



Cirugía Española



www.elsevier.es/cirugia

P-129 - ESOFAGECTOMÍA TRAS PERFORACIÓN ESOFÁGICA SECUNDARIA A SONDA DE SENGSTAKEN-BLAKEMORE

Losada Docampo, Iria; Díez del Val, Ismael; Gómez García, Pilar; González de Miguel, Melania; León Valarezo, Manolo; Domínguez Ayala, Maite

Hospital de Basurto-Osakidetza, Bilbao.

Resumen

Introducción: La hemorragia digestiva alta debida a varices esofágicas continúa constituyendo una situación urgente asociada a una alta mortalidad. Aunque el tratamiento endoscópico de las hemorragias tiene una alta de éxito, la sonda de Sengstaken-Blakemore (SB) continúa siendo útil en pacientes que no han respondido a escleroterapia. Sin embargo su uso no está exento de complicaciones.

Caso clínico: Paciente de 65 años con antecedentes de cirrosis alcohólica, varices esofágicas grado III/IV y gastropatía secundarios a hipertensión portal y anticoagulado por trombosis portal con HBPM a dosis terapéuticas. Acude al Servicio de Urgencias por hematemesis por sangrado de varices esofágicas que se resuelve endoscópicamente mediante la colocación de bandas. Durante su ingreso presenta múltiples episodios de resangrado pese a esclerosis, por lo que, ante la inestabilidad hemodinámica e incapacidad para el control de la hemorragia se coloca sonda de SB del nº 16 e ingresa en la Unidad de Reanimación. Tras 48 horas de la colocación de la sonda se realiza derivación portosistémica intrahepática transyugular (TIPS) que resulta efectiva por lo que se retira sonda de SB 24 horas más tarde sin signos de resangrado. Tras 10 días de evolución favorable el paciente comienza con clínica de dolor epigástrico intenso irradiado a hemitórax derecho, por lo que se realiza TC toraco-abdominal que describe distensión esofágica distal sin datos de perforación. Ante la sospecha de necrosis se realiza gastroscopia que demuestra en la mitad inferior del esófago superficie esfacelada y perforación del mismo. Dado que se trata de un paciente trasplantable, se decide intervención quirúrgica urgente, accediendo a través de toracotomía derecha, donde se objetiva una perforación esofágica longitudinal que afecta a todo el tercio esofágico distal e isquemia del mismo con importante mediastinitis asociada. Se realiza esofagectomía con esofagostomía tipo Orringer y gastrostomía. Tras la intervención el paciente evoluciona de forma desfavorable falleciendo el 8º día postoperatorio.

Discusión: La mortalidad asociada a la hemorragia digestiva alta ha descendido dramáticamente en los últimos 30 años gracias a la mejora en el manejo del sangrado de las varices esofágicas. El tratamiento endoscópico con escleroterapia o ligadura mediante bandas disfruta de un éxito en la hemostasia de hasta el 76-97% de los casos. En los restantes 10-15% el uso de la Sonda de Sengstaken-Blakemore puede ser efectiva hasta en el 80-90% de los pacientes. Sin embargo esta técnica se considera de segunda elección debido al elevado número de complicaciones como la broncoaspiración, la obstrucción traqueal o la rotura esofágica. Esta última es rara pero frecuentemente mortal. Puede deberse a una incorrecta colocación de la sonda o bien a un exceso de tiempo de uso, ya que este no debe exceder en ningún caso las 24 horas puesto que más allá de este tiempo existe riesgo de necrosis esofágica y perforación. La perforación esofágica asocia una mortalidad del 15-30%. Su tratamiento es controvertido debido a la variedad de medios terapéuticos

disponibles pero ante lesiones extensas con mediastinitis importante la esofagectomía puede ser la única opción terapéutica.