

PERFORACIÓN ESOFÁGICA: PRESENTACIÓN DE CASO

Esophagic perforation: Clinical case

* Walter Antezana
** René Burgos
*Johnny Camacho
*** Harold Muñoz
**** Carlos Hugo Dorado
***** Laura Araya

Recibido:02 - 04 - 08;Aceptado:27 - 04 - 08

RESUMEN

La perforación esofágica es una patología que exige una elevada sospecha diagnóstica, por que el retraso en el tratamiento quirúrgico aumenta la morbimortalidad, con una mortalidad de 40 – 50 % si se realiza el tratamiento después de las 24 horas, la mediastinitis es el responsable de la gravedad de este cuadro.

Presentamos el caso de un paciente de sexo masculino de 47 años, que inicialmente fue manejado en otro centro con diagnósticos de Hemorragia digestiva alta sometido a un procedimiento endoscópico, con posterior complicación de su cuadro, transferido a nuestro centro con Diagnóstico de Insuficiencia cardiaca congestiva, taponamiento cardiaco, y derrame pleural derecho masivo, ingresa con dolor retroesternal, disnea a pequeños esfuerzos, hipotenso, ingurgitación yugular bilateral, Ecocardiografía informa: derrame pericárdico masivo, se realiza ventana pericárdica y pleurostomía, durante su internación evoluciona con débitos purulentos por la pleurostomía, completado los estudios se llega al diagnóstico de perforación esofágica, mediastinitis severa, es intervenido quirúrgicamente, en la cual se evidencia ruptura esofágica (90 % de la circunferencia) en el tercio distal y se realiza una anastomosis esófago gástrica con stapler circular, y rafia gástrica, paciente presenta luego una pequeña fuga a nivel de la rafia gástrica, es reintervenido para el cierre de la fístula, posterior a la cual el paciente evoluciona favorablemente y es dado de alta en buenas condiciones con alimentación vía oral.

Palabras claves: Perforación esofágica, Mediastinitis, instrumentación endoscópica.

SUMMARY

The esophagic perforation is a pathology that demands a high diagnostic suspicion because the delay in the surgical treatment increases the morbid-mortality with a rate of 40-50% if the treatment is done after 24 hours, the mediastinitis is the responsible of the severity of this case.

We present a case of a 47 year old male who initially was treated in another hospital with the diagnosis of upper digestive hemorrhage submitted to endoscopic procedure with further complication of his case. He was transferred to our hospital with the diagnosis of congestive cardiac failure, heart tamponade and chest pain, dysnea, low blood pressure, bilateral yugular ingurgitation. Ecocardiography reports effusion pleural and pericardic masive. A pericardic window was done as well as a pleurostomy, the evolution shows debit purulento through the pleurostomy. Completed all the studies the final diagnosis was esophagic perforation (90% of the circumference) in the tercio distal. A gastric-esophagus anastomosis was done with a circular stapler, gastric suture, after the first surgery appears a dehiscence of the suture. He went through surgery again to close the dehiscence, after this procedure the evolution was satisfactory. He left the hospital in good conditions with oral feed.

Key words: Esophagic perforation, mediastinitis, endoscopic equipment.

* Cirujano General
**Cirujano de Tórax
***Cirujano Cardiovascular
****Residente de Cirugía General
*****Interno de Cirugía General

INTRODUCCIÓN

El esófago puede lesionarse por cualquiera de los mecanismos que producen trauma, como herida penetrante con instrumento cortopunzante, arma de fuego, trauma cerrado, quemadura o por Iatrogenia.

