CASO CLÍNICO

Perforación esofágica por cuerpo extraño Esophageal perforation by foreign body

Margarita Aucejo¹, Miguel Ferreira¹, Víctor Escandriolo¹, Diosnel Acosta¹, Carlos Galeano², Magdalena Troche³

RESUMEN

Presentamos un caso de perforación esofágica por cuerpo extraño. Las causas de perforación esofágica pueden clasificarse en: instrumentales, espontáneas, quirúrgicas, traumáticas y cuerpos extraños. La perforación esofágica es una situación grave con alto índice de morbilidad debido a su difícil diagnóstico y falta de consenso pleno en su tratamiento. La clínica es polimorfa e inespecífica y el diagnóstico requiere alto grado de sospecha. La mortalidad oscila entre 10 y 40%.

Palabras claves: perforación esofágica, perforación esofágica por cuerpo extraño, mediastinitis

ABSTRACT

We report a case of esophageal perforation by a foreign body. The causes of esophageal perforation can be classified into: instrumental, spontaneous, surgical, traumatic and by foreign bodies. Esophageal perforation is a serious condition with high morbidity and mortality rates due to its difficult diagnosis and lack of full consensus on treatment. The clinic is polymorphous and unspecific and diagnosis requires a high index of suspicion. Mortality ranges from 10 to 40%.

Keywords: esophageal perforation, esophageal foreign body perforation, mediastinitis

CASO CLÍNICO

Paciente sexo femenino de 50 años de edad, derivada de la ciudad de Ayolas, Departamento de Misiones, por disfagia. Refiere como antecedente la ingestión accidental de su prótesis dentaria 72 hs. antes de su ingreso al Dpto. de Urgencias del Hospital Nacional. Ingres a hemodinámico estable, con aumento de su disfagia y síndrome febril, según refiere la paciente, que no se constata a su inicio.

En la anamnesis refiere, como datos de valor, ser portadora de asma bronquial, tabaquismo crónico desde hace más de 20 años e hipertensión arterial en tratamiento regular.

Al examen físico no se constató datos de valor.

Sus estudios mostraron:

- rutina de laboratorio: sin leucocitos ni neutrofilia.
- radiografía de columna cervical: evidencia una imagen radiolúcida por debajo del cartílago tiroideo, no se evidencia aire disecante en faringe ni aire cervical subcutáneo.
- radiografía de tórax: sin evidencia de un mediastino ensanchado, sin neumomediastino ni patología pleural.
- tomografía simple cervicotorácica: se aprecia cuerpo extraño en esófago, sin signos de compromiso del mediastino.
- endoscopia digestiva alta: se evidencia presencia de cuerpo extraño en la luz esofágica, incrustado en la pared del esófago, con salida de líquido seropurulento, localizado en la pared posterolateral izquierda del esófago a 20 cm de la arcada dentaria. Se procedió a la extracción del cuerpo extraño en el mismo acto, constatando una solución de continuidad de la pared del esófago (fig. 1). El cuerpo extraño correspondía a prótesis dentaria (fig. 2). Culmina el acto endoscópico con colocación de sonda transpilórica.

Fig. 1. Imagen endoscópica de la perforación esofágica.

Fig. 2. Cuerpo extraño responsable de la perforación

1. Médico Cirujano. Departamento de Urgencias Adultos. Hospital Nacional, Ministerio de Salud Pública y Bienestar Social (Itaiguá, Paraguay)

2. Médico Cirujano. Servicio de Endoscopia Digestiva. Hospital Nacional, Ministerio de Salud Pública y Bienestar Social (Itaiguá, Paraguay)

3. Médico Residente de Cirugía. Departamento de Cirugía. Hospital Nacional. Ministerio de Salud Pública y Bienestar Social (Itaiguá, Paraguay)

Correo electrónico: dracostadiosnel@yahoo.es

Artículo recibido: 17 de junio de 2014. Artículo aprobado: 20 de abril de 2015.

