



## P-163 - CUANDO EL CONTROL DE DAÑOS Y EL MANEJO MULTIDISCIPLINAR ES LA MEJOR ESTRATEGIA PARA TRATAR UNA PERFORACIÓN ESOFÁGICA

Aguilar Márquez, Ana Isabel; Sobrino Brenes, Lorena; Marenco de la Cuadra, Beatriz; Cáceres Salazar, Juan Manuel; Domínguez Amodeo, Antonio; Domínguez-Adame Lanuza, Eduardo

Hospital Universitario Virgen Macarena, Sevilla.

### Resumen

**Introducción:** En torno al 30-70% de los cuerpos extraños hallados en tracto gastrointestinal se localizan en el esófago a causa de ingestas involuntarias. Aproximadamente, entre el 10-20% de los casos precisa actuación médica, planteándose la situación más grave cuando presenta una perforación esofágica asociada, conllevando una mortalidad que asciende hasta el 30-40% cuando la evolución superior a 24 horas. En caso de existir dicha perforación, en un elevado porcentaje de casos ocurre a nivel cervical, siendo generalmente subsidiaria de manejo conservador.

**Caso clínico:** Presentamos a un varón de 49 años que acude por sensación de cuerpo extraño en hipofaringe, odinofagia y aumento del perímetro cervical de 5 días de evolución. valorado por Otorrinolaringología (ORL), se decide traqueostomía urgente con drenaje de absceso cervical profundo izquierdo y posterior ingreso en Unidad de Cuidados Intensivos (UCI). Tras realizar pruebas de imagen con hallazgos compatibles con perforación de esófago proximal secundaria a impactación de un hueso de pollo, se reinterviene de forma urgente para extracción de cuerpo extraño y drenaje de colecciones cervicales y de mediastino superior. En la endoscopia intraoperatoria a la retirada del hueso se objetiva perforación esofágica bilateral a 20 cm de la arcada dentaria. Tras esto el paciente presenta una evolución tórpida, requiriendo curas profundas diarias por parte de ORL y dos reintervenciones más: toracoscopia para drenaje de absceso mediastínico posterior y toracotomía derecha para drenaje de absceso mediastínico anterior y ligadura del conducto torácico. De forma multidisciplinaria se valora el caso entre UCI, Digestivo, ORL y Cirugía General y Torácica consensuándose intentar colocación de prótesis esofágica a nivel de la perforación, dada la inviabilidad de la realización de una esofagectomía con exclusión esofágica cervical debido a las características físicas del paciente. Posteriormente, la evolución es lenta pero favorable, consiguiendo retirada de la endoprótesis a los 20 días de su colocación tras comprobar cierre sin fuga de perforación bilateral esofágica proximal, siendo alta hospitalaria. Actualmente, el seguimiento es de 3 meses sin complicaciones.

**Discusión:** En la literatura está descrito que aquellas perforaciones cervicales de poco tiempo de evolución, escasa contaminación mediastínica y ausencia de signos de sepsis son candidatas a manejo conservador con buen pronóstico. En nuestro caso no se cumplen estos requisitos, pero debido a las características del paciente y la imposibilidad de realizar una exclusión esofágica cervical, se optó por intentar dicho manejo de forma multidisciplinaria con una correcta reanimación por parte de la UCI, drenaje de colecciones cervicales y mediastínicas por parte de ORL y Cirugía General y Torácica y colocación de endoprótesis autoexpandible por parte de Digestivo en una localización poco habitual, con buen resultado para el paciente. Esto nos hace plantearnos si se puede extrapolar esta estrategia terapéutica en un grupo más amplio de pacientes, aunque

presenten algún factor desfavorable al inicio, pudiendo ser posible la recuperación con buenos resultados y mejor calidad de vida.