



P-138 - MANEJO QUIRÚRGICO DE LA IMPACTACIÓN DE CUERPO EXTRAÑO ESOFÁGICO. A PROPÓSITO DE UN CASO

León Ayllón, Diana; Morales Hernández, Alejandro; Delgado Plasencia, Luciano; García Romera, Ángel; Guil Ortiz, Beatriz; Medina Arana, Vicente; Bravo, Alberto; Alarco, Antonio

Hospital Universitario de Canarias, San Cristóbal de La Laguna.

Resumen

Introducción: La ingesta de cuerpos extraños es una urgencia frecuente, no así el manejo quirúrgico de los mismo, debido al desarrollo de habilidades y la evolución de la endoscopia digestiva alta desde el punto de vista terapéutica, siendo este, el tratamiento de elección, y solo en caso de fallo o complicaciones, es donde el equipo quirúrgico juega un roll importante (< 1% de los casos).

Caso clínico: Nuestro caso se trata de un paciente varón de 41 años de edad con AP de Síndrome de Down, hipotiroidismo, trombocitopenia, con episodio previo de ingesta accidental de prótesis dental, que se extrajo mediante endoscopia sin complicaciones. Presenta nuevo episodio similar, que se diagnostica de forma accidental tras ser sus familiares quienes objetivan la ausencia de la prótesis bucal, se realiza Rx tórax, visualizan densidad metálica en tercio medio esofágico; es valorado por el S. de Digestivo, quienes realizan EDA en quirófano bajo IOT, visualizando cuerpo extraño a 5 cm de la boca de Killian, de localización transversal, firmemente adherido a la pared, con una laceración longitudinal profunda, intentando la extracción del mismo en múltiples ocasiones con pinza de cuerpo extraño, cesta de Roth y con asa, sin conseguirlo, por anclaje firme al esófago, por lo que se decide intervención quirúrgica urgente. Se inicia intervención quirúrgica con acceso por vía toracoscópica (2 trócares) posteriormente convertida a toracotomía posterolateral derecha en 5º espacio intercostal por la presencia de abundante líquido y datos que sugieren perforación esofágica. Se evidencia síndrome inflamatorio importante periesofágico, así como la existencia de cuerpo extraño intraesofágico, a nivel del cruce de la vena ácigos y de la carina, la cual se liga. Se extrae cuerpo extraño, identificado perforación esofágica adyacente de 0,5 cm. Cierre primario de la esofagostomía longitudinal con puntos entrecortados de monocryl 2/0 y colocación de placa de Tachosil. Exclusión esofágica mediante esofagostomía en asa a nivel cervical mediante acceso con cervicotomía lateral izquierda. Abordaje abdominal mediante laparotomía media para gastrostomía descompresiva así como ileostomía de alimentación. En el postoperatorio permanece en la UVI, con necesidad de ventilación mecánica por mala movilización se secreciones y atelectasia, así como realización de traqueostomía quirúrgica con la finalidad de progresar en el destete respiratorio, con evolución satisfactoria y alta a planta. Se realiza EGD control sin datos de fuga o estenosis, e inicia tolerancia oral, con éxito por lo que es dado de alta y seguimiento por consulta externa, con buena evolución desde el punto de vista digestivo hasta la actualidad.

Discusión: La impactación de cuerpos extraños esofágicos es frecuente y el tratamiento debe ser la extracción endoscópica lo más precoz posible. La cirugía queda de reserva para aquellos casos en los que se sospeche una complicación o sea imposible su extracción. En estos casos la intervención quirúrgica urgente es obligatoria, y debe ser multidisciplinar de ser necesario; siendo el tratamiento de elección la reparación primaria, con desbridamiento del tejido necrótico. La cirugía no debe considerarse como un fallo sino como la decisión más oportuna y adecuada para el paciente.