



VC-074 - TORACOTOMÍA Y DESCONEXIÓN ESOFÁGICA EN PACIENTE CON PERFORACIÓN ESOFÁGICA CRÓNICA INTRATORÁCICA DE ORIGEN DESCONOCIDO

Brito Pérez, Zaida; Acosta Mérida, María Asunción; Piñero González, Luis; Alonso-Lamberti Rizzo, Laura; Santana León, Agar; Gil Lorenzo, Rita María; Marchena Gómez, Joaquín

Hospital Universitario de Gran Canaria Doctor Negrín, Las Palmas de Gran Canaria.

Resumen

Introducción: La perforación esofágica intratorácica representa una de las urgencias con mayor mortalidad del tubo digestivo alto ($> 30\%$) debido sobre todo al elevado riesgo de mediastinitis. Su manejo permanece en controversia. Presentamos un caso complejo de perforación esofágica torácica, de evolución tórpida, diagnóstico tardío y etiología desconocida. Se emplearon diferentes escalones terapéuticos hasta llegar a la cirugía.

Caso clínico: Varón de 56 años, con antecedentes de esquizofrenia, tabaquismo y caquexia, que ingresó por disnea, siendo diagnosticado de hidroneumotórax derecho. Se colocó drenaje torácico, cuyo débito fue purulento. Posteriormente, sufrió parada cardiorrespiratoria, que respondió a maniobras de RCP diagnosticándose de síndrome coronario agudo con elevación del segmento ST inferior, que requirió revascularización mediante cateterismo. Tras iniciar tolerancia, se objetivó salida del contenido alimenticio por el tubo de tórax, confirmando perforación esofágica con fístula esófago-pleural mediante prueba de azul de metileno, TAC y EGD. Inicialmente se manejó de manera conservadora, mediante endoprótesis, endoesponjas y VAC, requiriendo dos ingresos en UMI por candidemia, neumonía necrotizante bilateral y fallo multiorgánico. Ante el fracaso de las medidas previas se decidió exploración quirúrgica, previa colocación de gastrostomía endoscópica. Se accedió mediante toracotomía lateral derecha, objetivándose una gran cavidad abscesificada, anfractuosa, rodeada de pleura y el pulmón derecho bloqueado, adherido y muy friable, dos endoesponjas alojadas en dicha cavidad, comunicando con un orificio esofágico abigarrado de 5 cm de longitud, a nivel infracarinal. Tras disección laboriosa, se disecó de forma roma, sobre el borde pulmonar, rodeando el esófago distalmente a la perforación, que se ocluyó mediante doble lazada y punto por transfixión. Se desbridaron los bordes y se suturó la perforación con puntos de seda 2/0. Se repararon, asimismo, los puntos de fuga aérea pulmonar, liberando parcialmente la coraza pleural a dicho nivel. Se colocó doble tubo de drenaje pulmonar y se cerró la toracotomía. En un segundo tiempo se procedió a la cervicotomía izquierda para confeccionar un esofagostoma terminal. El paciente permanece en el posoperatorio inmediato en cuidados intensivos, presentándose con buen estado general, extubado, sin dolor, con el esofagostoma funcionante, la gastrostomía funcionante y los drenajes torácicos sin fuga aérea.

Discusión: El manejo de la perforación esofágica requiere de una cooperación multidisciplinar y un

seguimiento estrecho, para ir adaptando la estrategia según la evolución del paciente. En este raro caso de perforación de origen y tiempo de evolución desconocido, se intentó el manejo conservador, mediante técnicas que fueron de menos a más invasivas, y cuando todas ellas fracasaron se decidió cirugía para una solución más definitiva. En este paciente se accedió vía toracotomía y se excluyó a ese nivel, sin tener que incidir a nivel abdominal. No hay una única estrategia de manejo de la perforación esofágica, debiendo individualizarse según la localización, el tiempo de evolución, la etiología y la clínica del paciente. Se debe mantener el umbral bajo para el paso del manejo conservador al tratamiento quirúrgico, acometido preferiblemente por un equipo experto en cirugía esofagogástrica.