



Cirugía Española

www.elsevier.es/cirugia



P-050 - MANEJO MULTIDISCIPLINAR DE UN PSEUDOANEURISMA DE AORTA TRAS PERFORACIÓN ESOFÁGICA POR ESPINA DE PESCADO

Faccini Cabrera, Florencia; Pellicer Barreda, María Amparo; Garcia Afonso, Maria; González Méndez, Aida; Ibrahim Achi, Zena; Pinzón Uribe, Lucía; Ros Egea, Irene; González Tabares, Enrique Francisco

Hospital Universitario de Canarias, San Cristóbal de La Laguna.

Resumen

Introducción: La mayoría de cuerpos extraños que se ingieren pasan por el tracto digestivo sin mayor interferencia, pero entre un 10-20% de ellos, requieren retirada endoscópica. De estas, un 4% provocarán perforaciones, que asocian un 22% de mortalidad. El 60% de dichas perforaciones serán debidas a espinas de pescado, y 16% a huesos de pollo. El diagnóstico y el tratamiento de una rotura esofágica requiere un abordaje multidisciplinar y con un estricto orden de prioridades.

Caso clínico: Paciente de sexo femenino de 76 años que acude a urgencias por clínica de dolor epigástrico irradiado a región lumbar, con intensificación progresiva del dolor, asociando náuseas y vómitos con las ingestas de 4 días de evolución, así como un reciente esputo hemoptoico. Como antecedentes únicamente destaca un nódulo mamario, y un nódulo pulmonar asociado hallado en un TAC previo. A la exploración, paciente estable hemodinámicamente, eupneica, con una auscultación y abdomen anodinos. Analíticamente destaca una PCR de 293 con mínima leucocitosis, y Hb en 12,3 g/dL. Radiografía de tórax normal. Sin embargo, ante persistencia de hemoptisis y epigastralgia, se realiza nueva analítica a las 24 h donde se constata Hb 6 g/dL y aumento de la leucocitosis, por lo que se solicita un angio-TAC en el que se visualiza un cuerpo extraño en esófago que condiciona por un lado perforación esofágica con gas extraesofágico y por otro alcanza la aorta descendente torácica lacerándola, y originando una rotura contenida en forma de pseudoaneurisma de 1,3 × 0,9 cm. Con dicho diagnóstico se realiza intervención quirúrgica urgente por parte de cirugía vascular, con exclusión del pseudoaneurisma mediante una endoprótesis torácica recta de 28 mm introducida desde la AFC derecha, dejando una arteria subclavia izquierda permeable y una endoprótesis bien posicionada y sin fugas. Tras dicho procedimiento se solicitó la extracción del cuerpo extraño por vía endoscópica, retirando una espina de pescado y objetivando dos perforaciones esofágicas a 26 cm de la arcada dentaria, a ambos lados del esófago: una perforación de 5 mm, frente a otra de 20 mm se intenta clampar sin éxito, por lo que Radiología intervencionista coloca finalmente una prótesis esofágica. Se realiza una cobertura antibiótica empírica para prevenir la posible mediastinitis de la paciente, y es dada de alta tras un par de semanas sin mayores incidencias.

Discusión: El diagnóstico de una rotura esofágica requiere de un alto índice de sospecha. Entre las complicaciones derivadas de la perforación esofágica se encuentran las infecciosas, como pericarditis, abscesos paraesofágicos o mediastinitis, siendo esta la más común, o las derivadas de traumas vasculares, pudiendo afectar la arteria subclavia, carótida interna, aorta, o vena yugular. La

fístula aortoesofágica es la complicación más temida por ser la primera causa de muerte temprana, derivada de una hemorragia masiva. Por dicho motivo, el tratamiento debe abordar primero la exclusión de la lesión vascular, para posteriormente poder realizar la extracción del cuerpo extraño y la reparación del resto de tejidos lesionados, así como la profilaxis de otras posibles complicaciones.