



V-035 - PERFORACIÓN ESOFÁGICA EVOLUCIONADA: EXCLUSIÓN ESOFÁGICA MODIFICADA MÍNIMAMENTE INVASIVA Y TERAPIA DE VACÍO ENDOLUMINAL

Aizpurua Olabe, Oier; Perez Otermin, Irati; Tavalera Utrera, Guadalupe; González Tolaretxipi, Erik; Egurra Cordoba, Ines; Chaveli Díaz, Carlos; Yarnoz Irazabal, Concepción; Miranda Murua, Coro

Hospital de Navarra, Pamplona.

Resumen

Introducción: La perforación esofágica evolucionada es una urgencia con elevada morbimortalidad. A nivel local, el tratamiento pasa por realizar exclusión esofágica y reconstrucción posterior del tránsito que en ocasiones incluye esofaguestomía. Presentamos el caso de una perforación esofágica de 48 horas de evolución con severa afectación local resuelta con exclusión esofágica modificada y terapia de vacío endoluminal.

Caso clínico: Varón 69 años, trasladado desde otro centro, presenta dolor torácico de 48 horas, iniciado tras episodio de náuseas con vómitos, centro torácico con incremento progresivo de intensidad e irradiación hacia el hombro en las últimas 24 horas. Asocia disnea progresiva e intensa, mal estado general, taquipnea, saturación 88% con mascarilla reservorio a 15 litros. A la exploración destaca un diámetro cervical aumentado con crepitación extensa bilateral desde la región malar, cuello y pared torácico anterior. Auscultación cardiopulmonar y exploración abdominal normal. Tras la realización de ECG y analítica de sangre urgente se decide completar el estudio con TC con hallazgo de enfisema subcutáneo y mediastínico extenso. Solución de continuidad en esófago distal. Se realiza intubación orotraqueal emergente e intervención quirúrgica urgente. En la condición de estabilidad hemodinámica se accede, por laparoscopia, a la cavidad abdominal. Se objetiva perforación esofágica localmente evolucionada con necrosis mediastínica extensa. Se realiza exclusión esofágica mediante creación de pequeño reservorio gástrico. Se coloca gastrostomía en curvadura menor gástrica y drenajes mediastínicos trasnhiatales. Se realiza toracoscopia derecha e izquierda para lavado y drenaje de cavidad torácica. Se coloca sonda nasogástrica. El paciente es trasladado a la UCI. Inicia terapia de vacío endoluminal inicialmente con Eso-Sponge y posteriormente con dispositivo VAC stent hasta el cierre completo del defecto esofágico. Evoluciona favorablemente y tras resolución endoscópica del defecto se realiza reconstrucción de tránsito digestivo mediante anastomosis gastrogástrica laparoscópica. El día 56 de evolución pasa planta de hospitalización donde afianza ingesta oral y rehabilita la marcha. El paciente es dado de alta el día 62 de posoperatorio.

Discusión: El advenimiento de terapia de vacío endoluminal supone una aportación interesante ya que permite el drenaje de colecciones periesofágicas y la resolución del defecto esofágico con el beneficio de la preservación de un órgano no patológico. En comparación con la terapia clásica, tratado con la exclusión esofágica y esofagostoma lateral, las secuelas son claramente menores. La

coordinación del equipo de tratamiento en colaboración con el Servicio de Endoscopia además del del soporte de la Unidad de Cuidados Intensivos son imprescindibles para valorar la mejor opción de tratamiento en función de la evolución local del defecto esofágico. La perforación en el esófago distal puede hacer más favorable este tipo de tratamiento al no estar en contacto con órganos nobles como la vía aérea, corazón o aorta. Finalmente las características del paciente, su sensibilidad a la sepsis y estado físico previo al evento son puntos importantes para poder resolver con éxito una situación con elevada morbimortalidad.