



P-192 - Fistulización dirigida como alternativa quirúrgica en la reintervención de perforación esofágica. a propósito de un caso

E. Colás Ruiz, J.A. Rueda Orgaz, L. Vega, S. Linacero, E. Celi, L. Martín, F. Ochando y A. Quintans

Fundación Hospital Alcorcón, Madrid.

Resumen

Introducción: La perforación esofágica es una patología grave, poco frecuente y de difícil manejo, que cuenta con una tasa de mortalidad elevada que ronda del 15% al 30% debido a las complicaciones sépticas. Existen una gran variedad de métodos para manejar la perforación esofágica, desde el tratamiento conservador hasta la esofagectomía o exclusión esofágica. Actualmente, el manejo es controvertido por la gran variedad de métodos terapéuticos y la poca experiencia individual. La elección del mejor tratamiento inicial es clave para un pronóstico favorable.

Caso clínico: Varón de 32 años con antecedentes de asma bronquial, síndrome de Weaber, esofagitis eosinofílica diagnosticada en el contexto de hemorragia digestiva alta secundaria a síndrome de Mallory-Weiss con impactación de cuerpo extraño esofágico y estenosis de aspecto péptico que precisó tratamiento endoscópico, que acude al servicio de Urgencias por dolor abdominal de brusca aparición con signos de irritación peritoneal y hematemesis. Se solicita TC donde se identifica neumomediastino, neumoperitoneo, aire libre disecando espacios cervicales, retroperitoneo, y en raíz de miembros inferiores, observándose con contraste oral extravasación en la unión esofago-gástrica. Con estos hallazgos se decide intervención quirúrgica urgente hallándose lo objetivado en la prueba de imagen, realizándose cierre de la perforación y plastia con fundus gástrico. Se pauta antibioterapia de amplio espectro y nutrición parenteral. El sexto días postoperatorio empieza con fiebre y episodios de desaturación, apreciándose en el TC de urgencia fuga de contraste en el esófago además de atelectasia pulmonar derecha completa, con lo que se decide nueva intervención quirúrgica hallándose una peritonitis localizada en el compartimento supramesocólico con un absceso subfrénico secundario a la dehiscencia de la sutura, se realiza lavado exhaustivo de la cavidad abdominal con cierre parcial y tutorización de la perforación con drenaje de Kehr, más sonda de gastrostomía descompresiva. Fue dado de alta a los 21 días tras la 2ª intervención quirúrgica con el tubo de Kehr, que posteriormente se retiró de manera ambulatoria con buena evolución clínica.

Discusión: La decisión de realizar un tratamiento u otro debería estar basada en la experiencia del cirujano, el tiempo de evolución, la localización de la perforación, la patología de base esofágica... La fistulización dirigida es un procedimiento simple aunque poco utilizado que se debe conocer ya que puede ser útil en la cirugía de urgencia, cuando la sutura simple es arriesgada por el tiempo de evolución o queremos evitar otra técnica muchos más agresiva.