



P-166 - PERFORACIÓN ESOFÁGICA INADVERTIDA SECUNDARIA A EXTRACCIÓN ACCIDENTAL DE SONDA DE SENGSTAKEN-BLAKEMORE

Domínguez Ayala, Maite; Díez del Val, Ismael; Gómez García, Pilar; Loureiro González, Carlos; Leturio Fernández, Saioa; García Fernández, Marta; Vázquez Melero, Alba; Barrenetxea Asua, Julen

Hospital Universitario Basurto, Bilbao.

Resumen

Introducción: En el manejo del sangrado agudo por varices esofagogástricas en pacientes con cirrosis, el tratamiento de elección es endoscópico. Sólo cuando éste ha fracasado, está indicado el taponamiento con sonda de Sengstaken- Blakemore como terapia puente a la derivación portosistémica intrahepática transyugular (TIPS). Sin embargo, esta medida no está exenta de riesgos que, si no se sospechan precozmente, pueden pasar inadvertidos.

Caso clínico: Presentamos el caso de un varón de 41 años con antecedentes de enolismo, cirrosis con hipertensión portal Child C 10, episodios de hemorragias digestivas altas por varices gastroesofágicas y ascitis descompensadas, que acude a urgencias por cuadro de hematemesis y melenas. Tras endoscopia fallida y debido a inestabilidad hemodinámica, se coloca sonda de Sengstaken- Blakemore. Se objetiva mal posicionamiento del balón gástrico en radiografía de tórax por lo que se desinfla parcialmente, consiguiendo a las 24 horas realizar TIPS. Se mantiene la sonda colocada durante el procedimiento, pero a las pocas horas tras el mismo, el paciente se retira accidentalmente la sonda y comienza con cuadro de insuficiencia respiratoria, sepsis y derrame pleural derecho, por lo que se coloca drenaje pleural con mejoría clínica. Sin embargo, al sexto día de ingreso, persiste febrícula y salida de material purulento por el tubo de tórax que se envía a analizar, diagnosticándose de empiema. En el TAC con contraste hidrosoluble se visualiza paso de contraste hacia cavidad pleural secundaria a perforación de esófago amplia, asociada a mediastinitis. Se decide cirugía urgente: mediante toracotomía posterolateral derecha, se objetiva empiema torácico y perforación esofágica longitudinal desde zona proximal al cayado de la ácigos hasta esófago distal, próximo a unión gastroesofágica. Tras disección esofágica con sección suprahiatal y resección del segmento esofágico perforado, se realiza esofagostoma terminal preesternal de Orringer. Finalmente, mediante laparotomía media, se realiza gastrostomía de alimentación. Tras 14 días ingresado en el Servicio de Reanimación y 7 días en planta, se resuelve el cuadro sistémico. Se comprueba el correcto manejo de la gastrostomía por el paciente, por lo que se decide alta con intención de reconstrucción esofágica en un segundo tiempo.

Discusión: La rotura esofágica secundaria a la colocación de la sonda de Sengstaken-Blakemore es una complicación potencialmente mortal. El riesgo aumenta si existe mal posicionamiento del balón o retirada traumática accidental de la misma. La mortalidad asociada a la perforación esofágica se encuentra en torno a un 15-30% aproximadamente. Se debe de sospechar ante la presencia de dolor

torácico, shock séptico e hidrotórax, teniendo en cuenta que sólo un 33% de los casos manifiestan síntomas precoces. La amilasa elevada en el drenaje de tórax y un empiema sin neumonía previa pueden ser signos de perforación esofágica con fístula asociada. El TAC con contraste hidrosoluble es la prueba de mayor rendimiento diagnóstico; puede precisar la localización de la perforación y la extensión de la mediastinitis. El tratamiento quirúrgico está indicado en casos de lesiones extensas y mediastinitis, además de clínica sugestiva de sepsis, pudiendo ser la esofagectomía la única opción terapéutica.