

Tratamiento médico de perforación esofágica secundaria a cuerpo extraño.

Gonzalo Cardemil ⁽¹⁾, Claudio Cortés ⁽²⁾, Jorge Salguero ⁽³⁾, Carola Escobar ⁽⁴⁾,
Diego Reyes ⁽⁴⁾

Resumen

Se reporta el caso de un paciente con perforación esofágica producida por un fragmento de hueso de pavo asociada a una colección mediastínica. El tratamiento conservador, con antibióticos y alimentación parenteral exclusiva fue exitoso. Aunque el tratamiento de esta complicación es discutible nos parece esencial elegir estrategias que mejor se adapten al cuadro clínico y al paciente de manera específica.

Summary

A patient with an esophageal perforation and a mediastinum collection after he swallowed a turkey bone is reported. Medical treatment including antibiotics and total parenteral nutrition was successful. This treatment option is controversial, it is necessary to discuss every case and adjust treatment to each patient.

⁽¹⁾ Jefe Equipo Tórax,
Depto. Cirugía,

⁽²⁾ Director Depto.
Radiología,

⁽³⁾ Equipo Tórax Depto.
Cirugía, HCUCh.

⁽⁴⁾ Alumnos de medicina

Introducción

La alta mortalidad asociada a la mediastinitis post perforación de esófago ha sido reportada en numerosas series (1-4). El tratamiento quirúrgico ha sido considerado como necesario en esta patología, aún cuando el tipo de intervención ideal es discutida (5-8).

Desde el desarrollo de la alimentación parenteral, unido a los avances en los estudios radiológicos y las terapias antibióticas, el tratamiento conservador se ha demostrado útil en casos seleccionados (9-12).

Reportamos una perforación esofágica con mediastinitis en un paciente diabético exitosamente tratado con terapia conservadora.

Caso Clínico

Paciente de sexo masculino de 60 años quien durante la cena del 24-12-2000 nota sensación de cuerpo extraño esofágico. Consulta por ese motivo en el Servicio de Emergencia del Hospital Clínico de la Universidad de Chile. Se estudia con una mediastinografía que fue informada como normal y el paciente es dado de alta esa misma noche.

Las molestias persisten por lo que vuelve a consultar el 28-12-2000 en el mismo centro asistencial siendo hospitalizado. La radiografía de tórax AP y L mostró un derrame pleural bilateral escaso y sospechas de un cuerpo extraño en el esófago (Figura 1 y 2). La endoscopia digestiva alta confirma la presencia de un cuerpo extraño impactado en el tercio medio del esófago, el que se extrae con relativa facilidad (Figura 3 y 4). Correspondía a un trozo de hueso de pavo seccionado con cuchillo eléctrico.

La TAC de tórax posterior al procedimiento evidenció una perforación esofágica con colección hidroaérea en el mediastino y derrame pleural bilateral (Figura 6 y 7).

Se plantea la posibilidad de un tratamiento quirúrgico, siendo llevado a pabellón. Sin embar-



Figura 1: Radiografía de tórax anteroposterior (28/12/2001) muestra derrame pleural bilateral escaso.



Figura 2: Radiografía de tórax lateral.

go dadas las condiciones locales de la colección y la falta de repercusión séptica se reconsidera la estrategia, optando por un tratamiento conservador con antibioticoterapia profiláctica (ceftriaxona y metronidazol) elimi-

