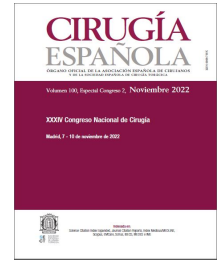




Cirugía Española

www.elsevier.es/cirugia



P-170 - PERFORACIÓN ESOFÁGICA CERVICAL DE DIVERTÍCULO DE ZENKER POSINTUBACIÓN, UN RETO PARA EL CIRUJANO

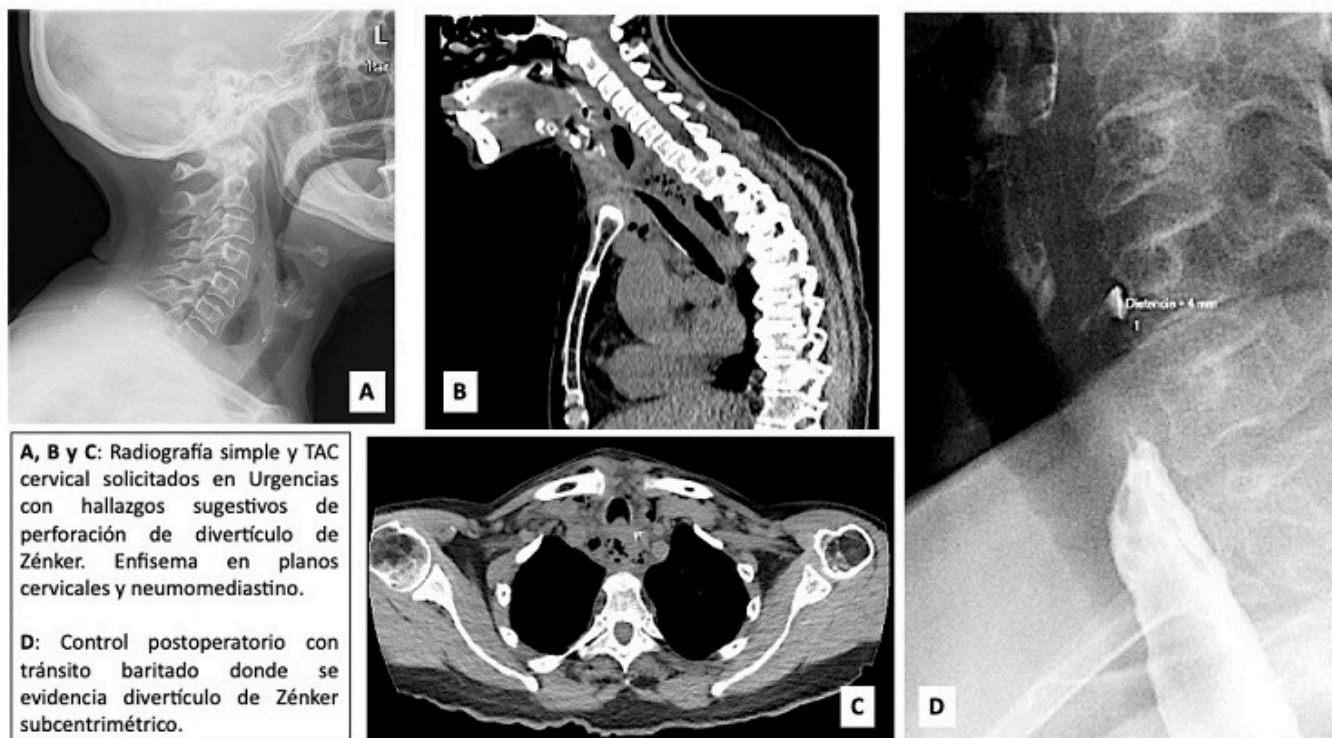
Lavín Montoro, Lucía; García Picazo, Alberto; García Villar, Oscar; Fernández Noel, Silvia; Otero Torrón, Blanca; Orellana León, María; García Borda, Javier; Ferrero Herrero, Eduardo

Hospital Universitario 12 de Octubre, Madrid.

Resumen

Introducción: La perforación de esófago cervical es una urgencia poco frecuente con una elevada tasa de mortalidad. Su etiología más frecuente es la iatrogénica por técnicas endoscópicas, siendo las perforaciones por intubación endotraqueal o esofágica una causa casi anecdótica. La localización cervical como punto de perforación es atípica, un factor de riesgo para desarrollarla es la presencia de áreas de debilidad como pueden ser los divertículos faringoesofágicos o de Zenker. El síntoma principal es el dolor, presentando la mayoría de pacientes enfisema subcutáneo junto con cervicalgia, odinofagia y disfagia. Para establecer el diagnóstico definitivo y delimitar el punto exacto de perforación son necesarios estudios radiológicos con contraste. La elección del tratamiento conservador o quirúrgico está determinado por los criterios de Cameron, actualizados posteriormente por Altorjay. Generalmente, en los abordajes quirúrgicos de localizaciones cervicales es suficiente con un drenaje del espacio paracervical. La morbilidad está determinada por la precocidad en la que se alcanza su diagnóstico y tratamiento, presentando la región cervical mejor pronóstico que otras localizaciones esofágicas.

Caso clínico: Paciente mujer de 70 años, con antecedente de cólicos biliares de repetición. Es intervenida de colecistectomía laparoscópica programada siendo dada de alta precozmente presentando dolor cervical. Acude al servicio de urgencias al segundo día posoperatorio refiriendo aumento progresivo del dolor cervical, disfagia y disnea. En la exploración física presentaba dolor y empastamiento cervical derecho con enfisema subcutáneo. En la analítica destacaba elevación de reactantes de fase aguda, observándose en el TAC toracoabdominopélvico una imagen sugestiva de perforación de divertículo de Zenker sin llegar a producirse extravasación de contraste. Se decide intervención quirúrgica urgente, evidenciándose un absceso retroesofágico que se extiende hasta mediastino superior y abundante fibrina que impide la localización del punto exacto de perforación. Se realiza lavado abundante de la cavidad con colocación de drenaje y yeyunostomía. Posteriormente pudo ser dada de alta con adecuada tolerancia oral y sin drenaje, solicitándose en consulta un tránsito esofágico que confirmaba la presencia de un divertículo de Zenker subcentrímetro.



Discusión: A pesar de estar descrito en la literatura la existencia de perforaciones de esófago cervical tras intubaciones endotraqueales dificultosas o intubaciones nasogástricas, es necesario un alto índice de sospecha para establecer su diagnóstico. Así mismo, su tratamiento continúa no estando exento de controversia. En los casos seleccionados en los que se cumplen los criterios de Cameron se optará por un manejo conservador; de lo contrario es necesario realizar un abordaje quirúrgico. El tipo de intervención quirúrgica dependerá de múltiples factores como la magnitud de la perforación o la viabilidad del esófago. Para prevenir mayor iatrogenia es primordial si no se cuenta con la experiencia necesaria, evitar la realización técnicas agresivas que no sean estrictamente necesarias ya que habitualmente el curso de estas perforaciones es adecuado únicamente con la realización de drenaje del espacio paracervical. La escasa incidencia de perforaciones a nivel de esófago cervical hacen de su diagnóstico y tratamiento un reto para el cirujano, por ello la toma de decisiones debe individualizarse en función del paciente y la experiencia del cirujano.