



Cartas científicas

Tratamiento conservador y empleo de pegamento de fibrina en perforaciones esofágicas

Conservative treatment and use of fibrin glue in oesophageal perforations

Las perforaciones esofágicas son infrecuentes y suelen asociarse a una elevada morbimortalidad¹. La etiología más frecuente es la provocada por las exploraciones endoscópicas², seguida de la ingestión de cuerpos extraños, síndrome de Boerhaave y los traumatismos químicos. El tratamiento de estos pacientes depende de su estado general y de la situación clínica, precisando, en ocasiones, tratamiento quirúrgico.

Presentamos 3 casos de pacientes con perforación esofágica tratados en nuestro centro de forma conservadora durante los últimos dos años.

Caso 1

Varón de 58 años con arritmia cardiaca y dolor centrotorácico con sensación de desgarramiento en zona epigástrica, tras la ingestión de carne. Se encontraba clínicamente estable, sin disnea ni taquicardia y con exploración abdominal normal. No presentaba alteraciones electrocardiográficas ni analíticas, aunque la radiografía de tórax y la tomografía computarizada (TC) mostraron un derrame pleural izquierdo y neumomediastino. Tras un tránsito esofagogástrico (TEG) con contraste hidrosoluble (Gastrografin[®]) sin evidencia de fuga, la endoscopia mostró un fragmento de carne y hueso adherido a la pared esofágica en su tercio inferior, que tras ser movilizado permitió visualizar una perforación de 1,5 cm. Se instauró tratamiento conservador con antibioterapia (Tigeciclina), dieta absoluta, nutrición enteral por sonda nasoyeyunal y drenaje del derrame pleural, demostrándose en el líquido extraído niveles elevados de amilasa y del número de leucocitos. Se colocó una prótesis autoexpandible metálica cubierta, la cual migró en dos ocasiones a la cavidad gástrica, lo que provocó una hemorragia autolimitada que obligó a retirarla. Tras 4 sesiones de sellado endoscópico de la perforación con pegamento de fibrina (Tissucol[®]) y un nuevo tránsito esofágico sin fuga de contraste, el paciente inició la

alimentación oral y fue dado de alta después de 54 días, permaneciendo asintomático al cabo de un mes de seguimiento.

Caso 2

Varón de 43 años con hepatopatía enólica y varices esofágicas que consultó por hemorragia digestiva alta. Fue tratado en principio con ligaduras y esclerosis, terminando con la colocación de una sonda de Sengstaken-Blackemore para el control hemostático definitivo. Tras su retirada a las 72 h, el paciente presentó fiebre y la TC mostró una colección de 6 cm en el hemitórax izquierdo en posición posterobasal. El TEG evidenció una fuga de contraste contenida y de pequeño volumen, mientras que la endoscopia visualizó una perforación esofágica de más de 1 cm en cara posterior de esófago medio. Ante la estabilidad clínica del paciente, se procedió al drenaje torácico de la colección, manteniendo al paciente en dieta absoluta con nutrición enteral por sonda nasoyeyunal y antibioterapia (Tigeciclina). Posteriormente se realizó una derivación portosistémica (TIPS). Después de 3 sesiones de sellado endoscópico con Tissucol[®], el paciente evolucionó favorablemente, demostrándose el cierre completo de la fístula tras un nuevo control endoscópico y radiológico. Posteriormente inició la alimentación oral y fue dado de alta a los 69 días de su ingreso. Desde entonces ha permanecido asintomático (tres meses de seguimiento).

Caso 3

Varón esquizofrénico de 44 años remitido por ingestión de cuerpos extraños y vómitos. El paciente se encontraba estable, sin disnea, sepsis ni signos de irritación peritoneal. La endoscopia digestiva visualizó un orificio fistuloso de



Figura 1 – Endoscopia con visualización y extracción de cuerpo extraño óseo.

aproximadamente 1 cm en la unión gastroesofágica y un cuerpo extraño de apariencia plástica en estómago, que pudo fragmentarse y extraerse (fig. 1). El TEG evidenció una fuga lineal de pequeño volumen en esófago distal, y la TC una pequeña condensación basal derecha que no requirió drenaje. Se instauró tratamiento antibiótico (piperacilina-tazobactam), nutrición parenteral, reposo digestivo y 4 sellados endoscópicos con Tissucol[®]. La evolución fue favorable y, ante la no evidencia de fístula en el control radiológico, fue dado de alta a los 45 días de su ingreso. Desde entonces (6 meses) ha permanecido asintomático y en la endoscopia se visualizó una estenosis franqueable sin orificio fistuloso.

