



[www.elsevier.es/cirugia](http://www.elsevier.es/cirugia)

## P-610 - PERFORACIÓN TRAQUEOESOFÁGICA POR EMPALAMIENTO

Jiménez Morillas, Patricia; Jiménez Segovia, Marina; Fernández Isart, Myriam; Díaz Jover, Paula; González Argente, Francesc Xavier

Hospital Universitario Son Espases, Palma de Mallorca.

### Resumen

**Introducción:** En el trauma cervical penetrante, la perforación traqueal aislada es del 10%. Su reparación inmediata es de vital importancia pues la mortalidad puede reducirse hasta un 2%. La perforación esofágica aislada es poco frecuente pero de elevada mortalidad pudiendo alcanzar el 40% si se asocia lesión traqueal, requiriendo un diagnóstico y tratamiento quirúrgico inmediatos. El retraso en el diagnóstico de las lesiones esofágicas puede favorecer la aparición de fistula traqueoesofágica, complicación infrecuente pero con un alto porcentaje de morbilidad. Presentamos un caso de perforación esofagotraqueal por empalamiento con el objetivo de determinar la actitud médica-quirúrgica ante este tipo de lesiones.

**Caso clínico:** Varón de 19 años presenta herida cervical inciso-contusa penetrante tras caída sobre barra metálica con entrada a nivel supraesternal y salida retroauricular izquierda. Se realiza traqueotomía quirúrgica urgente por debajo del cuerpo extraño y se traslada a hospital de referencia iniciándose antibioterapia empírica de amplio espectro. La TC muestra perforación traqueal mediante barra metálica con enfisema subcutáneo y neumomediastino, sin afectación de grandes vasos, infiltrados pulmonares secundarios a broncoaspiración. Se realiza cervicotomía descartándose lesiones vasculonerviosas permitiendo la retirada del cuerpo extraño. Con laringoscopia rígida se identifica perforación traqueal completa. Mediante esofagoscopia directa se evidencia perforación esofágica completa longitudinal, sin desgarro ni hematoma asociado. Se realiza cierre primario de la pared traqueal posterior y esofágica anterior mediante interposición de planos. Cierre de mucosa de la pared esofágica posterior. Se coloca nueva cánula de traqueotomía y drenaje cervical. Ingresa en la Unidad de Cuidados Intensivos conectado a ventilación mecánica con parámetros respiratorios correctos permitiendo desconexión ventilatoria al 4 día. Portador de sondaje nasogástrico, se realiza punción de las glándulas submaxilares con toxina botulínica para disminuir la producción salival. La nasofibroscopia de control muestra buena sensibilidad supraglótica con cuerdas vocales móviles. El esofagograma descarta extravasación del contraste. Tampoco se aprecia aspiración a vía respiratoria descartándose fistula traqueoesofágica, mostrando buen paso de contraste con calibre esofágico normal. Se reintroduce dieta oral con buena tolerancia. Se procede al cierre de la traqueotomía y el paciente es dado de alta al 19 día de la intervención asintomático.



**Discusión:** La máxima del tratamiento prehospitalario es la movilización mínima del objeto empalado manteniendo la permeabilidad de la vía aérea hasta el tratamiento quirúrgico definitivo extrayendo el cuerpo extraño bajo visión directa. El tratamiento depende de la naturaleza de la lesión y el tiempo de evolución. El cierre primario directo es aconsejable. El esófago debe ser cerrado en dos capas sobre un tubo nasogástrico y reforzado con un pedículo muscular. Si el defecto traqueal es pequeño, la reparación primaria puede ser utilizada. La fistula traqueoesofágica adquirida es una complicación rara, de elevada morbitmortalidad que requiere un alto índice de sospecha en este tipo de lesiones, diagnosticándose mediante esofagograma con contraste, broncoscopia y esofagoscopia.