



CARTAS CIENTÍFICAS

Perforación iatrogénica faringoesofágica tratada con prótesis esofágica totalmente cubierta: reporte de caso



Iatrogenic pharyngoesophageal perforations treated with fully covered self-expandable metal stents: Case report

La perforación esofágica es una complicación rara, pero muy seria de la endoscopia digestiva superior (EDS). Se ha descrito un porcentaje de perforación iatrogénica del 0,06% en endoscopia de visión frontal¹ y se estima una incidencia entre 2 a 3 veces mayor durante la realización de colangiografía retrograda endoscópica² y ultrasonografía endoscópica^{1,3}, debido a la mayor rigidez, diámetro de los equipos y la visión lateral u oblicua, respectivamente¹⁻³.

Las perforaciones faringoesofágicas son las menos frecuentes, con una incidencia del 0,03%³, ocurren con mayor frecuencia en la parte posterior del músculo cricofaríngeo, en el seno piriforme y en el triángulo de Killian. El manejo quirúrgico es la estrategia más utilizada en el manejo de estos casos⁴; también hay escasos reportes con manejo conservador, en los que se resalta estancias hospitalarias prolongadas, utilización de antibióticos de amplio espectro y uso de nutrición parenteral^{1,4}.

Presentamos el caso de una mujer de 70 años, a quien se le realizó una EDS extrahospitalaria. En esta describen dificultad al paso en la región faringoesofágica, múltiples intentos fallidos, por lo que suspenden el procedimiento y es dada de alta de la unidad de endoscopias (presentó perforación iatrogénica no advertida en dicho procedimiento). Doce horas después, ingresó en urgencias por dolor cervical, sialorrea y «sensación de hinchazón en el cuello». En urgencias se identificó enfisema subcutáneo, sin otros hallazgos clínicos relevantes. Por esta razón se sospechó perforación y se solicitó TAC con contraste de región cervical, donde se documentó neumomediastino (fig. 1A). Se realizó una cervicotomía con drenaje de escasa colección cervical y mediastinal mas rafia de esófago cervical anterior. La paciente presentó una evolución tórpida por fiebre, precisando 5 días después la realización de toracostomía y drenaje de absceso cervical y mediastinal; en dicho procedimiento quirúrgico no se identificó el sitio de perforación. Se solicitó EDS identificando orificio de 1 cm de diámetro, sobre el seno piriforme derecho (fig. 1B). Se

colocó un *stent* esofágico metálico totalmente cubierto de 18 mm × 8 cm (Wallflex®), dejando la copa proximal 2 cm por encima del orificio, en cercanía a la epiglotis (figs. 1C y D). Además, se pasó una sonda nasointestinal para nutrición. Se comprobó la adecuada posición del *stent* mediante endoscopia y fluoroscopia. Se dejó bajo ventilación mecánica con intubación orotraqueal debido a la posición de la prótesis para evitar las molestias y permitir la derivación de las secreciones hacia el esófago. Se programó la retirada de la prótesis en 4 días, y esta se retiró sin incidencias. Tuvo notable mejoría clínica, mejoría de reactantes de fase aguda, y en esofagograma de control se comprobó cierre del defecto (fig. 1E).

En el control ambulatorio a la semana refirió disfonía, odinofagia y disfagia leve. Se le administró analgesia convencional y órdenes de terapias de rehabilitación por fonoaudiología.

Las perforaciones faringoesofágicas generan traslocación bacteriana y formación de abscesos en el sitio de la solución de continuidad^{1,4,5}. Por esta razón se deben ofrecer terapias efectivas y rápidas.

En la literatura, solo hay un trabajo en el que se reportan 2 casos usando prótesis esofágicas totalmente cubiertas en perforación iatrogénica de región faringoesofágica¹. En la actualidad, no hay guías, ni consensos en este escenario. En una revisión reciente, en perforación aguda de esófago cervical plantean en un algoritmo en primera opción manejo quirúrgico con reparación primaria y drenaje. En caso que la reparación sea fallida, estaría indicada una técnica híbrida que incluye reparación con *stent* y drenaje quirúrgico⁴. En nuestro caso, la paciente fue llevada a cirugía para drenaje de absceso mediastinal, pero no se logró identificar el orificio. Teniendo en cuenta el escenario clínico subagudo, se consideró el cierre con *stent* para derivar las secreciones orales y sellar mecánicamente el defecto. Por lo poco descrito en la literatura, no hay claridad de cuánto tiempo se requiere para sellar el orificio, por lo cual decidimos dejar 24 h más de lo descrito por Kumbhari et al.¹.

A pesar de la escasa evidencia del cierre endoscópico de la perforación iatrogénica en esófago cervical, en lo publicado hasta ahora, parece ser un método prometedor, seguro y efectivo que permite el egreso temprano. La limitación podría ser la necesidad de hacer esta intervención en un centro que cuente con unidad de cuidados intensivos ya que se requiere tener siempre bajo sedación profunda e intubación orotraqueal por al menos 72 h a estos pacientes.