A pesar de los avances que permiten un mejor diagnóstico y un tratamiento quirúrgico más oportuno y enérgico, la tasa de mortalidad no ha cambiado en los últimos años; permanece alrededor de 20%, debido en particular a las lesiones asociadas de órganos vecinos en el cuello, el tórax o el abdomen.¹

El factor responsable de la extraordinaria gravedad que supone toda perforación esofágica es la mediastinitis o infección cervical subsiguiente, que conlleva considerando todos los tipos y causas, tiene una mortalidad del 15-20 % en los casos tratados en las primeras 24 horas tras el inicio del cuadro y del 40-50 % si se tratan después.^{1,2}

La causa más común es la perforación iatrogénica secundaria a la instrumentación diagnóstica o terapéutica endoscópica del esófago. El riesgo de perforación en la endoscopia flexible diagnóstica es baja pero aumenta considerablemente con el uso de procedimientos terapéuticos. La perforación espontánea representa la segunda causa más frecuente y la mayoría de estas corresponden al Síndrome de Boerhaave.³

Las lesiones traumáticas penetrantes causadas por arma de fuego o cortopunzantes representan hasta el 20%.²

La ingestión de cuerpos extraños pueden causar lesiones perforantes en los sitios de estrechos anatómicos, necrosis por compresión o ser causadas por el cuerpo extraño en la instrumentación para su retiro.

La morbilidad asociada a esta patología está representada por mediastinitis, neumonía, distress respiratorio y filtraciones persistentes y es de 40% aproximadamente.⁴

Lo más importante de considerar en la mortalidad es que esta determinada por el sitio de lesión, la demora en el diagnóstico y un tratamiento efectivo. Las mayores tasas de mortalidad corresponden a la ruptura espontánea por la dificultad de la sospecha clínica. Las perforaciones tratadas posteriores a las primeras 24 horas duplican la mortalidad. La tríada clásica de presentación es el dolor, fiebre y presencia de aire subcutáneo o en mediastino.

Los pacientes con perforaciones cervicales presentarán dolor cervical, disfagia, odinofagia y la presencia de aire subcutáneo; perforaciones torácicas dolor epigástrico, retroesternales o lateralizado al lado de la perforación, las complicaciones más comunes serán derrame pleural, provocando disnea y empiema pleural.

La tríada de Mackel para el diagnóstico de rotura espontánea consiste en dolor torácico, vómitos y enfisema subcutáneo.

En las perforaciones abdominales el paciente referirá dolor epigástrico que se irradia al dorso y al hombro izquierdo. Lo más importante es plantearse la posibilidad de una perforación esofágica en forma temprana. Buscar datos que orienten como procedimientos endoscópicos previos o antecedentes de vómitos.

El estudio radiológico es la clave para el diagnóstico. Una radiografía de tórax es imperativa para buscar datos de enfisema subcutáneo, neumomediastino o niveles hidroaéreos mediastínicos, también datos de ensanchamiento mediastínico, derrame pleural o neumotórax.

También se recomienda realizar estudio con bario diluido muy sensible para visualizar pequeñas fugas.⁷

La TAC puede ser útil y el diagnóstico se realiza al evidenciar aire en el mediastino, abscesos adyacentes al esófago y el mediastino.

El tratamiento de las perforaciones esofágicas aún es controversial, básicamente porque no existen trabajos que definan una superioridad de un tratamiento sobre otro. Independiente de la modalidad del tratamiento, los objetivos son: prevenir y detener la filtración, eliminar y controlar la infección, mantener el estado nutricional del paciente y restaurar la integridad y continuidad del tracto digestivo.

PRESENTACIÓN DE CASO

Paciente masculino de 47 años transferido de otro centro con diagnóstico de: Insuficiencia cardíaca congestiva, taponamiento cardíaco, Hemorragia digestiva alta, hepatopatía alcohólica y varices esofágicas. En dicho Centro se realiza Endoscopia Alta que reporta: Varices esofágicas grado III con sangrado activo, se realiza hemostasia endoscópica (infiltración con alcohol absoluto 15 ml hasta cohibir sangrado) y Ecografía Abdominal: Esteatosis hepática grado I.

Ingresa por el servicio de Emergencia del Hospital Viedma, con cuadro clínico de 8 días de evolución caracterizado por presentar dolor retroesternal tipo opresivo y en hemitórax derecho, acompañado de disnea a pequeños esfuerzos. Tiene antecedente de bebedor consuetudinario +/- 5 años. Al Examen físico: Paciente en mal estado general consciente, disneico, muy quejumbroso, hipotenso.