Evolución: posterior al diagnóstico y tratamiento endoscópico, la paciente presenta disnea y desaturación de oxígeno. Es evaluada por Clínica Médica, recibe intubación orotraqueal y asistencia respiratoria mecánica en Servicio de Reanimación. Se agregan antibióticos (cefotaxima y metronidazol).

A las 24 hs de su ingreso y a su tercer día de enfermedad se halla con el diagnóstico de perforación esofágica en región cervical por cuerpo extraño, sin Síndrome de respuesta inflamatoria ni mediastinitis. Sigue en tratamiento conservador: hidratación parenteral, alimentación enteral, aunque se cambian antibióticos a piperacilina/tazobactam.

A las 48 hs de su ingreso sigue con asistencia respiratoria mecánica, se constata leucocitosis con neutrofilia y en la imagen tomográfica aparece neumomediastino (fig.3-5), edema y líquido periesofágico más líquido en espacio pleural lado izquierdo.

Fig. 3. Edema periesofágico

Fig. 4. Aire periesofágico

Fig. 5. Derrame pleural izquierdo

Con el diagnóstico de perforación esofágica por cuerpo extraño en región cervical con mediastinitis tipo I (infección circunscrita al mediastino superior, por encima de la carina traqueal y compromiso extramediastinal (derrame pleural) en su quinto día de enfermedad es sometida a cirugía. El tratamiento quirúrgico realizado fue la cervicotomía, esofagotomía con tubo de Kerh, drenaje del mediastino superior por el método de Thorek y colocación de sonda nasoyeyunal. En el posoperatorio pasa al Servicio de Terapia Intensiva de Adultos donde presenta buena evolución. Al 5° día del posoperatorio pasa a sala de Cirugía General y es dada de alta al 20° de internación. Como complicación presentó laringotraqueítis en el tercer día del postoperatorio, mejorando con nebulizaciones con corticoides.

DISCUSIÓN

La perforación esofágica es entidad clínica quirúrgica no tan común en los servicios de urgencias, si bien su presentación va en aumento. A pesar de las modalidades diagnósticas avanzadas y potentes antibióticos existentes, la morbilidad y mortalidad relacionada con la perforación esofágica continúan siendo altas¹.

La sintomatología difiere según su localización (tabla 1)².

Tabla 1. Presentación clínica según localización de la perforación esofágica^{1,2}

Perforación cervical	Perforación torácica	Perforación abdominal
<ul style="list-style-type: none"> Dolor cervical, disfagia y odinofagia. Dolor a la palpación profunda del cuello. Aire subcutáneo: 60% por palpación, 95% por radiología. 	<ul style="list-style-type: none"> Dolor epigástrico, retroesternal o lateralizado. Complicaciones respiratorias son comunes. Derrame pleural. 	<ul style="list-style-type: none"> Epigastralgia. Irritación peritoneal.

Una vez que se tiene la sospecha del cuadro de perforación esofágica, lo que se busca es objetivar dicha perforación y su nivel a través de los estudios complementarios como la radiografía de columna cervical y de tórax, tomografía cervicotorácica con contraste oral y esofagograma con bario en caso de sospecha de perforación. Evidenciada una

perforación, determinar si el paciente es pasible de tratamiento médico o quirúrgico³.

Tratamiento médico: consiste en hidratación parenteral, antibiótico parenteral contra gérmenes Gram + y anaerobios, nada vía oral por 7 a 10 días, sonda nasogástrica para descomprimir el esófago, alimentación en lo posible por vía parenteral o enteral por medio de sonda transpilórica; control evolutivo con tomografía para descartar una posible mediastinitis (colección y gas periesofágico) o afecciones extramediastinales (derrame pleural, pericárdico)^{1,2}. Este tratamiento médico indicado en pacientes que por la clínica y laboratorialmente no tengan Síndrome de respuesta inflamatoria sistémica y que cumplan los criterios de Cameron: pequeña rotura en un esófago no esté necrótico ni tumoral, perforación de diagnóstico tardío bien tolerado, perforación reciente bien contenido en el mediastino sin efracción pleural, colección bien drenada hacia la luz del esófago, perforación de pequeño calibre sin hidroneumotórax⁴. También aquellas perforaciones por maniobra endoscópicas, debido a que generalmente sucede en un esófago con patología que ya cuenta con tejido fibrótico con firmes adherencias a tejidos vecinos que permite bloquear dichas perforaciones⁵.

