



P-160 - PERFORACIÓN ESOFÁGICA EN PACIENTE CON ESOFAGITIS EOSINOFÍLICA

Ferrusola Díaz, David; Sanluís Verdes, Namibia; Licardie Bolaños, Eugenio; Míguez González, Andrés; García de Castro, Ricardo; Bouzón, Alberto; Romero González, José Antonio; Noguera Aguilar, José Francisco

Complejo Hospitalario Universitario de A Coruña, A Coruña.

Resumen

Introducción: La esofagitis eosinofílica es una enfermedad infrecuente, propia de edades pediátricas; aunque cada vez más frecuentemente descrita en adultos. Se caracteriza por intensa infiltración de la mucosa esofágica por eosinófilos, sin afectación de otros tramos del tubo digestivo.

Caso clínico: Nuestro paciente es un varón de 25 años con historia de disfagia intermitente no consultada previamente que debuta como perforación esofágica. Se trata de un paciente sano que presenta episodio de disfagia súbita sin progresión del bolo esofágico, con vómito posterior, dolor dorsal irradiado hacia flancos y disnea. A la exploración física destaca palidez cutánea, enfisema cervical y supraclavicular. Auscultación con murmullo vesicular disminuido. Abdomen doloroso de forma difusa con peritonismo marcado. Se realiza TC al ingreso hallándose perforación a nivel del hiato con neumomediastino y neumoperitoneo. Se observa colección líquida, mediastínica posterior, de 4 × 4,5 cm, anterior a aorta y adyacente al esófago, que presenta pared muy engrosada y aire en periferia que se continúa hasta cuello. Se decide intervención quirúrgica urgente. El paciente llega a quirófano taquicárdico con tendencia a la hipotensión. Se realiza laparotomía, evidenciándose, absceso periesofágico y mediastínico y perforación de 3 cm en cara postero-lateral izquierda de tercio inferior esofágico. Se realiza drenaje del absceso, sutura de la perforación y funduplicatura tipo Toupet de protección. Se dejan dos drenajes tipo Penrose en cavidad mediastínica y otro en hiato derecho. Tubo de tórax izquierdo. Se intenta pasa una sonda nasogástrica sin éxito a pesar de múltiples intentos incluso con fibroscopio. Cubierto empíricamente con piperacilina-tazobactam y fluconazol. En postoperatorio inmediato; prueba de azul de metileno negativa y amilasa normal en drenajes. Soporte nutricional parenteral. Se aíslan en los cultivos *Streptococcus salivarius*, *K. pneumoniae*, *S. oralis*. Al 9º día se retira el tubo de tórax y se inicia dieta líquida. Cuatro días después, fiebre de 39 °C con dudoso contenido intestinal en drenaje; realizándose TC urgente que evidencia colección periesofágica inferior izquierda, con neumomediastino y gran cantidad de aire retrocardíaco y subhepático. Se realiza punción percutánea de colecciones, y esofagograma con gastrografín sin evidenciar fugas de contraste. En la EDA se evidencia esófago anillado característico de esofagitis eosinofílica. A 27 cm uno de los anillos provoca una estenosis que se vence con dificultad con el endoscopio pediátrico. A nivel de la unión gastroesofágica se aprecia la sutura con aparente fuga. No se coloca prótesis esofágica dada la fragilidad de la pared esofágica y al elevado riesgo de perforación. Se inicia dieta líquida al 26º día con buena tolerancia, completa antibioterapia y supone alta al 36º día posoperatorio.



Discusión: La esofagitis eosinofílica es una enfermedad crónica, con síntomas recidivantes. El diagnóstico es clínico, endoscópico e histológico. En los adultos las complicaciones más descritas son la impactación del bolo alimentario y la perforación, debido a la estenosis y adelgazamiento esofágico, respectivamente. El tratamiento incluye medidas dietéticas y farmacológicas con IBP y esteroides como fluticasona o budesonida inhalatoria o deglutida. Pacientes dependientes o refractarios a esteroides podrían tratarse con inmunosupresores. Se reservan técnicas mecánicas para complicaciones.