Mucosas: Húmedas y pálidas.

Cuello: Ingurgitación yugular bilateral,

Tórax: Disminución de la expansibilidad y elasticidad torácica, ruidos cardíacos hipofonéticos sin ruidos sobre agregados, murmullo vesicular abolido en ambas bases, mati-

Caso Clínico

dez en tercio inferior de ambos campos. Resto del examen físico sin alteraciones.

Se realizan exámenes complementarios: Hb. 11.5gr%, Hto. 35%, Leucocitos 15.100/mm³ Cayados 6%, Segmentados 83%. Albúmina 2,2 mg/%.

Rx Tórax: Derrame pleural derecho masivo, mediastino ensanchado, cardiomegalia Grado III.

Ecocardiografía doppler color: Derrame pericárdico importante y taponamiento cardiaco.

ECG: Datos de taponamiento cardiaco.

Se realiza Ventana pericárdica de emergencia mas biopsia de pericardio hallándose pericardio engrosado +/- 5 mm y derrame pericárdico seropurulento +/- 500 ml.

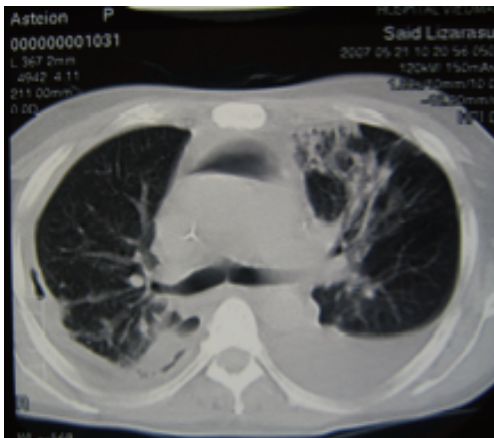
Informe anatomopatológico de pericardio: pericarditis fibrinosa en organización.

Cultivo de líquido pericárdico: crecimiento de Streptococcus pyogenes sensible a Ciprofloxacina, Penicilina G y Vancomicina

Drenaje pleural: 1150 ml liquido, amarillo turbio., al cuarto día drenaje de liquido purulento 600 ml.

Paciente evoluciona con débito alto por la pleurostomía, de características purulentas, se realiza TAC de tórax que informa: Pericardio engrosado, Neumopericardio importante, derrame pleural bilateral, mayor en hemitórax derecho.

Figura N°1



Tomografía axial computarizada de tórax que muestra un derrame pericárdico, neumopericardio importante.

Ecocardiografía dopler: Derrame pericárdico leve, por lo que se decide retirar el drenaje pericárdico.

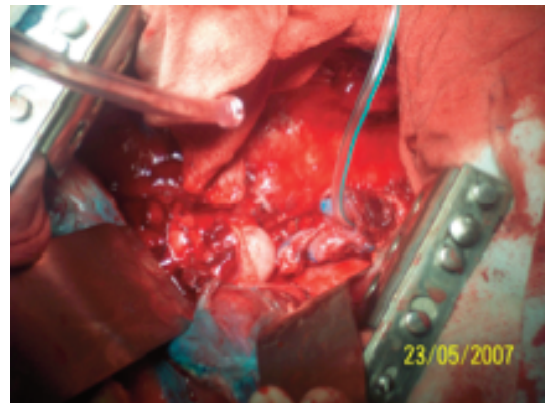
Ecografía abdominal: hepatopatía moderada homogénea, esteatosis hepática leve, contenido pleural derecho aparentando exudado, ascitis mínima y meteorismo abundante.

