

Pericarditis secundaria a perforación esofágica por espina de pescado

José Antonio Fraguera

Servicio de Cirugía "A". Hospital Juan Canalejo. A Coruña. España.

Resumen

La mayoría de las perforaciones esofágicas ocurren como resultado de endoscopia terapéutica o ingestión de cuerpos extraños. El resultado tras la perforación depende de la causa, la localización, el tamaño de la lesión y el retraso diagnóstico. Puede producirse hemorragia, perforación, mediastinitis, piotórax o pericarditis. Presentamos el caso de un paciente con pericarditis tras una perforación esofágica por la ingestión de una espina de pescado.

Palabras clave: Perforación esofágica. Pericarditis. Espina de pescado.

Introducción

El mecanismo por el que se produce una perforación esofágica se debe habitualmente a maniobras diagnósticas o terapéuticas endoscópicas, casi siempre secundarias a una enfermedad esofágica subyacente o a la lesión producida tras la ingestión de un cuerpo extraño. En general, la perforación por cuerpo extraño se produce en el tercio inferior del esófago, y puede afectar al mediastino y, de manera más rara, al corazón^{1,2}, o producir excepcionalmente una pericarditis, como el caso que describimos a continuación.

Caso clínico

Se trata de un paciente varón de 70 años de edad con antecedentes de episodios frecuentes de pirosis que ceden con anti-H₂, infarto agudo de miocardio y angina de pecho postinfarto que necesitó de la colocación

PERICARDITIS DUE TO ESOPHAGEAL PERFORATION WITH FISH BONE

Most esophageal perforations occur as result of therapeutic endoscopy or ingestion of foreign bodies. The outcome after perforation depends on the cause, location, size of the injury and delay in diagnosis. Hemorrhage, penetration, mediastinitis, pyothorax and pericarditis may develop. We report a patient with pericarditis secondary to esophageal perforation after swallowing a fish bone.

Key words: Esophageal perforation. Pericarditis. Fish bone.

de un stent en la arteria coronaria descendente anterior, hipercolesterolemia, hipertensión arterial y accidente cerebrovascular agudo sin sequelas, que acudió a urgencias por presentar un dolor retroesternal de aparición brusca tras realizar un esfuerzo físico. En la exploración el paciente está consciente y orientado, afectado por el dolor, taquicárdico, taquipneico y ligeramente sudoroso, con una presión arterial de 110/60 mmHg. Presenta ligera palidez de piel. La auscultación cardiopulmonar es normal, así como la exploración neurológica.

Tras el ingreso se realiza electrocardiograma, en el que destacan elevaciones del segmento ST en todas las derivaciones, sugestivo de pericarditis, con enzimas normales. El hemograma estaba dentro de la normalidad y en la radiografía de tórax no se apreciaron alteraciones significativas. Con el diagnóstico de pericarditis aguda y debido a sus antecedentes, el enfermo fue ingresado durante 24 h en la unidad de cuidados intensivos, y después trasladado a la planta, donde se realizó un ecocardiograma, que puso de manifiesto la presencia de un ligero derrame pericárdico compatible con pericarditis (fig. 1). Fue sometido a tratamiento médico con ácido acetilsalicílico. A las 48 h, el paciente había mejorado de su dolor retroesternal, pero presentaba una ligera disfagia, que no refería a su ingreso y que había aparecido paulatinamente y progresivamente. Se consultó al servicio de cirugía ante la progresión de la disfagia y se decidió realizar una endoscopia digestiva alta, que puso de manifiesto la presencia de un cuerpo extraño identificado como espina de pescado localizada en el tercio inferior del esófago y que se movía con los latidos cardíacos. Se decidió su extracción con fórceps sin que se evidenciara hemorragia, y luego se sometió al paciente a tratamiento con nutrición parenteral total y antibioterapia durante una semana, con una evolución favorable.

Al rehacer la historia del paciente, éste admitió haber tomado pescado la tarde de su ingreso, aunque no era consciente de haber ingerido ninguna espina. Se comprobó que tenía prótesis en ambas arcadas dentales.

Correspondencia: Dr. J.A. Fraguera Mariña.
Servicio de Cirugía "A". Hospital Juan Canalejo.
As Xubias, s/n. 15006 A Coruña. España.
Correo electrónico: Jafm-canalejo.org

Manuscrito recibido el 5-1-2004 y aceptado el 29-1-2004.

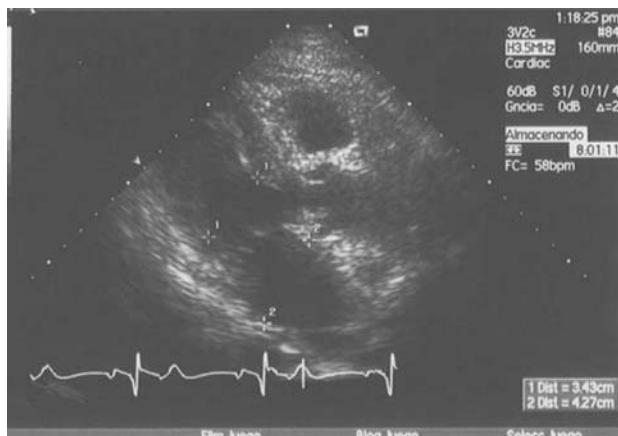


Fig. 1. Ecocardiograma. Derrame pericárdico.

