

Valor del esofagograma en el diagnóstico de lesiones tuberculosas en el niño

V. HENALES; P. BEDATE; C. CALVO; M. HERRERA y M. ALONSO FRANCH

RESUMEN: El diagnóstico de la tuberculosis pulmonar en el niño presenta frecuentemente dificultades. Los autores señalan las ventajas del esofagograma como método rutinario que ayuda en el diagnóstico y catalogación de las lesiones ganglionares y de las posibles complicaciones posteriores. Aportan tres casos clínicos que ejemplarizan el valor del esofagograma en tres situaciones diferentes: duda diagnóstica, cuantificación de las lesiones como complemento de la radiografía de tórax y detección de complicaciones posteriores. PALABRAS CLAVE: ESOFAGOGRAMA. ADENOPATÍAS HILIARES. DIVERTÍCULO ESOFÁGICO. TUBERCULOSIS.

VALUE OF ESOPHAGRAM IN DIAGNOSIS OF TUBERCULOSIS DAMAGE IN CHILDREN (SUMMARY): The diagnosis of pulmonary tuberculosis in children show frequent difficulties. The authors point out the advantages of esophagram as routine method which help in diagnosis and classification of lymph node damage and in the later possible complications. They report three clinical cases which are examples of the value of esophagram in three different situations: in diagnosis doubts, in damage quantification complementing the torax radiography, and in detection of later complications. KEY WORDS: ESOPHAGRAM. HILUM ADENOPATHIES. ESOPHAGUS DIVERTICULUM. TUBERCULOSIS.

INTRODUCCIÓN

La tuberculosis pulmonar continúa siendo un problema importante en la edad pediátrica. Aún a falta de correctos estudios epidemiológicos, es evidente el incremento de la frecuencia en los últimos años.

Las dificultades diagnósticas de esta enfermedad radican en la inespecificidad de los síntomas y datos de exploración complementaria, así como en la lentitud y variabilidad de los hallazgos biológicos. Las manifestaciones radiológicas, a veces difíciles de detectar al inicio, en raras ocasiones se manifiestan como específicas de tuberculosis. Ello obliga a la utiliza-

ción conjunta de técnicas complementarias que amplíen la información diagnóstica.

La participación linfática y ganglionar de esta enfermedad y la situación anatómica del esófago en estrecha relación con dichas estructuras linfáticas y con las vías respiratorias hacen que el esofagograma se convierta en un excelente punto de referencia y que, en muchas ocasiones, permita llegar de una forma rápida, sencilla y fiable al correcto diagnóstico de tuberculosis.

El propósito de este artículo es la presentación de 3 casos clínicos que ilustran la utilidad y fiabilidad de esta exploración.

CASOS CLÍNICOS

Caso n.º 1. Varón de 14 meses que acude a Urgencias por presentar fiebre y tos de unos días de evolución, en ambiente familiar de tuberculosis. Tanto la exploración física como la analítica fue normal, con VSG de 20/40 y Mantoux positivo (20 mm.), sin vacunación previa de BCG. La radiología de tórax, inicialmente catalogada como normal en otro Servicio, revisada de nuevo mostraba como único dato el alargamiento y afinamiento del bronquio principal izquierdo (Fig. 1). Ante esta imagen, sin otros hallazgos radiológicos

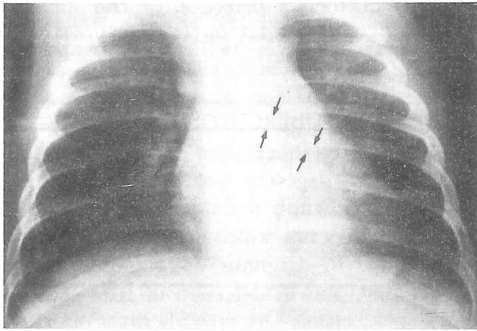


FIG. 1. Radiografía de tórax, en la que se aprecia un discreto estrechamiento y alargamiento del bronquio principal izquierdo (flechas)

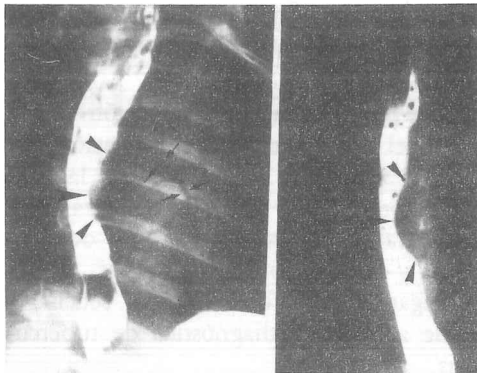


FIG. 2. Mismo niño de la Fig. 1. Esofagograma en el que además del ligero estrechamiento de las vías aéreas (flechas finas) muestra la compresión que las adenopatías tuberculosas efectúan sobre el tercio medio del esófago (flechas gruesas)

sugerentes de tuberculosis, se decide realizar un esofagograma. En la Fig. 2 se muestra la impronta que las adenopatías, no visibles en la simple, ejercían sobre el esófago, al mismo tiempo que se confirmaba el estrechamiento del árbol bronquial izquierdo.