El tratamiento quirúrgico de las perforaciones esofágicas con laparotomía y/o toracotomía, desbridamientos, drenajes y ostomías de protección y alimentación enteral o parenteral se asocia a una morbimortalidad elevadas¹, aunque es la única alternativa en pacientes con afectación clínica importante o estado de shock séptico. Sin embargo, en pacientes clínicamente estables, que suelen cumplir los criterios clásicos de Cameron³ y Altorjay⁴ con fugas contenidas sin sepsis ni obstrucción o tumoración, el tratamiento

conservador «agresivo», basado en dieta absoluta, drenajes toracomediaestínicos, alimentación enteral o parenteral total y empleo de antibioterapia de amplio espectro, es una opción válida y menos agresiva⁵, con una tasa de curación cercana al 90% y una mortalidad menor al 5%⁶. En estos casos, es imprescindible mantener una vigilancia estrecha del paciente y ante un empeoramiento clínico o radiológico, así como ante la aparición de signos de sepsis grave, se debe proceder a la intervención quirúrgica.

El diagnóstico suele realizarse mediante radiología con contraste o TC, siendo controvertido el empleo de la endoscopia, ya que, supuestamente, podría incrementar el tamaño de la perforación y la contaminación mediastínica. Sin embargo, con el avance en medidas de seguridad y la colaboración de endoscopistas expertos, esta técnica es una opción segura que permite establecer con altas sensibilidad y especificidad el diagnóstico correcto, la localización y el tamaño de la perforación, así como detectar lesiones no sospechadas⁷, extraer cuerpos extraños y colocar sondas de nutrición enteral, sustancias sellantes o prótesis.

Con el empleo de prótesis cubiertas se han descrito resultados esperanzadores, aunque pueden producirse complicaciones (hemorragia, aumento del tamaño de la perforación, fistulización a estructuras vecinas, etc.)⁸ lo que obliga a nuevas exploraciones, recolocaciones o extracciones, como sucedió en uno de nuestros casos. Otras opciones, como la aplicación de clips, se han publicado como series aisladas de casos, presentando tasas de curación superiores al 90% y disminución de los días de estancia hospitalaria comparadas con el tratamiento quirúrgico⁹.

La aplicación de pegamentos de fibrina es una técnica segura con resultados aceptables y menos morbilidad, siendo necesario identificar el orificio y proceder a su limpieza y legrado para una correcta aplicación (fig. 2). Suelen precisarse varias sesiones para conseguir el cierre completo del orificio, mostrando algunas series buenos resultados en orificios más pequeños de los que nosotros presentamos¹⁰. En el tratamiento de las fístulas traqueoesofágicas, se ha demostrado que en torno al 50% permanecen cerradas tras el sellado endoscópico, siendo frecuentes las recurrencias en el primer año¹¹.

Por lo tanto, el tratamiento conservador «agresivo» en pacientes con perforación esofágica y estabilidad clínica, es una opción terapéutica que consigue cifras de supervivencia elevadas y la cicatrización de la lesión en muchos de los casos.



Figura 2 – Visualización de orificio y cánula de instilación de cola de fibrina.

