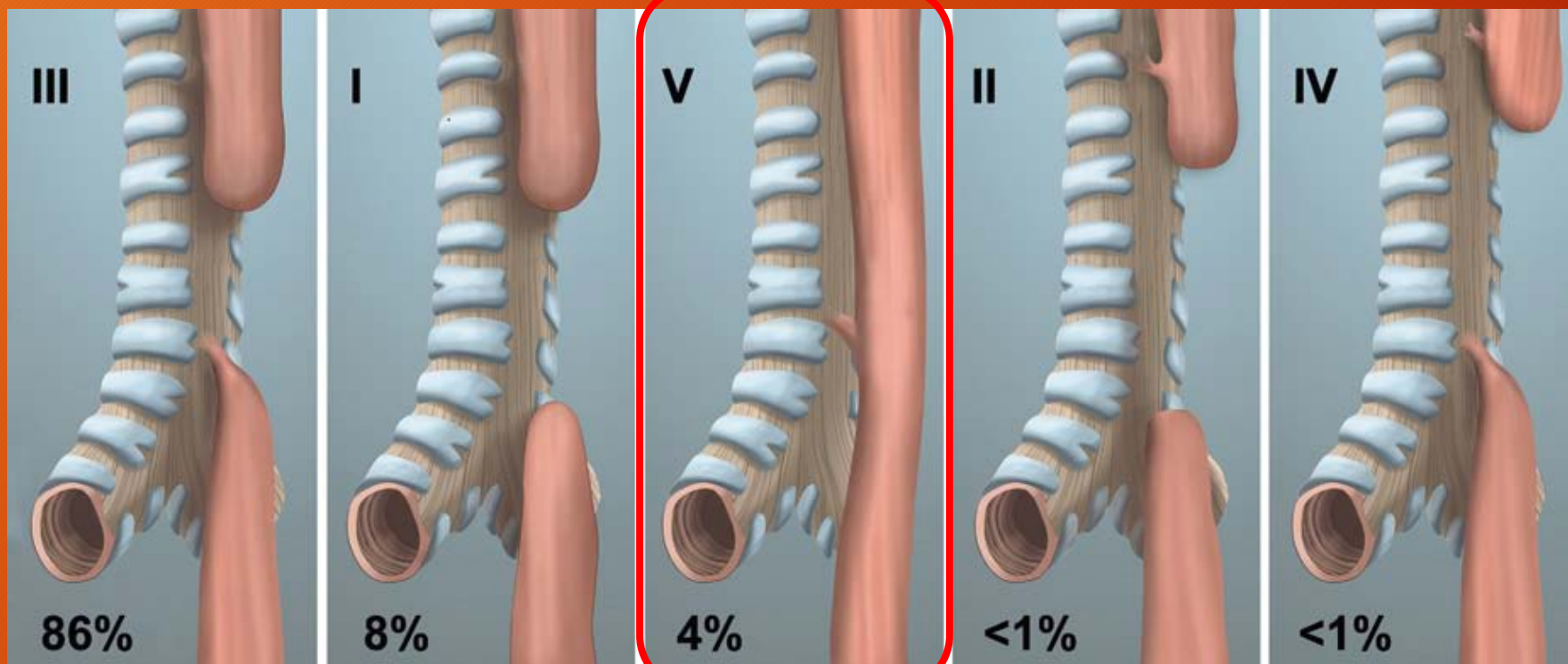
3. Intubación prolongada

Arteria subclavia derecha aberrante :17 % de las compresiones vascular extrínsecas



Atresia de esófago con o sin fistula Incidencia 1:5000 RN.

Clasificación por su frecuencia



Diagnostico diferencial



Estridor inspiratorio
Tos crupal



Estridor espiratorio
Tos traqueal

CONCLUSIONES

- DESTACAR LA IMPORTANCIA DE LA EVALUACION DE TOS .
- TRAQUEAL ES SECA DE TIMBRE METALICO
- HACER DIAGNOSTICO DIFERENCIAL CON TOS LARINGEA
- LA RX DE PERFIL DE CUELLO SUELE SER NORMAL
- EL METODO DIAGNOSTICO: GOLD ESTANDAR ES LA ENDOSCOPIA BAJO ANESTESIA GENERAL CON INSTRUMENTAL RIGIDO (OPTICA DE 0°), VENTILACION ESPONTANEA
- INCIDENCIA DE ENFERMEDAD TRAQUEALES 1:60.000 NACIDOS VIVOS (0,3-1% DE ESTENOSIS LARINGOTRAQUEALES)



Hay tres cosas en la vida que
se van y no regresan jamás: Las palabras, el tiempo y las oportunidades

Oportunidades perdidas

- Tener en cuenta que las oportunidades perdidas de hacer el diagnóstico agrega morbilidad y retardan el tratamiento
- En todos los casos de atresia esofágica con o sin fístula los síntomas aparecen en el momento de nacimiento
- Excepto en la fístula tipo en H
Porque el orificio es pequeño, el trayecto oblicuo de distal a proximal
Es usual que el diagnóstico sea tardío a la edad: adolescentes - adultos



maryniето14@hotmail.com

