



V-076 - PERFORACIÓN ESOFÁGICA TRAS SEPTOTOMÍA ENDOSCÓPICA DE DIVERTÍCULO DE ZENKER

Soriano Liébana, María del Mar¹; Martínez Guillén, José¹; Lagunas Lostao, Emilio Demetrio¹; Otero Romero, Daniel¹; Lete Aguirre, Noelia¹; Rey Gutama, Humberto²; Gasós García, Miguel¹; Palacios Fanlo, María José¹

¹Hospital Clínico Universitario Lozano Blesa, Zaragoza; ²Hospital Universitario Miguel Servet, Zaragoza.

Resumen

Introducción: Las perforaciones esofágicas son una de las perforaciones más graves del tracto gastrointestinal por su elevada morbilidad. La causa más frecuente en la actualidad es la perforación yatrogénica tras procedimientos endoscópicos, siendo la dilatación endoscópica y el tratamiento del divertículo de Zenker los procedimientos con mayor incidencia de perforaciones esofágicas. El cuadro clínico es inespecífico, por lo que una alta sospecha es fundamental para el diagnóstico temprano, que tiene importantes implicaciones pronósticas. La prueba de imagen de elección en la actualidad es el TAC con contraste intravenoso o el TAC con contraste oral, permitiendo la localización de la perforación, extensión a estructuras adyacentes y planificación del tratamiento. Los principios generales del tratamiento consisten en la prevención de la contaminación de los compartimentos anatómicos, el desbridamiento de tejido necrótico y drenaje de la infección, así como el restablecimiento de la integridad del tracto digestivo en combinación con medidas generales como la antibioterapia de amplio espectro, las medidas de resuscitación y la garantía de aporte nutricional. En función de la gravedad y la localización de la perforación se establecen diferentes estrategias de tratamiento: conservador, endoscópico, terapia de presión negativa y tratamiento quirúrgico con sutura primaria y cobertura con plastias en casos seleccionados o bien la derivación esofágica o la esofagectomía.

Caso clínico: Presentamos el caso de una mujer de 72 años con antecedentes de HTA, DLP y tiroidectomía total. Relata clínica de disfagia con estudios de imagen y funcionales que reflejan RGE y la presencia de un divertículo de Zenker, por lo que se propone septotomía endoscópica. A las 72 h del procedimiento acude a urgencias por disnea e intolerancia oral, con diagnóstico clínico y en pruebas de imagen de perforación esofágica con mediastinitis. Se iniciaron las medidas generales de tratamiento y se decidió un abordaje combinado mediante VATS para drenaje mediastínico y reparación de la perforación cervical a través de cervicotomía izquierda. La VATS puso de manifiesto una mediastinitis posterior con pus y esfacerlos, así como la perforación y la visualización de los endoclips. En el abordaje cervical se individualizó el esófago y se realizó una sutura primaria del defecto con plastia de esternocleidomastoideo. El posoperatorio cursó en UCI, requiriendo a los 4 días reintervención por fuga de la sutura. Se llevó a cabo finalmente una exclusión esofágica, nuevo desbridamiento mediastínico y la confección de una yeyunostomía de alimentación. Requirió también de la realización de una gastrostomía descompresiva por dilatación gástrica aguda. A los 90 días, se procedió al alta a planta de hospitalización, con tolerancia a nutrición parenteral.

Discusión: El tratamiento de las perforaciones esofágicas difiere en función de la localización de la perforación, pero la reparación mediante sutura primaria es el tratamiento recomendado en cualquiera de sus porciones, siempre que sea posible. Se ha descrito el uso de diferentes plastias en función de la localización anatómica del defecto. En este caso, ante un diagnóstico tardío, se decidió utilizar una plastia de músculo esternocleidomastoideo, una de las opciones descritas, junto a la plastia de pectoral mayor.