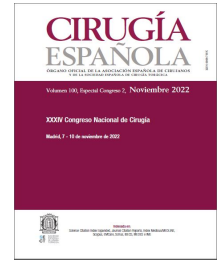




Cirugía Española

www.elsevier.es/cirugia



P-159 - MANEJO CONSERVADOR Y TRATAMIENTO QUIRÚRGICO EN PERFORACIONES ESOFÁGICAS DE URGENCIA

Rubio Castellanos, Cristina; Hurtado de Rojas Grau, Cristina; Marengo de La Cuadra, Beatriz; Cáceres Salazar, Juan Manuel; Domínguez Amodeo, Antonio; Domínguez-Adame Lanuza, Eduardo

Hospital Universitario Virgen Macarena, Sevilla.

Resumen

Introducción: Las perforaciones esofágicas son condiciones poco frecuentes, de difícil diagnóstico, tratamiento controvertido y elevada mortalidad, oscilando entre el 10-20% cuando el tratamiento se retrasa más de 24 horas. La causa más frecuente es la iatrogenia, sospechándolas en paciente sometidos a procedimientos endoscópicos.

Caso clínico: Presentamos dos casos de perforaciones esofágicas yatrogénicas. El primer caso corresponde a un paciente sin antecedentes personales de interés al que se realiza una endoscopia por impactación de un comprimido de paracetamol, el cual, tras ello, comienza con cuadro de dolor centrotorácico y crepitantes cervicales, objetivándose en TC toraco-abdominal un neumomediastino que diseca en dirección ascendente los planos cervicales hasta la base del cráneo y en dirección descendente hasta el abdomen superior rodeando estómago y retroperitoneo central con posible origen de la perforación en la pared posterior del tercio medio esofágico y sin presencia de colecciones organizadas ni cámara de neumotórax. Dada la estabilidad clínica del paciente y las características de la perforación se decide ingreso en UCI para control estrecho e inicio de tratamiento conservador con antibioterapia y terapia antifúngica, reposición de líquidos e inicio de nutrición parenteral. Por el contrario el segundo caso corresponde a una paciente sin antecedentes de interés que sufre impactación de bolo alimenticio por lo que se realiza una endoscopia con imposibilidad para extraer dicho bolo, comenzando tras ello con dolor centrotorácico por lo que se realiza TC en el que se observa un neumomediastino severo, neumotórax derecho, neumoretroperitoneo de predominio periaórtico y perirrenal, sobre todo en lado derecho, alcanzando la hemipelvis derecha, gas disecando las paredes del fundus y del cuerpo gástrico y gas disecando la pared del esófago distal, con mala tolerancia de estos por la paciente y con persistencia de bolo alimenticio en esófago distal imposible de tratar endoscópicamente, por lo que se decide intervención quirúrgica laparoscópica urgente cierre primario del defecto en dos planos seromuscular junto con gastrostomía intraoperatoria para extracción de restos alimenticios impactados y posterior cierre de esta en dos capas. Ambos casos fueron dados de alta en un plazo de entre nueve y once días, con una estancia media en unidad de cuidados intensivos de cuatro días sin complicaciones asociadas.



Discusión: El tratamiento conservador es factible en pacientes sin signos de sepsis o mediastinitis, perforaciones contenidas por estructuras circundantes, buena tolerancia de la contaminación pleural o mediastínica con el drenaje apropiado, en ausencia de patología esofágica previa y control estrecho 24 horas, iniciándose nutrición parenteral, reanimación con líquidos con solución isotónica, antibioterapia de amplio espectro, cobertura antimicótica y trasladando al paciente a una unidad de cuidados intensivos para realizar monitorización. Si no cumple estos criterios se indicará cirugía urgente pudiéndose realizar cierre primario con sutura en dos planos, con punto sueltos de material reabsorbible en la capa mucosa y puntos sueltos con sutura no absorbible en la capa muscular y yeyunostomía de alimentación.