



Cirugía Española

www.elsevier.es/cirugia



P-181 - MANEJO DE LA PERFORACIÓN ESOFÁGICA. ¿HACIA DÓNDE VAMOS?

Fernández Miguel, Tamara; García Gutiérrez, Virginia; Brandariz Gil, Lorena; Pérez, Jorge Brian; Bernal Tirapo, Julia; Gil Díez López Maroto, Danae; González Burdalo, Verónica; Ferrero Herrero, Eduardo

Hospital Universitario 12 de Octubre, Madrid.

Resumen

Introducción: La perforación esofágica constituye una de las urgencias quirúrgicas más graves. Las causas son numerosas: vómitos forzados (sd. Boerhaave, 25%), ingesta de cuerpos extraños (16%), traumatismos peroperatorios (mediastinoscopia, neumonectomías, etc., 6,5%), traumatismos por arma blanca o arma de fuego (2,5%) y en el contexto de endoscopias diagnósticas o intervencionistas (50%). El pronóstico depende de la rapidez diagnóstica no existiendo unanimidad en el manejo de estas lesiones; en la mayoría de los casos el tratamiento es quirúrgico pero bajo criterios estrictos puede optarse por un manejo conservador. El retraso en el tratamiento quirúrgico, con la contaminación subsiguiente, hace que la sutura simple fracase a menudo y por ello se proponen alternativas como colgajos de refuerzo de las suturas, fistulización dirigida, resecciones esofágicas junto a estructuras adyacentes afectas y en último recurso, o casos graves, la exclusión esofágica. Tradicionalmente, los índices de mortalidad se acercaban al 80%; los avances en el manejo del paciente crítico, el diagnóstico precoz y las técnicas quirúrgicas han permitido que estos índices oscilen entre un 15-30%. Presentamos un caso de perforación esofágica con evolución favorable tras manejo conservador.

Caso clínico: Mujer de 39 años con antecedentes de bulimia nerviosa que acude al servicio de urgencias refiriendo dolor retroesternal y cervical que aparece una hora después de provocarse el vómito con una cucharilla, no refiere náuseas, vómitos ni dificultad respiratoria. La paciente se encuentra afebril y hemodinámicamente estable. A la exploración presenta dolor en región cervical derecha sin enfisema subcutáneo. Analíticamente destaca discreta neutrofilia. Se realiza CT torácico evidenciándose enfisema cervical derecho y colección en la unión cervicotorácica de $4,5 \times 3 \times 2$ cm con burbujas de gas en su interior en contacto con pared posterolateral derecha esofágica, que sugiere perforación a ese nivel. Teniendo en cuenta la estabilidad analítica y clínica y el diagnóstico precoz se decide manejo conservador, se coloca SNG bajo control radioscópico, se instaura antibioterapia de amplio espectro y nutrición por vía parenteral. Se completa ciclo antibiótico, realizándose CT de control que demuestra desaparición de la colección. La paciente evoluciona favorablemente manteniéndose asintomática, afebril y hemodinámicamente estable, reiniciándose la alimentación oral a los 14 días de evolución y es dada de alta tras 20 días de ingreso.

Discusión: El tratamiento conservador de las lesiones esofágicas es eficaz en situaciones limitadas (criterios de Mengoli y Klassen 1969); diagnóstico precoz, perforaciones intramurales o transmuralas < 1 cm, tránsito esofágico con paso de contraste mayoritario hacia la luz esofágica,

ausencia de obstrucción subyacente, ausencia de criterios de sepsis o mejoría clínica las 24h siguientes al inicio del tratamiento. Si estos criterios están presentes la evolución es favorable en el 85% de los casos, con una supervivencia cercana al 100%.