



P-169 - PERFORACIÓN DE ESÓFAGO CERVICAL POR CUERPO EXTRAÑO, A PROPÓSITO DE UN CASO

Lenza Trigo, Patricia; Anguita Ramos, Francisco Javier; Monjero Ares, Inmaculada; Couselo Villanueva, José Manuel; Gómez Gegúndez, Carlos; Martínez Míguez, Marta; Muñeloz Lorenzo, Manuel; Conde Vales, José

Hospital Universitario Lucus Augusti, Lugo.

Resumen

Introducción: La perforación esofágica es una patología poco frecuente pero con alta morbimortalidad. La clínica es variada, fundamentalmente dependiendo de la localización, duración y tamaño de la perforación. Su pronóstico depende del rápido diagnóstico y manejo.

Caso clínico: Varón de 58 años sin antecedentes de interés que acude a urgencias por disfagia de 5 días de evolución tanto para sólidos como líquidos, acompañada de pérdida de peso y secreciones mucopurulentas. A la exploración física el paciente presentaba febrícula, abundantes secreciones mucopurulentas, roncus dispersos a la auscultación pulmonar y exploración abdominal anodina. En la analítica presentaba leucocitosis y elevación de reactantes de fase aguda. Con la sospecha diagnóstica de impactación esofágica se solicita gastroscopia en la se objetiva cuerpo extraño (concha de molusco) a nivel de esófago cervical, con imposibilidad para desimpactación. Se solicita TC cervicotorácico observándose engrosamiento de luz de esófago cervical con perforación de pared lateral derecha con cuerpo extraño que mide 3×3 cm e importante enfisema subcutáneo. Ante esta situación clínico-radiológica se decide intervención quirúrgica urgente. Se realiza cervicotomía lateral derecha objetivándose perforación de esófago cervical de aproximadamente 4 cm en la que se aloja cuerpo extraño. Se realiza extracción de cuerpo extraño, sutura de perforación y refuerzo con colgajo de músculos pretiroideos derechos.

Discusión: La perforación esofágica es una patología poco frecuente pero potencialmente grave. En cuanto a la etiología, la más frecuente es la iatrogénica en la cual se engloba la debida a procedimientos endoscópicos, colocación traumática de sonda nasogástrica, cirugía de tiroides, de columna cervical y/o torácica y cirugía esofagogástrica. Con menos frecuencia, otra etiología posible es la ruptura espontánea o síndrome de Boerhaave, la perforación por cuerpo extraño y el traumatismo penetrante o cerrado. Puede debutar con sintomatología muy diversa como dolor torácico o cervical, según la localización de la perforación, disfagia, presencia de enfisema subcutáneo, disminución del murmullo vesicular en el hemitórax ipsilateral en perforaciones de esófago torácico, etc. Entre las pruebas complementarias a solicitar en primer lugar tenemos el TC, el cual nos permite confirmar el diagnóstico, localizar la lesión y sus complicaciones. Según hallazgos puede completarse el estudio con gastroscopia. En cuanto a su tratamiento se debe tener en cuenta la situación clínica del paciente, la localización de la perforación, el tiempo de evolución, la existencia de patología esofágica subyacente y la experiencia en manejo de perforación esofágica. El objetivo es cerrar la perforación, garantizar el tránsito gastrointestinal, frenar la contaminación mediastínica y controlar el posible foco séptico. Suele llevarse a cabo un manejo quirúrgico realizando sutura esofágica, la fistulización dirigida, la resección o incluso en determinados casos la exclusión esofágica. En pacientes clínica y

hemodinámicamente estables puede plantearse manejo médico con vigilancia exhaustiva. Las técnicas endoscópicas también tienen cabida en esta patología permitiendo un manejo mínimamente invasivo. Como conclusión, la perforación esofágica es una patología poco frecuente pero con alta morbimortalidad que requiere un rápido diagnóstico y manejo para asegurar la estabilidad clínica del paciente y garantizar la integridad del tubo digestivo.