Paciente evoluciona desfavorablemente, disneico, taquicárdico, febril con débito elevado a través de la pleurostomía, por el antecedente de endoscopia previo a su internación en la que se infiltró alcohol absoluto para he-

mostasia y el débito elevado por la pleurostomía se decide administrar azul de metileno por vía oral, observándose salida del mismo por el drenaje pleural y por la herida de la ventana

pericárdica, con lo cual se confirma el diagnóstico de perforación esofágica, paciente ingresa a quirófano con diagnóstico de perforación esofágica, fístula esófago-pleuro-pericárdica, mediastinitis severa, se realiza toracotomía posterolateral derecha, resección segmentaria de esófago distal (+/- 5 cm) esofagogastroanastomosis término terminal con stapler circular, rafia gástrica, lavado y drenaje de cavidad pleural. Hallazgos: Sección del 90% de la circunferencia del esófago distal, con áreas de necrosis, tejido inflamatorio paraesofágico, contenido purulento +/- 100 ml en cavidad pleural con múltiples adherencias y placas de fibrina diseminado en hemitórax derecho.

Figura N°2



Protrusión de la sonda naso gástrica a través del esófago distal. Se observan los dos segmentos esofágicos completamente seccionados

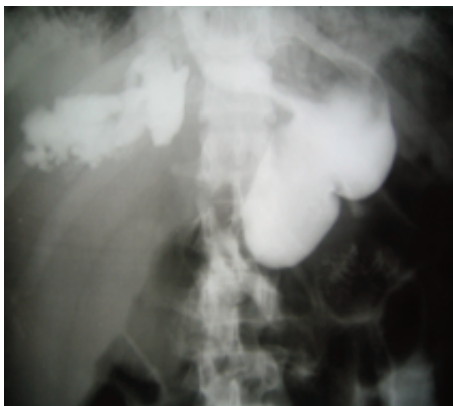
Informe de examen anatomopatológico de residuo necrótico de tercio distal de esófago: Esofagitis crónica y aguda ulcerada activa.

Paciente es manejado en Terapia intensiva con nutrición parenteral al 7mo día post operatorio se realiza esofagograma con bario, en la cual se observa fuga de contraste a nivel de la anastomosis, por lo cual se decide reintervención, se realiza laparotomía exploradora, biopsia hepática, gastrostomía, yeyunostomía. Hallazgos. No se observan alteraciones. Toracotomía posterolateral derecha en la cual se observa dehiscencia puntiforme a nivel de la rafia gástrica, escaso líquido pleural (30 ml.) que corresponde a bario administrado previamente. Se realiza de rafia de la dehiscencia, lavado exhaustivo de cavidad pleural.

Informe de examen Anatomopatológico de Biopsia hepática: Hepatitis crónica de interfase.

Paciente evoluciona tópidamente, febril, taquicárdico, drenaje torácico con débito serohemático. Al examen físico se auscultan crépitos en ambos pulmones, corazón con ritmo

Figura N°3



Serie esofagográfica: Se observa fuga de contraste a nivel de rafia gástrica, intratorácico.

regular, ruidos normofonéticos, y frote pericárdico. Se realiza Ecocardiografía de control que informa: derrame pericárdico moderado, de características heterogéneas, por lo que se decide nueva ventana pericárdica, los hallazgos fueron: abundante líquido purulento, se realiza lavado exhaustivo de cavidad pericárdica.

Paciente evoluciona favorablemente afebril, con alimentación a través de la yeyunostomía, lavados pericárdicos a través del drenaje en mediastino. Se realiza esofagograma de control al 8vo día luego de la rafia de dehiscencia, en la que se observa continuidad del tránsito intestinal, no se observan fugas, paciente evoluciona favorablemente y es dado de alta, en buenas condiciones, con alimentación oral, luego de 61 días de internación.

Figura N°4



Serie esofagográfica con contraste. Se observa continuidad del tránsito intestinal, no se observan fugas.

