



ROTURA ACCIDENTAL DE UN BALÓN DE SENGSTAKEN-BLAKEMORE

Sr. Director: La hemorragia varicosa (HV), la más grave de las producidas por la hipertensión portal (HTP), continúa siendo un desafío clínico incuestionable. A pesar de los notables avances de las últimas décadas, la mortalidad secundaria a HV sigue siendo elevada. Aunque en franco desuso, las técnicas de taponamiento con balón (TB) constituyen aún una medida de inestimable utilidad como tratamiento transitorio en casos de HV masiva. Sin embargo, dichas técnicas no están exentas de complicaciones. Presentamos el caso de un paciente que fue tratado con un balón de Sengstaken-Blakemore (BSB) por una HV incontrolable, haciendo especial hincapié en las complicaciones relacionadas con su uso prolongado, como sucedió en este caso.

Varón de 65 años de edad, con alcoholismo crónico como único antecedente de interés, que consultó en otro centro por presentar hematemesis sin repercusión biológica. Una endoscopia, realizada en las primeras 12 h tras la infusión continua de somatostatina, mostró el origen esofágico del sangrado; se realizó tratamiento con inyecciones esclerosantes con aparentes buenos resultados. Sin embargo, se produjo un resangrado precoz con grave inestabilidad hemodinámica refractaria a resuscitación con hemoderivados y fármacos presores, que obligaron al TB. Durante las siguientes 72 h no pudo ser retirada la tracción ni desinflarse los balones de la sonda, por situación mantenida de shock hemorrágico. Tras producirse la rotura accidental del BSB, se decidió colocar una nueva y trasladar al paciente a nuestro hospital. A su ingreso se detectó ascitis y una infección espontánea de ésta (906 células/ml con 97% de polimorfonucleares neutrófilos y 0,7 g/dl de proteínas) sin aislamiento microbiológico. Las radiografías mostraron un BSB correctamente colocado, con el balón gástrico inflado, y el extremo de otra alojada en el epigastrio (fig. 1).

Se procedió a una nueva endoscopia, inicialmente con el BSB colocado tras liberarlo de su tracción y hacer el vacío en ambos balones. Se puso de manifiesto un desgarro profundo, ancho y de recorrido serpiginoso que afectaba a casi la mitad esofágica inferior, continuándose subcardíalmente con una úlcera de unos 3 × 5 cm, redondeada, de fondo limpio y aspecto isquémico, en la zona de decúbito del balón gástrico. En este momento se retiró el BSB correctamente situado. Había varices medianas en el tercio distal del esófago y el desgarro parecía erosionar el dorso de una de ellas en la zona supracardial; se realizó esclerosis con polidacanol en dicho punto. Finalmente, se extrajo con asa de polipectomía el extremo roto del BSB alojado en la cavidad gástrica, y se comprobó que estaba constituida por la zona correspondiente al balón gástrico junto con su extremo feneestrado distal. La evolución fue favorable y se constató unos 10 días después la tendencia a la resolución de las lesiones. Igualmente, se documentó la resolución de la ascitis neutrocítica tras la antibioterapia empírica.

Son bien conocidas las complicaciones asociadas al uso del BSB. Las más frecuentes son la neumonía por aspiración y las lesiones esofagogastricas traumáticas o isquémicas. Sin embargo, se han comunicado otras menos frecuentes, aunque catastróficas y generalmente mortales¹⁻³. Generalmente, es su mala posición⁴ o su uso prolongado el que se asocia a éstas, hasta el punto de que algunos autores recomiendan la comprobación radiográfica, e incluso ecográfica⁵, de la sonda antes de inflar por completo el balón gástrico. No se pretende en esta escueta carta revisar la metodología del TB en la HV⁶ pero sí nos gustaría reflexionar brevemente sobre algunos aspectos relacionados con ello.

El BSB tiene una indicación actual muy limitada en la HV: es un tratamiento temporal que hace «de puente» hacia una terapia más definitiva⁷. Sin embargo, es previsible que su manejo, aunque sólo eventualmente, sea requerido por el personal médico dedicado a este tipo de pacientes, que debe estar entrenado en su inserción, manipulación y cuidados⁸, y en el conocimiento de las complicaciones que contrarrestan su inestimable eficacia. Como recomendaciones generales, se establece que es preferible usar el TB durante menos de 12 h y nunca más de 24 h (en el caso que presentamos se hace constar que esto no fue posible), que se debe intentar prescindir de la función del balón esofágico y de la tracción por peso con sistema de poleas (se estima que añade poca efectividad y muchas complicaciones), que los pacientes que precisan un BSB deben ser valorados de forma precoz en un centro con capacidad de aportar una so-



Fig. 1. La radiografía de abdomen mostró una sonda de Sengstaken-Blakemore correctamente insertada y el extremo distal de otra alojada en el epigastrio.

lución definitiva al problema, y que el manejo integral de la hemorragia por HTP exige una valoración cautelosa de sus complicaciones, junto con la de los riesgos y beneficios de las terapias disponibles para su control. En nuestro caso, la rotura del BSB es la nueva aportación que hacemos a la larga lista de iatrogenia asociada a las técnicas de TB.

ÁLVARO GIRÁLDEZ GALLEGOS, CLAUDIO TRIGO SALADO, EDUARDO LEO CARNERERO Y ANTONIO GARRIDO SERRANO
Servicio de Aparato Digestivo. Hospitales Universitarios Virgen del Rocío. Sevilla. España.

BIBLIOGRAFÍA

- Rodhe M, Lenler-Petersen P. Ventricular fibrillation caused by a misplaced Sengstaken tube. *Ugeskr Laeger*. 2006;168:288-9.
- Chong CF. Esophageal rupture due to Sengstaken-Blakemore tube misplacement. *World J Gastroenterol*. 2005;11:6563-5.
- Kelly DJ, Walsh F, Ahmed S, Synnott A. Airway obstruction due to a Sengstaken-Blakemore tube. *Anesth Analg*. 1997;85:219-21.
- Chien JY, Yu CJ. Images in clinical medicine. Malposition of a Sengstaken-Blakemore tube. *N Engl J Med*. 2005;352:7E.
- Lin AC, Hsu YH, Wang TL, Chong CF. Placement confirmation of Sengstaken-Blakemore tube by ultrasound. *Emerg Med J*. 2006; 23:487.
- Christensen T. The treatment of oesophageal varices using a Sengstaken-Blakemore tube: considerations for nursing practice. *Nurs Crit Care*. 2004;9:58-63.
- Russo MW. Variceal Bleeding. *Curr Treat Options Gastroenterol*. 2002;5:471-7.
- Dearden JC, Hellawell GO, Pilling J, Besherdas K, Van Someren N. Does cooling Sengstaken-Blakemore tubes aid insertion? An evidence based approach. *Eur J Gastroenterol Hepatol*. 2004;16: 1229-32.



PANCREATITIS AUTOINMUNE. DIAGNÓSTICO RETROSPETIVO Y NECESIDAD DE SUBESPECIALIZACIÓN EN LA ESPECIALIDAD DE APARATO DIGESTIVO

Sr. Director: La especialidad de aparato digestivo, como prácticamente toda la medicina, ha presentado en los últimos años un gran incre-