



P-053 - ABORDAJE TERAPÉUTICO DE UNA PERFORACIÓN ESOFÁGICA TRAS TIROIDECTOMÍA TOTAL

J. Maupoey Ibáñez, S. Barber Millet, M.N. Ballester Pla, R. García Domínguez, M.D. Aguilar Martí, M.G. Trallero Anoro, F.J. Vaqué Urbaneja y F. Mingol Navarro

Hospital Universitario La Fe, Valencia.

Resumen

Objetivos: La perforación esofágica iatrogénica tras tiroidectomía total es una complicación que requiere de un abordaje terapéutico complejo. Pretendemos demostrar nuestra experiencia con esta complicación a través de un caso derivado a nuestro hospital.

Métodos: Se trata de una paciente mujer de 64 años, intervenida de tiroidectomía total por bocio multinodular en un hospital comarcal, aparentemente sin incidencias durante la cirugía, que presentó durante el 1º día postoperatorio la salida de líquidos ingeridos a través del drenaje cervical. Se realizó intervención quirúrgica urgente evidenciándose una avulsión completa del esófago cervical, se colocó un drenaje cervical sobre el extremo esofágico proximal, para crear una fistula salival a piel, cierre de muñón esofágico distal y yeyunostomía de alimentación. La paciente es derivada a nuestro hospital 2 meses después, donde realizamos estudios para ver el alcance real de la lesión mediante: laringoscopia, endoscopia digestiva alta, Tomografía computarizada (TC) y tránsito esofagogastroduodenal (TEGD).

Resultados: Se evalúan los resultados, observándose en la TC una cavidad aérea cervical comunicada con el exterior a través del drenaje cervical, que corresponde al defecto de esófago cervical, de aproximadamente 5-6 cm de longitud, cuyo extremo proximal se encuentra a menos de 2 cm del esfínter esofágico superior (EES) y el extremo distal se encuentra a la altura del manubrio esternal. En la laringoscopia se observaba parálisis de la cuerda vocal izquierda por lesión del nervio recurrente sin otras lesiones, en la endoscopia se aprecia una longitud del esófago por debajo del EES de 1 a 2 cm y en el TEGD se apreciaba también una longitud del esófago de 1,5 cm. Se estudia el caso junto con otorrinolaringología y cirugía plástica, planificándose posibilidades de reconstrucción quirúrgica esofágica mediante plastia gástrica tubular con anastomosis cervical (se realizó acondicionamiento de la plastia gástrica), o mediante colgajo libre yeyunal o radial según la magnitud del defecto esofágico y la altura de los cabos esofágicos, asociado o no a laringuectomía total según si existe suficiente esófago por debajo del EES para realizar la anastomosis proximal en hipofaringe, asegurando la buena función deglutoria para evitar broncoaspiraciones continuas. Durante la intervención se comprueba una longitud del remanente esofágico proximal de 1,5 cm con buen aspecto para realizar la anastomosis descartándose la realización de una laringuectomía total, pero el muñón distal esofágico se encuentra muy fibrótico en mediastino superior. Se decide realizar esofaguectomía mediante stripping y plastia gástrica tubular retroesternal. La paciente presenta una

evolución satisfactoria, siendo alta hospitalaria con correcta función deglutoria tras 15 días de la intervención.

Conclusiones: La resección esofágica post-tiroidectomía es una complicación extremadamente infrecuente, pero invalidante, que requiere de un abordaje multidisciplinar complejo, muy invasivo y asociado a una elevada morbilidad. En casos de avulsión completa del esófago, proponemos la reconstrucción esofágica mediante colgajo libre yeyunal o colgajo libre radial si ambos extremos esofágicos son cervicales, y esofaguectomía mediante stripping y reconstrucción con plastia gástrica vertical para evitar anastomosis intramediastínica en casos en los que el extremo esofágico distal sea intratorácico, como fue el caso de nuestra paciente.