



**Neumonitis necrosante por fistulización desde divertículo esofágico**

**Sr. Director:** La neumonía necrosante obliga a pensar en varias causas de su desarrollo que tienen que ver con la génesis de la neumonía y con el germen. Presentamos el caso de una paciente en la que, una vez descartada la etiología de *Mycobacterium tuberculosis* y hongos mediante cultivo de esputo, el mecanismo aspirativo se sospechó por su historia de disfagia de un año de evolución. Los estudios de radiocinemografía del esófago y la tomografía axial computarizada (TAC) de tórax demostraron la fistulización de un divertículo de tracción con un trayecto que se comunicaba con la pleura y la neumonía adyacente en el vértice pulmonar derecho.

Mujer de 51 años, sin antecedentes patológicos de interés ni hábitos tóxicos, a quien se había intervenido en 2 ocasiones de sendas hernias discales, en C3 en el año 2000 y en C7 en 2002, mediante injerto óseo y colocación de placa metálica, respectivamente. Ingresó en nuestro servicio en agosto de 2005 por un cuadro de disnea, fiebre de 39 °C de 15 días de evolución e insuficiencia respiratoria moderada (presión arterial de oxígeno de 52 mmHg en condiciones basales). Se le realizaron varios controles analíticos con los siguientes resultados: leucocitosis de 19.000 con desviación a la izquierda, anemia (hemoglobina de 9,2 g/dl) y velocidad de sedimentación globular de 105 mm/h. Los análisis de orina con sedimento fueron normales y en la radiografía de tórax no se observaban imágenes patológicas. Inicialmente se diagnosticó de síndrome febril de origen desconocido y se realizaron estudios para gérmenes atípicos (*Chlamydia*, *Legionella*, fiebre Q, *Mycoplasma*, *Brucella*), determinación de anticuerpos anticitoplásmicos de neutrófilo con patrón citoplásmico y perinuclear, batería de autoanticuerpos, búsqueda de bacilos ácido-alcohol resistentes y hongos en esputo, así como marcadores tumorales séricos, cuyo resultado fue en todos los casos negativo.

Durante el ingreso, al reinterrogar a la paciente, se puso de manifiesto un cuadro de disfagia para sólidos, acompañado de regurgitación, de un año de evolución. A los 10 días de ingreso se realizó una TAC torácica para descartar bronquiolititis y, sorprendentemente, se observó la existencia de neumonía necrosante con múltiples cavitaciones y con contacto pleural, situada en el lóbulo superior derecho. Se efectuó a continuación una radiocinematografía con contraste baritado de esófago, que objetivó un divertículo de tracción en la hipofaringe, en contacto directo con la placa metálica de la columna cervical, por encima del músculo cricofaríngeo –motivo por el cual se descartó conceptualmente que se tratara de un divertículo de Zenker–, de cuya porción inferior emergía un trayecto fistuloso que se dirigía hacia el mediastino (fig. 1). Para valorar el trayecto fistuloso se realizó al día siguiente una TAC de tórax y cuello, en la que se evidenció que la fistula llegaba a entrar en contacto con la pleura en el lóbulo superior derecho, donde se localizaba la neumonía (fig. 2). Había además otros trayectos fistulosos que continuaban hacia los espacios perivertebrales, entre los músculos paraspinales, y que se desdoblaban a su vez en varios tractos fistulosos hacia la epiglotis.

Dado que la paciente era alérgica a los betalactámicos, se instauró tratamiento de la neumonía necrosante con levofloxacino y clindamicina, para cubrir un amplio espectro de gérmenes aerobios y anaerobios. Al cabo de pocos días desapareció la fiebre, y a las 2 semanas se produjo prácticamente la resolución del cuadro neumónico en la radiografía de tórax, así

**Fig. 1.** Tránsito faringoesofágico, proyección lateral. Imagen diverticular en la pared posterior de la hipofaringe, en contacto con la placa de fijación vertebral cervical (C6-C7). Se observa una fistula que se extiende por el espacio retroesofágico hasta el mediastino superior (flecha).



como la normalización de la cifra de leucocitos. A continuación se remitió a la paciente a cirugía digestiva para el tratamiento quirúrgico de resección del divertículo esofágico y obliteración del trayecto fistuloso hacia el pulmón. Se le dio de alta asintomática y con cierre de la perforación del divertículo, comprobado por radiografía.