El tratamiento quirúrgico debe cumplir con los siguientes objetivos^{6,7}:

- Cerrar la solución de continuidad o, de no ser posible, crear las condiciones locales para su cierre espontáneo.
- Prevenir o tratar la sepsis derivada del escape del contenido esofágico, con el avenamiento del mediastino.
- Alimentar al paciente rápidamente para favorecer la cicatrización y minimizar la posibilidad de complicaciones vinculadas al catabolismo.

La elección de la conducta a seguir dependerá de la demora diagnóstica (menos de 24 hs, más de 72 hs), de las condiciones locales de la pared esofágica (con proceso inflamatorio marcado, presencia de restos alimentarios), de la patología subyacente (sobre esófago neoplásico o no) y, finalmente, de la experiencia del equipo quirúrgico^{6,8}.

La perforación esofágica es una enfermedad donde su tasa de morbilidad depende tanto de su diagnóstico y tratamiento temprano, a la presencia de mediastinitis, la localización de la perforación, las condiciones locales y generales del paciente, patologías asociadas, afección esofágica previa y experiencia del equipo quirúrgico⁹. Además, requiere un tratamiento multidisciplinario y en un centro de alta complejidad. Presenta morbilidad global cercana a 30% y una mortalidad global en el orden del 10-40% (Gayet 31%, Giudicelli 29%, Jougon 26%, Lawrence 14%), siendo menor para aquellas perforaciones localizadas en región cervical respecto a las torácicas y abdominales^{1,2}.

REFERENCIAS

1. Pomi J, Rappa J, Rodríguez Goñi P, Brandolino M. Traumatismos y perforaciones de esófago: diez años de experiencia. *Rev Med Uruguay* 2005;21(4):308-313
2. Braghetto MI, Rodríguez NA, Csendes JA, Korn BO. Perforación esofágica: Experiencia clínica y actualización del tema. *Rev Méd Chile*. 2005;133(10):1233-1241.
3. Berreta J, Kociak D, Ferro D, Corti R, Balducci A, Fernández Marty P. Mediastinitis vinculada a enfermedad y lesión esofagogástrica: signos de alerta diagnóstica y predictores independientes de sobrevida. *Acta Gastroenterol Latinoam*. 2010;40(1):32-39.
4. Martínez Vallina P, Espinosa Jiménez D, Hernández Pérez L, Triviño Ramírez A. Mediastinitis. *Arch Bronconeumol*. 2011;47 (Suppl 8):32-6.
5. Bayram AS, Erol MM, Melek H, Colak MA, Kermenli T, Gebitekin C. The success of surgery in the first 24 hours in patients with esophageal perforation. *Eurasian J Med*. 2015 Feb;47(1):41-7.
6. de Aquino JL, de Camargo JG, Cecchino GN, Pereira DA, Bento CA, Leandro-Merhi VA. Evaluation of urgent esophagectomy in esophageal perforation. *Arq Bras Cir Dig*. 2014 Nov-Dec;27(4):247-50.
7. Kroepil F, Schauer M, Raffel AM, Kröpil P, Eisenberger CF, Knoefel WT. Treatment of early and delayed esophageal perforation. *Indian J Surg*. 2013 Dec;75(6):469-72.
8. Guzmán Toro F, Morales D, Guerrero Hernández YA. Evaluación, diagnóstico y tratamiento de las perforaciones esofágicas: estudio de 20 casos en el hospital universitario de Maracaibo. *Gen*. 2008;62(3):223-226.
9. Morales CH, Uribe JA, Gómez F. Factores pronóstico en perforaciones esofágicas. *Cirugía (Bogotá)*. 2001;16(1):16-20.