



Cirugía Española



www.elsevier.es/cirugia

P-177 - PERFORACIÓN ESOFÁGICA DE ORIGEN INCIERTO: UNA SOLUCIÓN INGENIOSA PARA SU MANEJO

Bañolas Suárez, Raquel; Acosta Mérida, María Asunción; Alemán Pérez, Néstor José; Castillo Acosta, Sara; Gil García, Julia María; Lázaro Carrasco, Jesús; Cubas Medina, Alberto; Brito Pérez, Zaida

Hospital Universitario de Gran Canaria Doctor Negrín, Las Palmas de Gran Canaria.

Resumen

Introducción: La perforación esofágica es una urgencia médica grave y potencialmente mortal, cuyo manejo es complejo y depende de múltiples factores. El síntoma típico de presentación es el dolor, aunque también pueden aparecer odinofagia, disnea, crepitación subcutánea y escalofríos. La alteración del estado mental o la insuficiencia respiratoria pueden producirse con contaminación extensa y sepsis, especialmente si la perforación se presenta con retraso. Las perforaciones esofágicas torácicas son las más comunes (72,6%), seguidas de las cervicales (15,2%) y las abdominales (12,5%). Las perforaciones iatrogénicas son las más comunes. Existen perforaciones espontáneas con etiología no bien definida, si bien hay patologías como la enfermedad por reflujo gastroesofágico, la acalasia, la estenosis esofágica, la esclerodermia o la hernia de hiato que se asocian a mayor riesgo de perforación esofágica.

Caso clínico: Presentamos el caso de un varón de 56 años, con antecedentes de esquizofrenia y hábito tabáquico, que ingresa en estado de *shock* séptico que parece secundario a una neumonía con empiema asociado y que sufre, en ese contexto, un infarto agudo de miocardio que requiere revascularización. Tras la mejoría hemodinámica y el traslado a planta se inician estudios por aspecto quiloso del material drenado por el tubo torácico objetivándose una perforación esofágica en el tránsito baritado. Se somete a una endoscopia digestiva alta con la intención de tratar la perforación y, al apreciarse un componente de estenosis, se coloca una endoprótesis. La endoprótesis se retira tras varios episodios de desplazamiento pero se logra la desaparición del componente estenótico. Se intenta colocar una terapia de presión negativa pero técnicamente resulta imposible por la angulación que existe para acceder a la cavidad desde la luz esofágica. Se lleva a cabo una reunión multidisciplinar y se logra desarrollar una técnica combinada para su colocación. Para ello se coloca un tubo de tórax de 9,3 mm. A su través y mediante una pinza endoscópica se externaliza un hilo de seda que discurre en paralelo al endoscopio y en cuyo extremo se fija el extremo distal de la esponja y, traccionando del extremo caudal del hilo (que sale por el tubo de tórax) y bajo control endoscópico, se logra alojar la esponja en la cavidad mediastínica. Se realiza varios recambios siguiendo este método pero la cavidad es demasiado grande y la terapia no está siendo efectiva. Finalmente se realiza, conjuntamente con cirugía torácica, una toracotomía exploradora con anatomización y desconexión esofágica, cierre de la perforación y esofagostomía cervical. El paciente evoluciona favorablemente en el posoperatorio inmediato.

Discusión: El manejo oportuno de la perforación esofágica es fundamental, ya que la morbilidad y la mortalidad aumentan con el intervalo entre el diagnóstico y la institución de la terapia adecuada. Durante décadas la intervención quirúrgica ha sido el pilar del tratamiento de la perforación esofágica. Más recientemente, se han introducido tratamientos endoscópicos, como la colocación de endoprótesis, el clipaje, la sutura o endoesponjas conectadas a vacío, entre otros. La complejidad de muchos casos obliga a plantear soluciones individualizadas en un contexto de colaboración multidisciplinar.