

P-610 - ABORDAJE MÍNIMAMENTE INVASIVO DE LAS PERFORACIONES DE ESÓFAGO: 5 POSIBILIDADES PARA 5 FORMAS DE PRESENTACIÓN

Carmona Agúndez, María; Román Pons, Silvia; Valle, María Elisa; García Espada, David; Alados Hernández, Juan Carlos; Santos Naharro, Jesús; Munuera Romero, Luis; Salas Martínez, Jesús

Hospital Universitario Infanta Cristina, Badajoz.

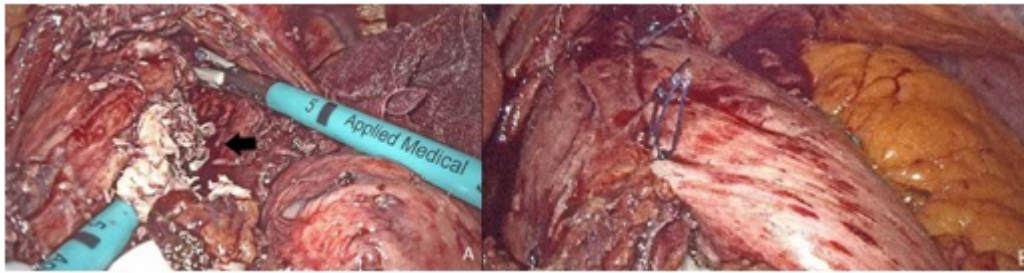
Resumen

Objetivos: Describir la experiencia en nuestro centro en el abordaje mínimamente invasivo en perforaciones de esófago torácico y abdominal.

Métodos: Estudio descriptivo de serie de casos de perforaciones de esófago intervenidos de forma urgente con cirugía mínimamente invasiva (CMI) en el Servicio de Cirugía General de nuestro centro. Se excluyeron dehiscencias de anastomosis de cirugía esofagogástrica electiva.

Resultados: Desde enero de 2011 se han tratado en nuestro centro 20 perforaciones de esófago: 6 de forma conservadora y 14 con tratamiento quirúrgico. En 5 casos (36%) el abordaje fue mínimamente invasivo. Caso 1: varón de 52 años con perforación yatrogénica en esófago distal durante dilatación endoscópica por estenosis caústica. Se procede a laparoscopia urgente con conversión por adherencias de cirugía antirreflujo previa, creación de gastroplastia y esofagectomía según técnica de McKeown mediante videotoracoscopia con anastomosis esofagogástrica cervical dada la estabilidad hemodinámica del paciente. Postoperatorio (PO) sin complicaciones siendo alta tras 12 días de ingreso. Caso 2: mujer de 30 años con sospecha de síndrome de Boerhaave. Se realiza videotoracoscopia urgente hallando perforación esofágica de 6 cm en tercio distal y empiema pleural. Tras esofagectomía se asciende gastroplastia realizada mediante laparoscopia. Anastomosis esofagogástrica intratorácica diferida al 6º día PO tras estabilización de la paciente. PO prolongado por empiema persistente siendo alta al 30º día. Caso 3: mujer de 64 años que 6 días después de la ingesta accidental de espina de pescado presenta *shock* séptico con neumomediastino, retroneumoperitoneo, colección abscesificada retrotraqueal e hidroneumotorax en TC. Es intervenida mediante videotoracoscopia hallando importante mediastinitis y necrosis de esófago distal. Se realiza esofagectomía y exclusión bipolar con esofagostoma cervical. En el PO precisa varios drenajes pleurales siendo dada de alta pendiente de reconstrucción. Caso 4: varón de 62 que consulta por disnea y fiebre tras atragantamiento con carne hacía 12 horas. En TC signos sugestivos de perforación en unión esofagogástrica y leves signos de mediastinitis. Se realiza laparoscopia exploradora, apertura del hiato esofágico hallando perforación de 3 cm con carne impactada (fig. 1A). Extracción de cuerpo extraño por endoscopia, cierre primario de perforación y plastia de Thal (fig 1.B). Alta al 18º día posoperatorio sin complicaciones. Caso 5: mujer de 81 años que tras extracción de cuerpo extraño en esófago cervical presenta dolor torácico y TC sugestivos de perforación esofágica. Se decide localización endoscópica de perforación para colocación de prótesis

esofágica parcialmente recubierta y videotoracoscopia para lavado y drenaje de cavidad pleural. En el PO presenta neumonías de repetición por ventilación mecánica prolongada, tromboembolismo pulmonar bilateral y traqueotomía. Retirada de prótesis a las 5 semanas de la intervención y alta a las 8 semanas.



Conclusiones: Dentro de la gravedad de las perforaciones de esófago, la CMI es factible siempre que sea realizada por cirujanos experimentados, abarcando desde procedimientos de drenaje a esofagectomías en caso de esófagos patológicos o grandes defectos. La CMI puede disminuir la morbilidad asociada a una toracotomía o laparotomía, pero la evidencia actual es escasa y se requieren estudios comparativos que demuestren su seguridad y eficacia.