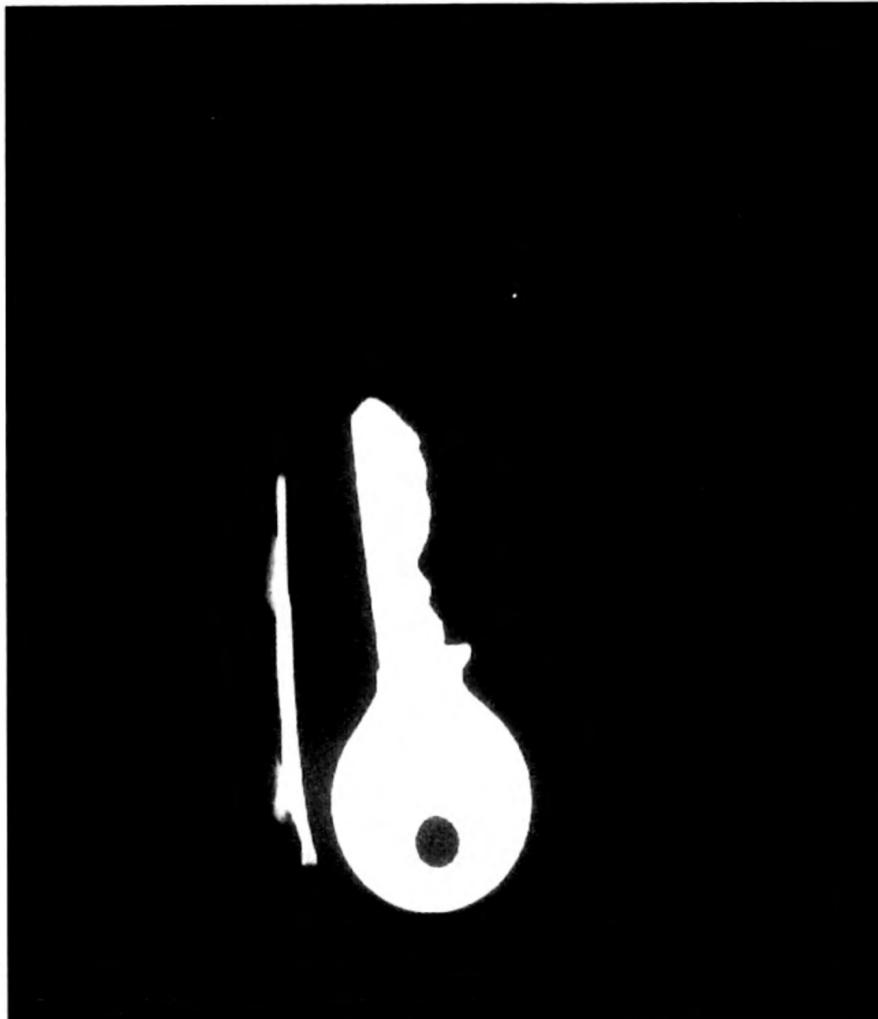


Figura 3: Radiografía lateral de cuerpo extraño esofágico equivalente en largo a una llave común.

