



REVISTA DE GASTROENTEROLOGÍA DE MÉXICO

www.elsevier.es/rgmx



IMAGEN CLÍNICA EN GASTROENTEROLOGÍA

Duplicación esofágica: una causa poco frecuente de infecciones respiratorias de repetición

Esophageal duplication: A rare cause of recurrent respiratory infections

G. Renau^{a,*}, F.M. Cerezo^b y A. Sánchez^a

^a Servicio de Cirugía General y Digestiva, Hospital Universitario Sant Joan de Reus, Reus, Tarragona, España

^b Servicio de Digestología, Hospital Universitario Sant Joan de Reus, Reus, Tarragona, España

Paciente de 20 años con antecedentes de infecciones respiratorias de repetición desde la infancia, que trata con antibioterapia y broncodilatadores. El último mes presenta un empeoramiento clínico asociado a disfagia a sólidos progresiva desde hace 5 días, por lo que consulta en urgencias. Se orienta como una posible bronconeumonía y se ingresa para completar el estudio, dadas las características atípicas.

Durante el ingreso se estudia mediante una TC de tórax y un tránsito esofagogástrico (figs. 1A y B) donde se evidencia una doble luz esofágica, sospechando una duplicación esofágica congénita. Se realiza una fibrogastroscofia que muestra

un ostium a 24cm de arcada dentaria que corresponde al orificio que conecta la segunda luz esofágica (fig. 2A). Se toman biopsias de la mucosa con aspecto inflamatorio sin evidencia de malignidad en el análisis anatomopatológico. El diagnóstico explica los cuadros de neumonías recurrentes desde la infancia y la disfagia por impactación del ingreso.

Se consensua en comité multidisciplinar un manejo endoscópico y se posiciona una endoprótesis aislando la segunda luz esofágica (fig. 2B). El paciente presenta buena evolución clínica resolviendo la disfagia, sin presentar nuevo episodio de infección respiratoria.

* Autor para correspondencia. Teléfono: +34 638525110. Plaza Llibertat 1-3 piso 7.º B. 43201 Reus, Tarragona, España.

Correo electrónico: guillermo.renau@salutsantjoan.cat (G. Renau).

<https://doi.org/10.1016/j.rgmx.2024.11.002>

0375-0906/© 2024 Asociación Mexicana de Gastroenterología. Publicado por Masson Doyma México S.A. Este es un artículo Open Access bajo la CC BY-NC-ND licencia (<http://creativecommons.org/licencias/by-nc-nd/4.0/>).



