



[www.elsevier.es/cirugia](http://www.elsevier.es/cirugia)

## P-140 - MANEJO TERAPÉUTICO DE PERFORACIÓN ESOFÁGICA CERVICAL POR PRÓTESIS DENTAL

Navarro García, María Inmaculada; Romera Barba, Elena; Torregrosa Pérez, Nuria; Duque Pérez, Carlos Gustavo; Gálvez Pastor, Silvia; Abellán Garay, Laura; Rodríguez García, Pablo; Vázquez Rojas, José Luis

Hospital General Universitario Santa Lucía, Cartagena.

### Resumen

**Introducción:** La perforación esofágica continúa siendo un gran desafío, exige una alta sospecha diagnóstica, un juicio clínico excelente y un manejo adecuado. Las manifestaciones clínicas de la perforación esofágica cervical son muy características: dolor cervical que se exacerba con la deglución, disfagia, salivación, fiebre, crepitación de cuello, aire en mediastino o líquido en cavidad pleural. La elección del tratamiento adecuado para cada caso es el punto más controvertido, desde un manejo conservador, pasando por la endoprótesis esofágica hasta el tratamiento quirúrgico. Se trata de una verdadera emergencia médica y presenta una alta morbi-mortalidad. Presentamos un caso clínico de nuestro hospital que se manejo mediante sutura primaria.

**Caso clínico:** Mujer de 68 años sin antecedentes de interés, consulta en Urgencias por odinofagia y sensación de cuerpo extraño a nivel cervical de 48 horas de evolución. A la exploración oral no se observan datos significativos. Se solicita analítica (Hb 13, leucocitos 20.000 (neutrofilia 89%), PCR 33, procalcitonina 4,2) y radiografía cervical donde se objetiva la presencia de cuerpo extraño (CE) metálico a nivel cervical compatible con prótesis dentaria, la paciente no recordaba su pérdida. Completamos estudio con TAC cervico-torácico objetivando CE metálico en esófago proximal, a la altura de la glándula tiroides, abundante neumomediastino y edema de partes blandas rodeando esófago que presenta las paredes engrosadas, hallazgos compatibles con mediastinitis por perforación de esófago proximal; asocia derrame pleural bilateral. Se inicia antibioticoterapia de amplio espectro y se realiza cervicotomía lateral izquierda, observando prótesis dentaria enclavada por debajo de la boca de Killian, con gancho metálico que perfora la pared posterior del esófago y cuerno plástico que diseca la pared antero-lateral izquierda distalmente al gancho, perforándola 5 mm. Tras seccionar el gancho se intenta extraer la prótesis por endoscopia sin éxito, realizando esofagotomía y sutura primaria. Se coloca SNG y se comprueba estanqueidad de la sutura mediante suero y aire, posteriormente se realiza fijación de la sutura esofágica al ligamento prevertebral. Se realiza drenaje y lavado de mediastino superior dejando 2 drenajes. La paciente pasa a UCI en el postoperatorio inmediato, iniciando tolerancia al 7º día de la cirugía, siendo dada de alta a los 2 semanas de la cirugía.



**Discusión:** La mayoría de las perforaciones esófago cervical se producen desde la luz del órgano hacia afuera, y son causadas por instrumentación endoscópica o por cuerpos extraños. El potencial de un CE para desencadenar un proceso inflamatorio local y migrar es mayor mientras más tiempo permanezca impactado, siendo fundamental un adecuado proceso diagnóstico (radiografía simple, TAC, endoscopia) y una actuación terapéutica temprana. Independientemente de la modalidad de tratamiento, los objetivos son detener la filtración, controlar la infección, mantener el estado nutricional del paciente y restaurar la integridad del aparato digestivo. El tratamiento conservador requiere una indicación juiciosa, para perforaciones pequeñas contenidas, después de extraer el CE, y si no existen datos de absceso cervical o mediastinitis. Cuando el tratamiento conservador falla o existen complicaciones, es fundamental realizar un abordaje quirúrgico, basando las decisiones quirúrgicas en función de la localización, patología esofágica previa, magnitud de la contaminación, viabilidad esofágica y estado general del paciente. A nivel cervical suele ser suficiente el drenaje del espacio paracervical, con buenos resultados si la reparación primaria esofágica se realiza dentro de las primeras 24h.