



Cirugía Española



www.elsevier.es/cirugia

P-145 - MANEJO QUIRÚRGICO DE UN CASO DE PERFORACIÓN DE ESÓFAGO CERVICAL POR CUERPO EXTRAÑO

Senent Boza, Ana; Reguera Rosal, Julio; Ramírez Plaza, César Pablo; Sacristán Pérez, Cristina; Dios Barbeito, Sandra; Guerrero Ramírez, José Luis; Padillo Ruiz, Francisco Javier

Hospital Universitario Virgen del Rocío, Sevilla.

Resumen

Introducción: La perforación esofágica supone una emergencia clínica poco frecuente con alta tasa de morbilidad, particularmente en aquellos casos en los que se retrasa el diagnóstico y, por tanto, su tratamiento. No obstante, el pronóstico varía ampliamente en función de la etiología de la misma. Presentamos un caso de perforación esofágica secundaria a la ingesta de cuerpo extraño.

Caso clínico: Varón de 64 años con antecedentes quirúrgicos de apendicectomía, hernioplastia inguinal izquierda y amigdalectomía que acude a Urgencias de su hospital por odinofagia y dolor retroesternal tras la ingesta de sopa de ave. Es valorado por Otorrinolaringología que descarta la presencia de cuerpo extraño en la faringe. Digestivo realiza endoscopia oral que objetiva una laceración esofágica posterior en tercio proximal de esófago. Tras la misma el paciente comienza con sialorrea y aumento del dolor retroesternal. Se realiza TAC cervicotorácico con contraste intravenoso y oral, que pone de manifiesto una perforación en esófago cervical con gran enfisema local, signos de mediastinitis y cuerpo extraño alojado en esófago distal. En este contexto se contacta con nuestro hospital para traslado y valoración del paciente por el servicio de Cirugía General. A su llegada el paciente se encuentra consciente y orientado, con febrícula, con adecuada saturación de oxígeno, taquipneico, taquicárdico y normotenso y se objetiva enfisema cervical. Tras iniciar tratamiento de soporte y antibioterapia se decide intervención quirúrgica urgente. Se realiza cervicotomía exploradora durante la cual se objetiva perforación de cara posterior de la unión faringoesofágica, realizándose cierre simple de la misma y plastia con el vientre medial del músculo esternocleidomastoideo, dejando drenaje aspirativo junto a la misma y en mediastino posterior. Posteriormente se realiza laparotomía exploradora que evidencia, tras abdominalización de esófago distal mediante frenotomía tipo Pinotti, cuerpo extraño óseo impactado sin perforación a este nivel. Se realiza gastrotomía subcardial para extracción del mismo mediante sonda de Foley. Posteriormente se realiza gastrostomía de alimentación tipo Stamm y se deja drenaje aspirativo en mediastino posterior. El paciente evoluciona favorablemente, siendo alta hospitalaria al 18º día postoperatorio, tolerando dieta oral y con TAC de control con resolución de la mediastinitis y sin evidencia de fuga esofágica. La gastrostomía fue retirada a los dos meses de la cirugía en la revisión en la consulta.

Discusión: Las perforaciones esofágicas por cuerpo extraño son menos frecuentes que aquellas espontáneas o iatrogénicas y suelen revestir menor gravedad que éstas. Su manejo óptimo implica el traslado lo antes posible a un centro de referencia en este tipo de patología, dado que un diagnóstico y tratamiento precoces mejoran el pronóstico. El estudio de las características de la perforación mediante endoscopia y TAC es imprescindible para planificar el manejo quirúrgico en caso de que éste esté indicado. No obstante, el manejo

no quirúrgico y el drenaje percutáneo de colecciones mediastínicas debe ser tenido en cuenta en función de la extensión de la contaminación mediastínica y pleural, el grado de sepsis y las características del paciente, dado que no suponen mayor morbimortalidad con una indicación adecuada.