Caso n.º 2. Varón de 3 años que ingresa con una clínica inespecífica de malnutrición y anorexia. En sus antecedentes familiares destaca la presencia de un abuelo en tratamiento con tuberculostáticos. En la exploración física se evidencia la malnutrición con una relación peso/talla en $-2DS$, y ligera disminución del murmullo vesicular en hemitórax izquierdo. El hemograma fue normal y la VSG de 44/75. Mantoux positivo (20 mm.). En la radiografía de tórax (Fig. 3) se aprecia un

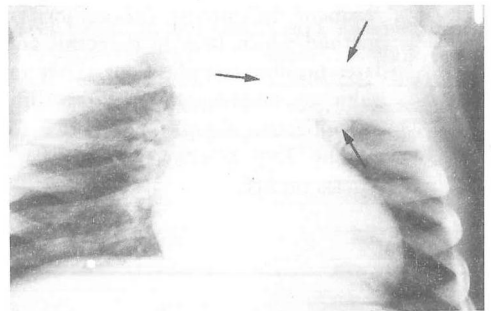


FIG. 3. Caso n.º 2. Radiografía de tórax que muestra un infiltrado localizado en el lóbulo superior derecho (flechas)

infiltrado en el lóbulo superior izquierdo. En el esofagograma (Fig. 4) se comprueba la compresión que las adenopatías tuberculosas efectuaban sobre el esófago. Una vez instaurado el tratamiento vemos la normalización radiológica tanto pulmonar como del esófago, apareciendo en éste el inicio de un divertículo por tracción (Fig. 5).

Caso n.º 3. Varón de 5 años que acude a consulta por presentar epigastralgias inespecíficas. En la exploración física nin-

gún hecho reseñable, así como tampoco en los antecedentes familiares ni personales. La analítica fue también normal. En el tránsito practicado por este motivo se apreció un divertículo en el 1/3 medio-inferior del esófago, probablemente no relacionado con su problema actual. Tratando de estudiar la posible etiología de este hallazgo se realizó una prueba de tuberculina que fue positiva (22 mm.), no estando previamente vacunado de BCG. En la radiografía de tórax aparece una calcifica-

ción a nivel hiliar (Fig. 6) que apoya aún más el diagnóstico retrospectivo de tuberculosis.

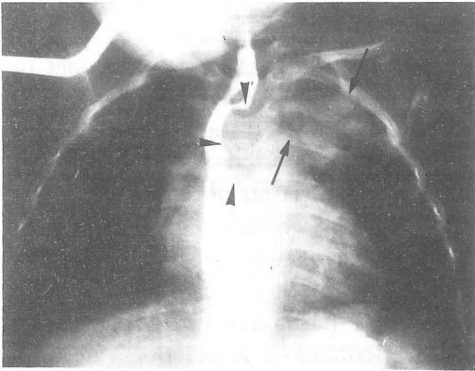


FIG. 4. Esofagograma del caso n.º 2 en el que además del infiltrado en el L.S.D. (flechas) se aprecia la compresión y desplazamiento que las adenopatías TBC efectúan sobre el tercio superior del esófago (flechas cortas)

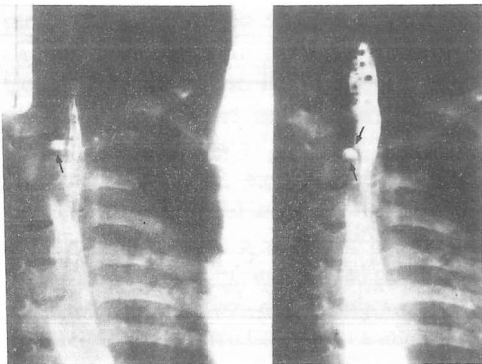


FIG. 5. Caso n.º 2: posteriormente, se ha curado la lesión tuberculosa y sólo queda un divertículo residual por tracción en el tercio superior del esófago (flechas)

