



Cirugía Española

www.elsevier.es/cirugia



P-584 - CONTROL DE DAÑOS EN UNA PERFORACIÓN ESOFÁGICA IATROGÉNICA MUY EXTENSA

Garciafilia Cabrera, Laura; Martín Román, Lorena; Kayser Mata, Silvia; Pérez Díaz, María Dolores; Turégano Fuentes, Fernando

Hospital General Universitario Gregorio Marañón, Madrid.

Resumen

Introducción: La acalasia secundaria a enfermedad de Chagas es infrecuente en nuestro medio, y las dilataciones endoscópicas son el tratamiento de elección. Presentamos un caso con desgarró iatrogénico transmural muy extenso del esófago que inicialmente pasó inadvertido, y que obligó a esofagectomía transhiatal, con reconstrucción del tránsito durante el mismo ingreso.

Caso clínico: Mujer de 56 años, natural de Bolivia, con antecedentes de enfermedad de Chagas de 30 años de evolución y disfagia en los últimos meses. Ingresó para una primera dilatación endoscópica, refiriendo el endoscopista que observa durante la misma un desgarró mucoso esofágico extenso y profundo, asociado a dolor moderado. Durante las primeras 24-36h la paciente permanece estable, con dolor retroesternal continuo que el especialista en Aparato Digestivo considera de intensidad moderada, sin solicitar valoración por equipo de Cirugía. Al segundo día ocurre un importante deterioro clínico, con aparición de disnea, desaturación, fiebre, taquicardia, y dolor en epigastrio, acompañados de leucocitosis y elevación de reactantes de fase aguda (PCR y procalcitonina). Se realiza una TC que describe una perforación esofágica distal, con extravasación libre de contraste al mediastino y derrame plural bilateral. Debido a ello se decide laparotomía urgente supraumbilical, con hallazgo de peritonitis en la región epigástrica y vertido de material maloliente a través del hiato diafragmático. Se procede a la apertura amplia del mismo, observándose un desgarró esofágico transmural muy extenso y con los tejidos adyacentes desvitalizados. Debido a la gran longitud del desgarró y la importante contaminación de la zona se opta por esofagectomía transhiatal y lavado abundante de la cavidad pleural y mediastino. La estabilidad hemodinámica de la paciente permite la confección de una gastroplastia tubulizada que se asciende hasta la región cervical sin realizar anastomosis primaria. La cirugía se completa con un esofagostoma cervical terminal y con una yeyunostomía de alimentación. La paciente presenta una excelente evolución postoperatoria que permite la reconstrucción del tránsito gastrointestinal en el mismo ingreso, realizando un segundo tiempo quirúrgico 14 días después con la resección de una pequeña zona necrótica en el muñón proximal de la gastroplastia y una anastomosis esofagogástrica. La evolución postoperatoria fue de nuevo satisfactoria.

Discusión: Las posibles técnicas quirúrgicas empleadas para el tratamiento de una perforación esofágica dependen principalmente del tiempo transcurrido desde la perforación, así como el estado general del paciente. La esofagectomía es en ocasiones inevitable, y en casos seleccionados puede

confeccionarse una gastroplastia que se asciende hasta el cuello en el mismo acto quirúrgico, permitiendo la reconstrucción esofagogástrica en el mismo ingreso.