Discusión

La perforación esofágica es una entidad relativamente rara, asociada en general a la instrumentación endoscópica¹⁻³. La segunda causa más común es la ingestión de cuerpos extraños^{3,4}. La penetración y perforación del tracto digestivo por una espina de pescado ocurre, por orden de frecuencia decreciente, en el ano, seguido por el colon, el íleon y el esófago, este último en el 5,8% de los casos⁵. La lesión producida en la mucosa esofágica tras la ingestión suele localizarse en el tercio inferior del esófago y su penetración a través de la pared de éste puede afectar al mediastino o al corazón, como en nuestro caso, produciendo mediastinitis, piotorax, pericarditis y taponamiento pericárdico. Los movimientos peristálticos esofágicos pueden contribuir a su enclavamiento profundo a través de la pared del esófago, lo que conduce a complicaciones de extrema gravedad⁶. La primera descripción de una pericarditis purulenta secundaria a perforación esofágica por cuerpo extraño se atribuye a Buist en 1838, que describió en una autopsia una laceración esofágica secundaria a la ingestión de una prótesis dental, y los primeros casos de pericarditis y perforación por espina de pescado se atribuyen a Daléas y Wilholm en 1939⁷.

El diagnóstico suele ser difícil, ya que el paciente habitualmente no es consciente de haber ingerido la espina de pescado debido a su corta edad en algunos casos, a la edad avanzada con dificultades de relación con el entorno, o a la presencia de prótesis dentales, como en nuestro caso, que al disminuir la sensibilidad durante la masticación convierten la ingestión en un hecho fortuito

que pasa desapercibido. Si el paciente manifiesta disfagia, podría atribuirse inicialmente a la inflamación pericárdica, lo que retrasaría el tratamiento y agravaría las posibilidades de curación. El mantenimiento de dicho síntoma sin que mejore tras tratamiento médico, junto con la aparición de un síndrome infeccioso, debería orientarnos hacia la búsqueda de una posible irritación pericárdica por contigüidad.

El electrocardiograma y el ecocardiograma suelen reflejar datos de pericarditis, y habitualmente es imposible detectar la espina de pescado en la radiografía de tórax, aunque podría haber datos indirectos de perforación esofágica, como neumopericardio o neumomediastino¹⁻⁴. El estudio gastroduodenal no suele ser de utilidad y sólo la endoscopia digestiva tiene valor diagnóstico y terapéutico, y permite en algunos casos cerrar el orificio de la perforación⁸. En nuestro paciente, debido a su pequeño tamaño, no fue necesario seguir ninguna terapéutica invasiva.

La perforación esofágica es una entidad patológica que se acompaña habitualmente de una alta mortalidad, de los que son importantes factores pronósticos el retraso diagnóstico, el tamaño y las características de la perforación y la presencia de inflamación local o sepsis^{2,8}. El tratamiento médico con nutrición parenteral y antibióticos ha sido enfatizado recientemente para casos de lesiones esofágicas autolimitadas⁹. En nuestro caso, la ausencia de datos de infección purulenta y el buen estado general del paciente, a pesar del retraso en el diagnóstico, nos condujeron a un tratamiento médico efectivo, sin complicaciones.

Bibliografía

1. Wetstein L, Duerr A, Wagner B. Esophageal perforation. Ann Thorac Surg 1998;65:875-6.
2. Jones WG II, Ginsberg RJ. Esophageal perforation: a continuing challenge. Ann Thorac Surg 1992;53:534-43.
3. Moghissi K, Pender D. Instrumental perforations of the oesophagus and their management. Thorax 1988;43:642-6.
4. Nandi P, Ong GB. Foreign body in the oesophagus: review of 2,394 cases. Br J Surg 1978;65:5-9.
5. Shimamoto C, Hirata I, Umegaki E, Katsu K. Closure of an esophageal perforation due to fish bone ingestion by endoscopic clip application. Gastrointest Endosc 2000;51:736-9.
6. Sharland MG, McCaughan BC. Perforation of the esophagus by a fish bone leading to cardiac tamponade. Ann Thorac Surg 1993;56: 969-71.
7. Hermier M, Verney R, Haguenauer L, et al. Péricardite par déglutit d'une épingle de sûreté chez un nourrisson. Revue de la littérature. Pediatrie 1976;31:399-405.
8. Cano I, Fraguela J, Gómez A, et al. Perforación instrumental de esófago. Importancia del diagnóstico precoz en la evolución. Rev Cir Ped 1990;2-3:45-52.
9. Bufkin BL, Miller JI Jr, Mansour KA. Esophageal perforation: emphasis on management. Ann Thorac Surg 1996;61:1447-52.