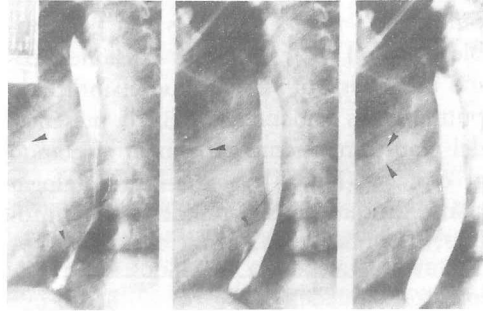


FIG. 6. Caso n.º 3: esofagograma donde se aprecia el divertículo esofágico residual, y la calcificación hiliar por adenopatía antigua (flechas)

DISCUSIÓN

El mediastino ocupa una posición de equilibrio entre ambos pulmones que puede ser alterada desplazándose hacia algún lado por cambios en el volumen de los mismos. Dentro de él, el esófago se sitúa en la parte central, en estrecha relación con las vías respiratorias, vasos y estructuras linfáticas por lo que los procesos pulmonares que afecten a alguna de estas estructuras, indirectamente pueden repercutir sobre el esófago convirtiéndolo en un punto de referencia de gran importancia en el diagnóstico, catalogación o despistaje de diversos procesos patológicos pulmonares y/o mediastínicos.

Aunque clásicamente se conocen una serie de signos radiológicos típicos de tuberculosis como el infiltrado primario, linfangitis y adenopatía, éstos faltan en un alto porcentaje o se presentan otros no típicos lo que dificulta notablemente el diagnóstico.

Teniendo en cuenta la participación casi constante del componente ganglionar, la repercusión sobre el esófago es frecuente. En una primera fase de la enfermedad

es rechazado y comprimido por la vecindad a ganglios que aumentan de tamaño. El esofagograma es entonces de gran utilidad, especialmente en aquellos casos (como el n.º 1) en que las manifestaciones pulmonares faltan o apenas son perceptibles (Figs. 1 y 2). En otras ocasiones, como en el caso n.º 2, aunque el infiltrado pulmonar es evidente (Fig. 3), la presencia del gran componente ganglionar afectando al esófago (Fig. 4) facilitan su catalogación. Aunque otras entidades como linfomas, mononucleosis, infecciones virales y, con menor frecuencia, sarcoidosis o granulomatosis, pueden cursar con aumento importante de los ganglios mediastínicos, la clínica y evolución posterior no suelen plantear problemas de diagnóstico diferencial.

La regresión de la lesión tuberculosa, en una fase posterior, tiende a producir adherencias de la adenopatía al esófago, y al cicatrizar tiran de su pared dando lugar a la formación de divertículos (Figs. 5 y 6) (1-5). Los divertículos en general son raros en la infancia, aunque los secundarios a tuberculosis por su localización anterior y vaciamiento rápido pueden pasar inadvertidos (1, 3). Su presencia en el tercio medio del esófago, especialmente si asocian

calcificación hilar, indican la existencia de una adenopatía antigua, y al menos en nuestro medio, nos hará pensar en un proceso tuberculoso que haya evolucionado de forma subclínica (caso n.º 3).

En raras ocasiones, la adherencia de la adenopatía al esófago puede llegar a producir una fístula tráqueo o broncoesofágica, con las dificultades diagnósticas inherentes. Por ello, el hallazgo de una de estas fístulas asociada a patología pulmonar obliga a descartar que no sea congénita sino adquirida. Entre los procesos que pudieran originarla se han descrito en la histoplasmosis, inhalación de cuerpos extraños, ingesta de cáusticos o infecciones por hongos en niños inmunodeprimidos (3, 5), si bien siempre debe tenerse en cuenta como primera posibilidad la tuberculosis por su frecuencia en nuestro medio.

Tras estas consideraciones, pensamos que el esofagograma debería realizarse de forma rutinaria en el diagnóstico de la tuberculosis pulmonar en la infancia, complementando a la radiología de tórax. De igual forma, ante un divertículo esofágico en la zona media, o de una fístula broncoesofágica, la tuberculosis debe ser descartada como primera posibilidad diagnóstica.

BIBLIOGRAFIA

1. CAFFEY, J.: *Diagnóstico radiológico en Pediatría*. Ed. Salvat. Barcelona, 1980, págs. 595-596.
2. FELSON, B.: *Radiología Torácica*. Ed. Científico-Médica. Barcelona, 1978, págs. 257-258.
3. FRANKEL, E. A.: *Gastrointestinal imaging in pediatrics*. Second Ed. Harper & Row Publishers. Philadelphia, 1982, págs. 86-87.
4. SUTTON, D.: *Tratado de radiología e imágenes diagnósticas*. Salvat Editores. Barcelona, 1985, pág. 676.
5. LUCAYA, J.; SOLE, S.; BADOSA, J. y MANZANARES, R.: *Bronchial perforation and bronchoesophageal fistulas: tuberculous origin in children*. An. J. Rad., 1980, 135: 525-528.