La neumonía necrosante se caracteriza por la expresión radiográfica de patrón alveolar y áreas cavitadas en su seno. Pueden producirla varios gérmenes, habitualmente por su alta capacidad de necrosar tejidos, entre los que se encuentran *M. tuberculosis*, hongos, *Staphylococcus aureus*, gérmenes gramnegativos y gérmenes anaerobios. Hoy día se acepta que el germen es capaz de producir isquemia/trombosis de los vasos adyacentes al foco neumónico<sup>1</sup>, con lo que se produce la necrosis. La alta fiebre inicial de nuestra paciente, con radiografía de

tórax normal e insuficiencia respiratoria, pudo enmascarar un cuadro neumónico en formación, que no se percibió al principio en la radiografía de tórax. El dato clínico de disfagia de un año de evolución alertó sobre la posibilidad de enfermedad aspirativa, y los estudios pertinentes demostraron un divertículo esofágico por tracción, que estaba adosado en toda su porción posterior a una placa metálica colocada 2 años antes por hernia cervical. Se han publicado casos de complicaciones de la cirugía sobre la columna cervical que se manifiestan incluso con divertículos esofágicos, como el comunicado por Salam y Cable<sup>2</sup>, pero el presente es el primero descrito en la literatura médica mundial de fistulización hacia mediastino y pleura de un divertículo de ese origen. Habitualmente la asociación entre enfermedades esofágicas y pulmón, como el divertículo de

**Fig. 2.** Tomografía axial computarizada de vértices pulmonares, donde se observa la afectación pleuropulmonar del lóbulo superior derecho (flecha 1), en conexión con el extremo más distal del trayecto fistuloso con contraste, situado en la zona retrotraqueal del mediastino superior (flecha 2).



## CARTAS AL DIRECTOR

Zenker, la acalasia, los tumores, la iatrogenia durante la intubación o el reflujo gastroesofágico, se relaciona con el mecanismo aspirativo o la fistulización desde el esófago a la tráquea<sup>3-5</sup>, y puede producir desde tos crónica hasta microaspiraciones, empiemas, mediastinitis o neumonías necrosantes. Este caso es único por su patogenia, al existir una complicación de la cirugía cervical con placa metálica, que pudo propiciar una inflamación de contacto con la pared posterior del esófago y llevar al desarrollo de un divertículo hipofaríngeo por tracción. La larga evolución clínica de la disfagia hace suponer que el divertículo pudo perforarse y que entonces se desarrollaron varios trayectos fistulosos en la vecindad, uno de los cuales alcanzó el mediastino y, posteriormente, la pleura del vértice pulmonar, con el ulterior desarrollo de neumonía en el lóbulo superior derecho. Sorprende que la paciente no presentara me-

diastinitis; por el contrario, el trayecto fistuloso, tal como se demostró en el estudio por TAC con contraste, propició una reacción local inflamatoria en forma de moneda en el mediastino, desde donde prosiguió hacia la región pleural del vértice del pulmón derecho.

Este caso singular resalta la necesidad de indagar la presencia de síntomas de enfermedades esofágicas en relación con neumonías de etiología inexplicable. Aunque el mecanismo aspirativo es el más frecuente, un simple estudio baritado del tránsito esofágico puede revelar patogenias tan insólitas como la aquí expuesta.

**Adalberto Pacheco Galván,  
Valentín García Gutiérrez  
y Elsa Pérez González**

Servicio de Neumología. Hospital Ramón y Cajal. Madrid. España.

1. Reich JM. Pulmonary gangrene and the air crescent sign. *Thorax*. 1993;48:704.
2. Salam MA, Cable HR. Acquired pharyngeal diverticulum following anterior cervical fusion operation. *Br J Clin Pract*. 1994;48:109-10.
3. Jiménez A, Franquet T, Erasmus JJ, Martínez S, Estrada P. Thoracic complications of esophageal disorders. *Radiographics*. 2002;22:S247-S5.
4. Martin-Hirsch DP, Lannigan FJ. Pharyngo-oesophageal fistula following iatrogenic perforation of a pharyngeal pouch. *J Laryngol Otol*. 1995;109:1215-6.
5. Burt M, Dile W, Martini N, Bains MS, Ginsberg RJ, McCormack PM, et al. Malignant esophagorespiratory fistula: management options and survival. *Ann Thorac Surg*. 1991;52:1228-9.