



Cirugía Española



www.elsevier.es/cirugia

P-590 - PERFORACIÓN ESOFÁGICA SECUNDARIA A COLOCACIÓN DE BALÓN SENGSTAKEN-BLAKEMORE

Quiroga Valcárcel, Ana; Vilar Tabernera, Alberto; Bru Aparicio, Marta; Mínguez García, Javier; López Gómez, Adela Petra; Matías García, Belén; Lasa Unzué, Inmaculada; Gutiérrez Calvo, Alberto José

Hospital Príncipe de Asturias, Alcalá de Henares.

Resumen

Objetivos: El tratamiento de elección del sangrado agudo en pacientes cirróticos por varices esofágicas es endoscópico, mediante colocación de bandas y esclerosis. Sin embargo, hay casos en los que a pesar de estas medidas no se consigue controlar el sangrado y se precisa la colocación de un balón de Sengstaken-Blakemore, como puente a la colocación de una derivación portosistémica intrahepática transyugular (TIPS). La utilización de estos dispositivos no está exenta de complicaciones.

Caso clínico: Presentamos un caso clínico en un varón de 65 años con hábito enólico, sin hepatopatía conocida previamente, que acude a urgencias por hematemesis e inestabilidad hemodinámica. De manera urgente se realizó una gastroscopia donde se objetiva varices esofágicas con sangrado activo, refractarias a tratamiento conservador con bandas o agentes esclerosantes, pese a múltiples intentos, por lo que se decidió colocación de una sonda Sengstaken-Blakemore. Inicialmente el paciente respondió con buen control hemodinámico en la unidad de cuidados intensivos. A las 24 horas de la colocación del balón se realiza una tomografía computarizada donde se evidenció una rotura esofágica con neumomediastino asociado y lesiones hepáticas múltiples sugestivas de hepatocarcinoma multifocal. Se decide realización de cirugía urgente mediante laparotomía y cervicotomía izquierda. Se identifica una cirrosis macronodular y ascitis, se realiza apertura del hiato diafragmático según la técnica de Pinotti, objetivando un desgarró esofágico, sobre cara anterior de unos 10 cm de longitud y la presencia del balón de Segstaken extraluminal (fig.). Se realizó una esofaguectomía transhiatal mediante la técnica de Orringer por doble vía abdominal y cervical izquierda, con realización de esofagostoma y colocación de sonda de gastrostomía para alimentación. Tras la cirugía el paciente se mantuvo estable y con una evolución favorable. La hemorragia digestiva alta por varices esofágicas se debe a hipertensión portal ocasionada por la cirrosis. El tratamiento conservador con somatostatina y ligadura endoscópica asociada a esclerosantes, es efectivo en la mayor parte de pacientes (76-96%), en cambio, cuando fracasan, el taponamiento con balón es una opción para detener temporalmente el sangrado de várices esofágicas como puente a un tratamiento definitivo. Sin embargo, este tratamiento no está exento de complicaciones graves como puede ser neumonía por aspiración, isquemia esofágica, o la ruptura esofágica. La rotura del esófago es la más grave de todas las perforaciones del tubo digestivo. La mayoría de las perforaciones esofágicas son iatrogénicas siendo la cirugía el tratamiento de elección si la perforación esofágica es grande, no está contenida o el paciente presentan signos clínicos de *shock* o sepsis. Las principales variables asociadas con la mortalidad por una perforación esofágica incluyen el retraso en el diagnóstico, tipo de reparación, localización y la etiología de la perforación. La principal causa de mortalidad es el fracaso multiorgánico secundario a la sepsis y la mediastinitis que produce.



Discusión: La lesión iatrogénica es la principal causa de perforación esofágica. La gravedad del cuadro y su alta tasa de mortalidad obliga a un diagnóstico y tratamiento precoz. La cirrosis hepática incrementa la morbimortalidad del proceso, siendo en estos casos el pronóstico infausto.