



P-189 - TORACOSCOPIA EN PRONO EN EL TRATAMIENTO DE PERFORACIÓN ESOFÁGICA POR CUERPO EXTRAÑO

Oseira Reigosa, Anaí; Bianchi, Alessandro; Villalonga Ramírez, Bárbara; Martínez Córcoles, José Antonio; Loyola Miró, Julia; Gutiérrez Cañadas, Gemma; González Argenté, Francesc Xavier; Pagán Pomar, Alberto

Hospital Universitario Son Espases, Palma de Mallorca.

Resumen

Introducción: La mayoría de los cuerpos extraños esofágicos se extraen endoscópicamente o pasan espontáneamente. El tratamiento quirúrgico es necesario hasta en un 3,4% de los casos en los que no es posible su extracción o para el tratamiento de las complicaciones. Dentro de los cuerpos extraños esofágicos, las dentaduras presentan una baja incidencia (1,4%) presentando un reto tanto diagnóstico como terapéutico.

Caso clínico: Hombre de 53 años que acude a Urgencias refiriendo odinofagia y sensación de cuerpo extraño a nivel esofágico tras ingesta accidental de parte de su dentadura postiza mientras comía. Se realiza radiografía de tórax y de cuello sin objetivar hallazgos patológicos. Dada la estabilidad hemodinámica del paciente y la permeabilidad de la vía aérea es dado de alta. Al mes acude a Urgencias por clínica de odinofagia y disfagia a alimentos sólidos. Se realiza una gastroscopia hallando un cuerpo extraño compatible con una prótesis dental en tercio superior esofágico con erosión de la mucosa. Se realiza un intento de extracción, fallida. Se decide derivar al paciente a un centro de referencia donde se realizan dos intentos más de extracción endoscópica sin éxito con sospecha de perforación. Se realiza TAC toraco-abdominal con contraste oral e intravenoso que evidencia cuerpo extraño a nivel de esófago torácico y fuga de contraste oral con formación de una colección paraesofágica derecha de 5 mm, compatible con perforación. Se decide intervención quirúrgica urgente. Se realiza una toracoscopia derecha en prono objetivando un defecto de 1,5 cm a nivel de esófago torácico superior por donde emerge el cuerpo extraño. Se extrae quedando un orificio residual de 3 cm de diámetro. Cierre del defecto con sutura barbada monofilamento de absorción lenta 3-0. Colocación de tubo de tórax. Posteriormente, se realiza una incisión subcostal izquierda y exclusión de esófago distal a nivel abdominal con grapadora mecánica y confección de yeyunostomía. Se termina la intervención realizando una cervicostomía lateral izquierda. En el posoperatorio presenta como complicación una colección de 4 × 1 cm adyacente a la esofagorrafia sin extravasado de contraste oral que se maneja con tratamiento antibiótico con buena evolución.

Discusión: Las dentaduras postizas tienen una alta tasa de infradiagnóstico (47%) al ser mayoritariamente radiolucentes lo que supone un retraso en el tratamiento y un aumento de las complicaciones. El abordaje quirúrgico depende de la localización del cuerpo extraño, de las comorbilidades y del estado clínico del paciente. En este caso, el paciente se encontraba estable hemodinámicamente y se opta por una toracoscopia derecha en prono al tratarse de una técnica que

permite un adecuado acceso al esófago torácico. La contaminación pleural y mediastínica limitada y la viabilidad de los bordes de la lesión permitieron realizar una esofagotomía, extracción del cuerpo extraño y cierre primario con preservación esofágica. En casos de contaminación severa se debe considerar la esofagectomía con reconstrucción primaria o diferida. Al tratarse de una técnica mínimamente invasiva permite una recuperación posoperatoria más rápida y al asociar una exclusión temporal esofágica distal y proximal a la lesión optimiza el proceso de cicatrización de la esofagorrafia.