



Cirugía Española



www.elsevier.es/cirugia

P-160 - ROTURA ESOFÁGICA POR SONDA DE SENGSTAKEN-BLAKEMORE

Diez Vigil, José Luis; Vélchez Rabelo, Andrea; Álvarez Martín, María Jesús; García Navarro, Ana; Jiménez Ríos, José Antonio

Hospital Universitario Virgen de las Nieves, Granada.

Resumen

Introducción: La perforación del esófago es una de las complicaciones potenciales de la instrumentación esofágica, especialmente cuando ésta se realiza con fines terapéuticos. El sitio más habitual de rotura es el esófago cervical en la unión faringoesofágica. A veces, la sintomatología es muy poco específica, razón por la que debemos sospecharla en cualquier paciente con dolor torácico de inicio súbito y antecedente de instrumentación esofágica unas horas antes.

Objetivos: Abordar la actitud ante una perforación esofágica, cuadro de difícil manejo y evolución fatal.

Caso clínico: Presentamos el caso de una mujer de 71 años, que presentaba como antecedentes de interés, el uso de sintrom por un cuadro de fibrilación auricular. La paciente acudió a urgencias por cuadros de hematemesis de repetición de un día de evolución. A su llegada a urgencias la paciente presentaba una importante inestabilidad hemodinámica e impresionaba de gravedad, por lo que se trasladó a la unidad de cuidados intensivos. Se le realizó una endoscopia digestiva alta de urgencia, previa intubación orotraqueal para aislar la vía aérea, que mostró un importante sangrado en jet a nivel subcardial. Se intentó esclerosis farmacológica de forma infructuosa en varias ocasiones, y dada la inestabilidad de la paciente, se le colocó una sonda de Sengstaken-Blakemore, con la cual cedió el sangrado y se consiguió estabilizar algo la gravedad del cuadro. Pasadas unas doce horas del procedimiento, la paciente comienza con un importante empeoramiento del patrón respiratorio, motivo por el que se le realiza una escáner torácico, que evidencia la presencia de una perforación esofágica en el tercio distal, asociada a una neumonitis por aspiración asociada, que la hizo entrar en shock séptico. Ante esta situación se decide llevar a quirófano. Se accede mediante toracotomía izquierda, visualizando una perforación longitudinal del esófago torácico medio e inferior de unos 11 cm, desde el borde del cayado de la aorta hasta 1 cm por encima del diafragma. Se realiza sutura primaria de la misma, lavado de la cavidad y revisión de la hemostasia, con colocación de esponja de colágeno con fibrina y trombina (TachoSIL) sobre la sutura. Se dejó un drenaje torácico. La paciente tras varios días en la unidad de cuidados intensivos, evolucionó satisfactoriamente. Fue dada de alta a los 30 días de ingreso hospitalario.

Discusión: Las características de los tejidos que rodean el esófago facilitan la diseminación rápida de la infección, lo que convierte a la perforación en una complicación muy grave y potencialmente fatal que exige un diagnóstico temprano.

El tratamiento depende del tipo de rotura y de la situación clínica del paciente.