DISCUSIÓN

En una revisión de 450 pacientes reportados por G. Jones y cols., presentan una tasa de mortalidad asociada a lesión

iatrogénica e instrumental de 19% y; para perforación espontánea de 39%.⁶

Un reconocimiento precoz e inicio temprano de la terapia de las perforaciones esofágicas ha sido considerado desde mucho tiempo atrás como esencial en el logro de mejores resultados. Un intervalo de más de 24 horas entre el trauma y el inicio del tratamiento se asocia con mayores tasas de morbilidad y mortalidad. Para MR Bladeregroen y colaboradores, la sobrevida disminuye de 86 a 67% cuando el tratamiento se inicia luego de 24 horas o más luego del trauma. (Asimismo L. Reeder y cols. describen una mortalidad de 9% para tratamiento en las primeras 24 horas; en tanto que para tratamientos iniciados el segundo día del trauma fue de 29%.⁴

En la revisión del grupo de G. Jones se demuestra una mortalidad para la sutura primaria de 15%; drenaje, 34%; resección, 29%; exclusión y derivación, 39%; y de 22% para tratamiento no quirúrgico. Hay varias series que apuntan a que la menor mortalidad se obtiene cuando se realiza sutura y refuerzo de la misma con algún tejido, o reparación primaria con un colgajo tisular. L. Kotsis y cols., no reportan mortalidad en ninguno de sus pacientes con perforaciones de esófago reparadas y reforzadas con colgajos de tejidos autógenos.⁶

El tratamiento ideal de cualquier perforación esofágica es la reparación primaria, particularmente cuando se diagnostica en las primeras 24 horas que siguen al trauma; cuando el diagnóstico se hace después de 48 a 72 horas, los tejidos están friables debido a la inflamación, la infección y la necrosis, y por lo tanto no son adecuados para soportar alguna sutura. En estos casos, una opción de manejo podría ser el tubo en T diseñado por Abbott y cols. el cual se inserta a través del defecto de la pared esofágica para convertir la lesión en una fístula controlada. Estos autores también recomiendan el tubo en T, como manejo primario de perforaciones esofágicas en pacientes desnutridos, alcohólicos o con obstrucción distal a la perforación.^{3,4}

Hay diferentes reportes en la literatura, sobre el manejo con tubo en T, de perforaciones esofágicas, de diversa etiología y de diagnóstico tardío. Dichos reportes, describen series pequeñas de casos, con tasas de éxito entre 60% y 100%.

En resumen los pacientes con lesiones de esófago presentan una alta morbi-mortalidad, la intervención quirúrgica temprana tiene un papel determinante en los resultados, lo cual implica un trabajo diagnóstico oportuno o acelerado cuando se tiene la sospecha clínica de lesión de esófago.

BIBLIOGRAFÍA

- 1.- Lloyd M. Nyhus, Robert J. Baker, Josef E. Fischer. Perforación esofágica, El Dominio de la cirugía. Editorial Panamericana 3ra edición, 1999, pags 884 – 889.
- 2.- Santiago G. Perera Hugo A. García, traumatismos del esofógo y estómago, Cirugía de Urgencia, Editorial Panamericana 2da edición, 2006. Pags 263 – 272.
- 3.- V. Munitiz Ruiz, L. Martínez de Haro, a, Ortiz Escandell. Perforación esofágica. Cirugía AEC, Editorial Panamericana, 2005. Pags 192-196.
- 4.- Bastos RB, Graeber GM. Esophageal Injuries and trauma. Chest 1997; 7:357-371.
- 5.- Rohman M, Ivatury RR. Esophagus. En: Ivatury RR, Cayten CG. The textbook of penetrating trauma. Media (USA): Williams & Wilkins; 1996: 555-63.
- 6.- Willian G, Jones II MD, Robert J, Ginsberg MD. Esophageal Perforation: A continuing challenger. Ann Thorac Surg 1992; 53: 534-543.
- 7.- Octavio Noriega Maldonado, Lorenzo Guevara Torrez, Jaime Arístides. Perforación esofágica. Cirugía y Cirujanos 2005, 73: 431-435.
- 8.- Blom D, Peters J. Esophageal perforation. In: Cameron JL, ed. Current Surgical Therapy. St Louis, MO: Mosby, 2001: 7-12.