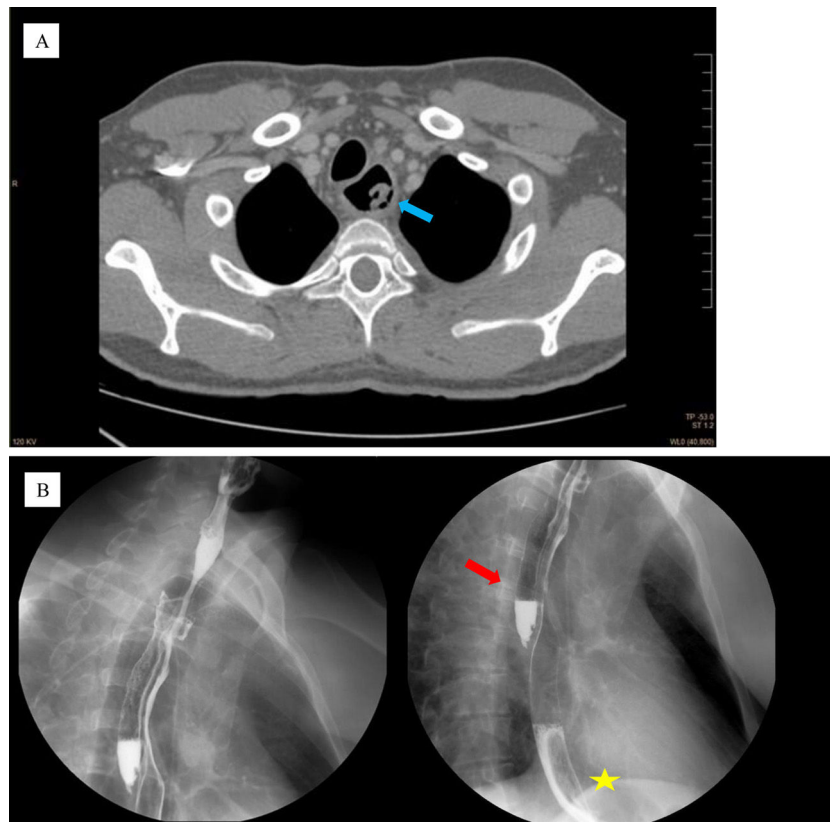


Figura 1 A) TC corte axial: El esófago cervical se muestra dilatado con una doble luz en su interior, sin comunicación con la tráquea (flecha azul). B) Tránsito esofagogástrico. Se observa el contraste oral discurriendo a través del esófago hasta a unión esofagogástrica (asterisco amarillo) y hacia la segunda luz esofágica, donde permanece estático (flecha roja).

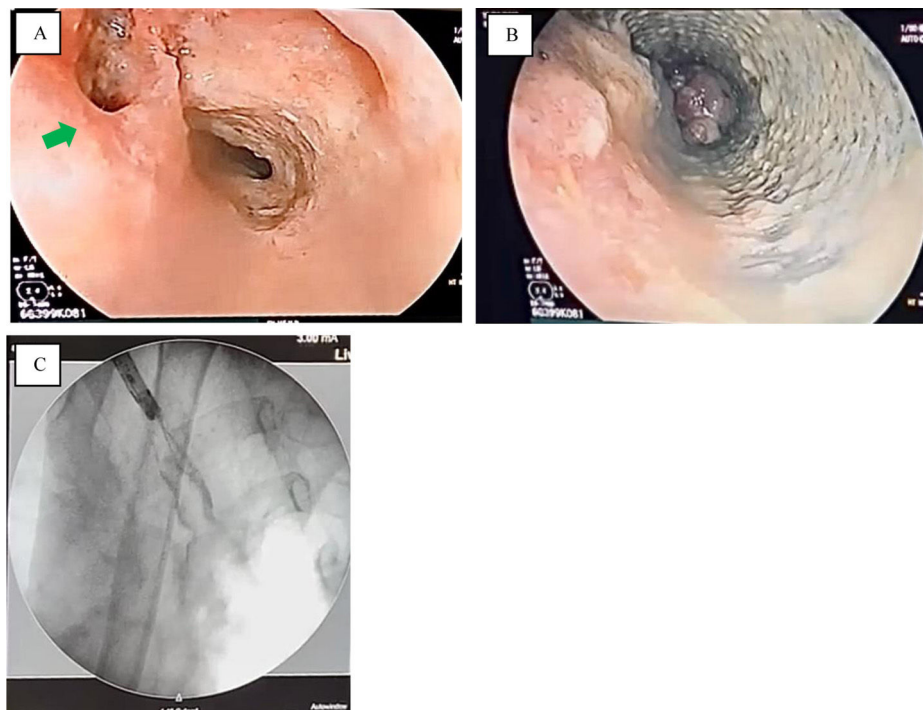


Figura 2 A) Fibrogastroscoopia evidenciando la doble luz esofágica con el ostium de la duplicación a la izquierda de la imagen (flecha verde) y la luz «verdadera» en el centro. B) Imagen endoscópica tras la colocación de la endoprótesis esofágica aislando la luz del ostium y permitiendo el paso del alimento solo por la luz «verdadera». C) Comprobación radiológica de la colocación de la prótesis esofágica.

Financiación

Los autores declaran no haber recibido financiación de entidades públicas o privadas.

Consideraciones éticas

Los autores declaran que el artículo no contiene información personal que permita la identificación de los pacientes por

tratarse de imágenes limitadas de la patología a estudio. Aun así, se obtuvo el consentimiento verbal del paciente y familiares tanto para la obtención de las imágenes como para la difusión del artículo.

Conflicto de intereses

Los autores no tienen conflicto de intereses con otras personas u organizaciones.