BIBLIOGRAFÍA

1. Gupta NM, Kaman L. Personal management of 57 consecutive patients with esophageal perforation. *Am J Surg.* 2004;187:58-63.
2. Vallböhmer D, Hölscher AH, Hölscher M, Bludau M, Gutschow C, Stippel D, et al. Options in the management of esophageal perforation: analysis over a 12-year period. *Dis Esophagus.* 2010;23:185-90.
3. Cameron JL, Kieffer RF, Hendrix TR, Mehigan DG, Baker RR. Selective nonoperative management of contained intrathoracic esophageal disruptions. *Ann Thorac Surg.* 1979;27:404-8.
4. Altortjay A, Kiss J, Vörös A, Szirányi E. The role of esophagectomy in the management of esophageal perforations. *Ann Thorac Surg.* 1998;65:1433-6.
5. Vogel SB, Rout WR, Martin TD, Abbitt PL. Esophageal perforation in adults: aggressive, conservative treatment lowers morbidity and mortality. *Ann Surg.* 2005;241:1016-21.
6. Leers JM, Vivaldi C, Schäfer H, Bludau M, Brabender J, Lurje G, et al. Endoscopic therapy for esophageal perforation or anastomotic leak with a self-expandable metallic stent. *Surg Endosc.* 2009;23:2258-62.
7. Kuppusamy MK, Felisky C, Kozarek RA, Schembre D, Ross A, Gan I, et al. Impact of endoscopic assessment and treatment on operative and non-operative management of acute oesophageal perforation. *Br J Surg.* 2011;98:818-24.
8. D'Cunha J, Rueth NM, Groth SS, Maddaus MA, Andrade RS. Esophageal stents for anastomotic leaks and perforations. *J Thorac Cardiovasc Surg.* 2011;142:39-46.
9. Mangiavillano B, Viaggi P, Masci E. Endoscopic closure of acute iatrogenic perforations during diagnostic and therapeutic endoscopy in the gastrointestinal tract using metallic clips: a literature review. *J Dig Dis.* 2010;11:12-8.
10. Rábago LR, Castro JL, Joya D, Herrera N, Gea F, Mora P, et al. Esophageal perforation and postoperative fistulae of the upper digestive tract treated endoscopically with the application of Tissucol. *Gastroenterol Hepatol.* 2000;23:82-6.
11. Willetts IE, Dudley EN, Tam PKH. Endoscopic treatment of recurrent tracheo-oesophageal fistulae: long term results. *Pediatr Surg Int.* 1998;13:256-8.

Marcos Bruna^{a,*}, Javier Sempere^b, Miriam Cantos^a,
Eva García Del Olmo^c y David Dávila^a

^aServicio de Cirugía General y del Aparato Digestivo, Consorcio Hospital General Universitario de Valencia, Valencia, España

^bServicio de Endoscopias y Patología Digestiva, Consorcio Hospital General Universitario de Valencia, Valencia, España

^cServicio de Cirugía Torácica, Consorcio Hospital General Universitario de Valencia, Valencia, España

* Autor para correspondencia.

Correo electrónico: drbruna@comv.es (M. Bruna).

0009-739X/\$ - see front matter

© 2011 AEC. Publicado por Elsevier España, S.L. Todos los derechos reservados.

doi:10.1016/j.ciresp.2011.11.016

Tumor fibroso quístico calcificante. Una extraña forma de carcinomatosis peritoneal benigna

Calcifying cystic fibrous tumour. a rare form of benign peritoneal carcinomatosis

El tumor fibroso quístico calcificante (TFQC) es un tumor benigno excepcional de partes blandas descrito por primera vez en 1988 en niños, como *tumor fibroso de la infancia con cuerpos de Psamoma*¹. Posteriormente, en 1993 se describió una serie de 10 casos en pacientes de entre 1 y 33 años, siendo denominado entonces como *pseudotumor fibroso calcificante*². Actualmente la OMS recomienda llamarlo tumor dada su capacidad de recurrencia local³.

Presentamos el caso de una mujer de 31 años de edad con obesidad grado II que asociaba sobrecarga articular, porcentaje de grasa corporal muy elevado, intolerancia a la glucosa, hiperfibrinogenemia, hiperandrogenismo e hiperleptinemia. Durante la cirugía -gastrectomía tubular laparoscópica- se visualizaron sobre todo el epiplón mayor múltiples implantes milimétricos de aspecto nacarado (entre 1 y 4 mm) de consistencia dura, aspecto encapsulado que eran sugestivos de una carcinomatosis peritoneal por lo que se decidió realizar una biopsia intraoperatoria cuyo resultado no fue concluyente, ya que pese a presentar signos muy sugestivos de

benignidad no se podía descartar diseminación peritoneal de un tumor de origen digestivo o ginecológico.

Antes de la intervención la paciente había realizado una revisión ginecológica y una colonoscopia, ambas sin hallazgos patológicos. Además, dentro del preoperatorio de cirugía bariátrica, se había realizado una gastroscopia previa que resultó compatible con la normalidad.

Ante esta situación se inspeccionó detalladamente la cavidad abdominal, pelvis, fondo de saco de Douglas, ambas fosas ilíacas, ovarios, hígado y bazo, sin hallazgo patológico. Tan solo se localizó una masa de mayor tamaño -1 cm-, pero de características similares, próxima al apéndice cecal. Dada la situación de incertidumbre, se decidió posponer la cirugía bariátrica hasta la obtención de un resultado concluyente, se realizó omentectomía y apendicectomía con intención terapéutica al considerar el apéndice un posible foco primario, en cuyo caso se habría conseguido una resección R0, en espera de un diagnóstico anatomopatológico definitivo que permitiera tomar una actitud terapéutica correcta.