Perforación faringoesofágica

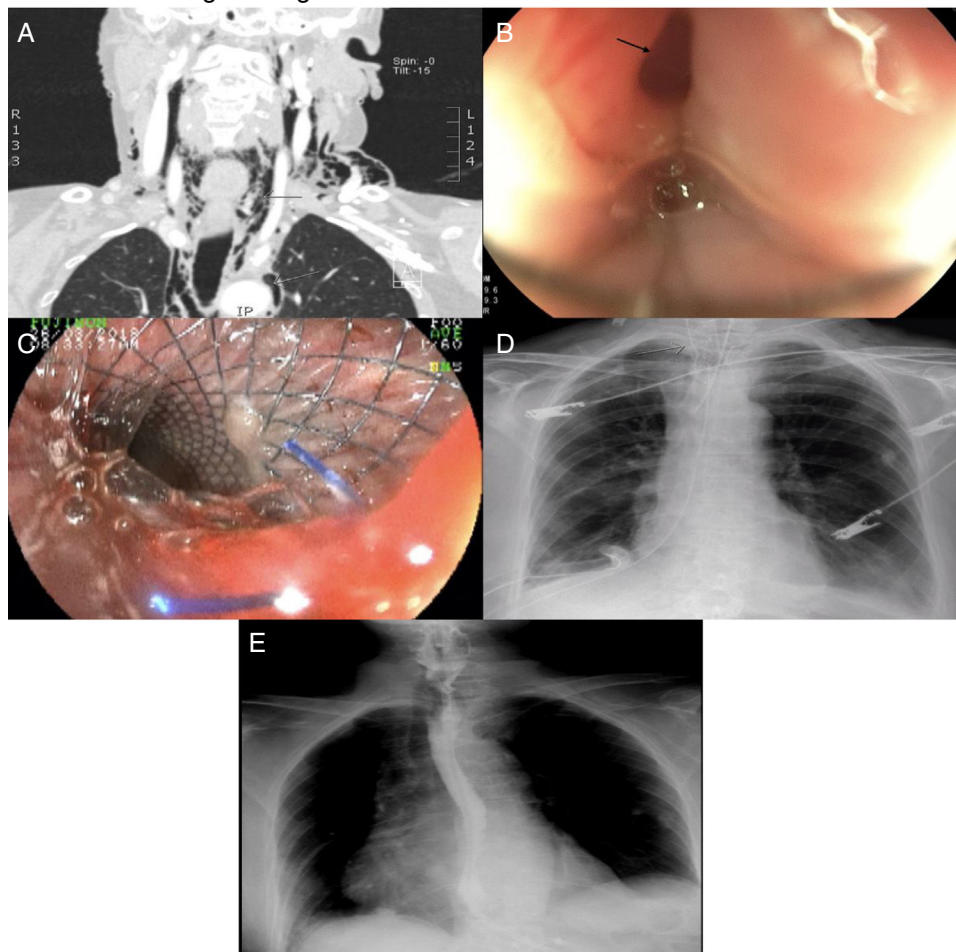


Figura 1 A) TAC de cuello contrastado: flechas grises donde hay evidencia de enfisema subcutáneo y neumomediastino. B) Flecha negra donde se evidencia endoscópica de orificio en región faringoesofágica. C) Visión endoscópica de *stent* metálico en región faringoesofágica. D) Flecha gris que muestra imagen radiológica del *stent* en región cervicotorácica. E) Esofagograma: normal, sin evidencia de extravasación del contraste.

Bibliografía

1. Kumbhari V, Azola AA, Tieu AH, Sachdeva R, Saxena P, Messallam AA, et al. Iatrogenic pharyngoesophageal perforations treated with fully covered self-expandable metallic stents (with video). *Surg Endosc.* 2015;29:987–91.
2. Enns R, Eloubeidi MA, Mergener K, Jowell PS, Branch MS, Pappas TM, et al. ERCP-related perforations: Risk factors and management. *Endoscopy.* 2002;34:293–8.
3. Eloubeidi MA, Tamhane A, Lopes TL, Morgan DE, Cerfolio RJ. Cervical esophageal perforations at the time of endoscopic ultrasound: A prospective evaluation of frequency, outcomes, and patient management. *Am J Gastroenterol.* 2009;104:53–6.
4. Herrera A, Freeman R. The evolution and current utility of esophageal stent placement for the treatment of acute esophageal perforation. *Thorac Surg Clin.* 2016;26:305–14.
5. Baron TH, Wong Kee Song LM, Zielinski MD, Emura F, Fotoohi M, Kozarek RA. A comprehensive approach to the management

of acute endoscopic perforations (with videos). *Gastrointest Endosc.* 2012;76:838–59.

Gabriel Mosquera-Klinger^{a,*} y Ricardo Torres Rincón^b

^a Unidad de Gastroenterología y Endoscopia Digestiva, Hospital Pablo Tobón Uribe, Medellín, Colombia

^b Departamento de Cirugía General, Hospital Pablo Tobón Uribe, Medellín, Colombia

* Autor para correspondencia.

Correo electrónico: gami8203@yahoo.com (G. Mosquera-Klinger).

<https://doi.org/10.1016/j.gastrohep.2018.08.008>
0210-5705/

© 2018 Elsevier España, S.L.U. Todos los derechos reservados.