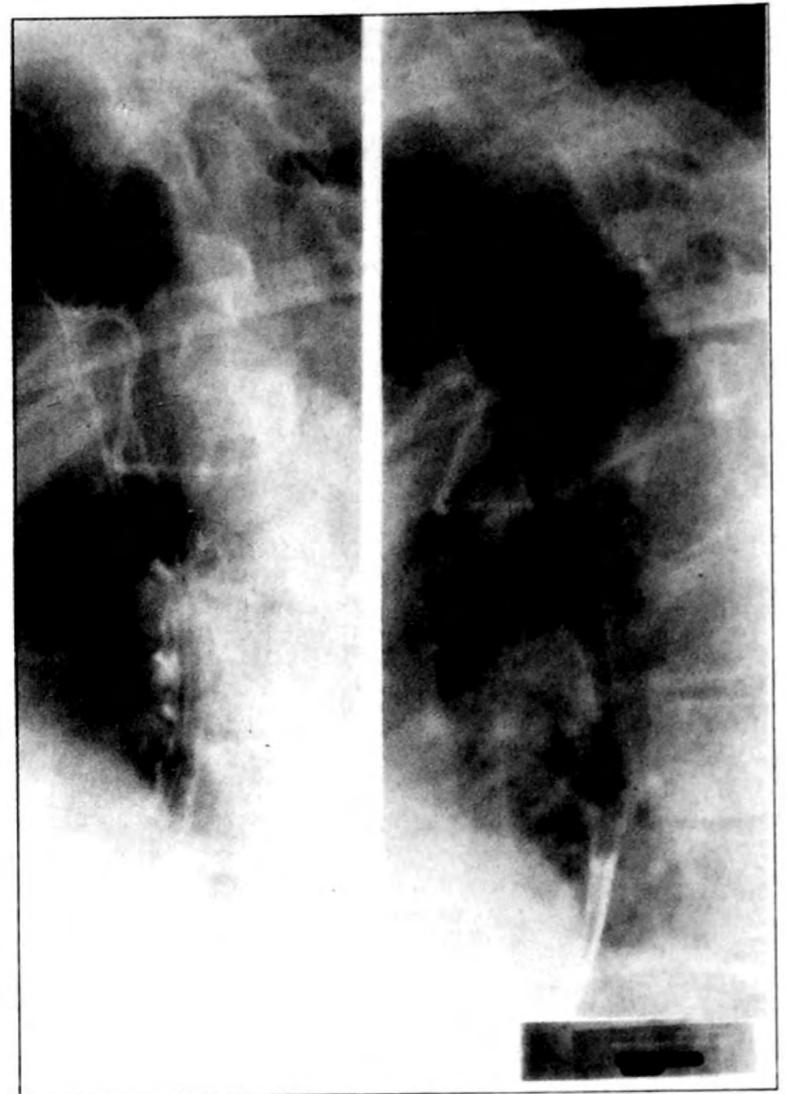


Figura 5: Esofagograma baritado: Pequeña extravasación del medio de contraste en tercio medio del esófago.

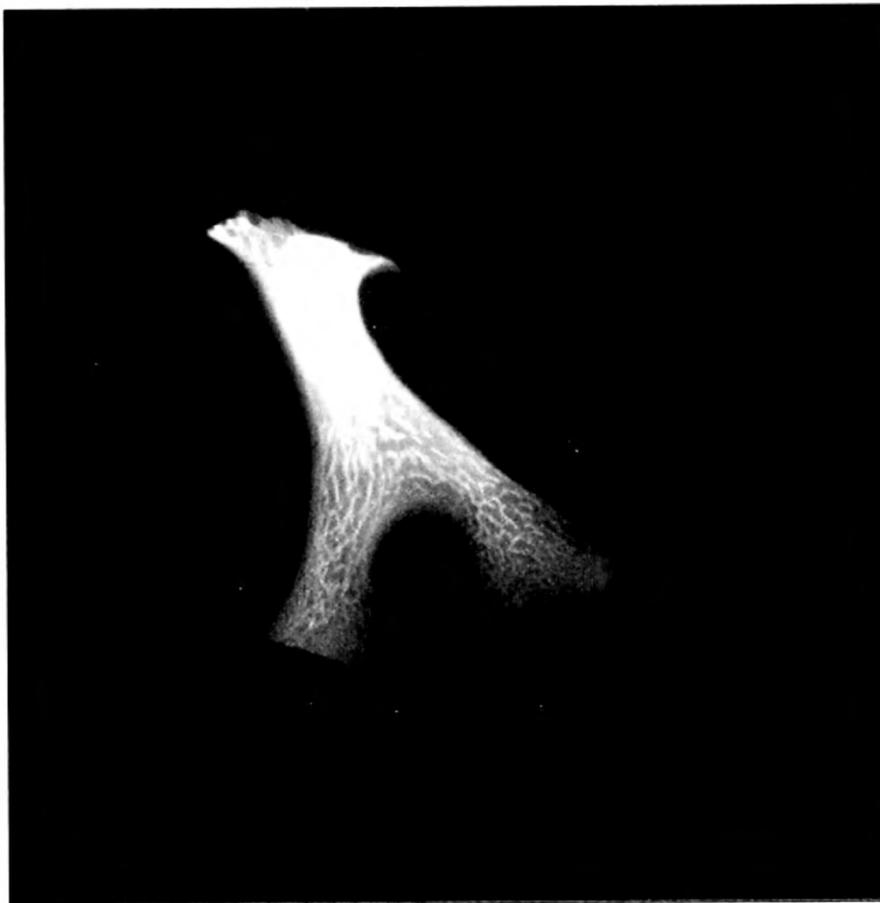


Figura 4: Radiografía anteroposterior de cuerpo extraño esofágico.

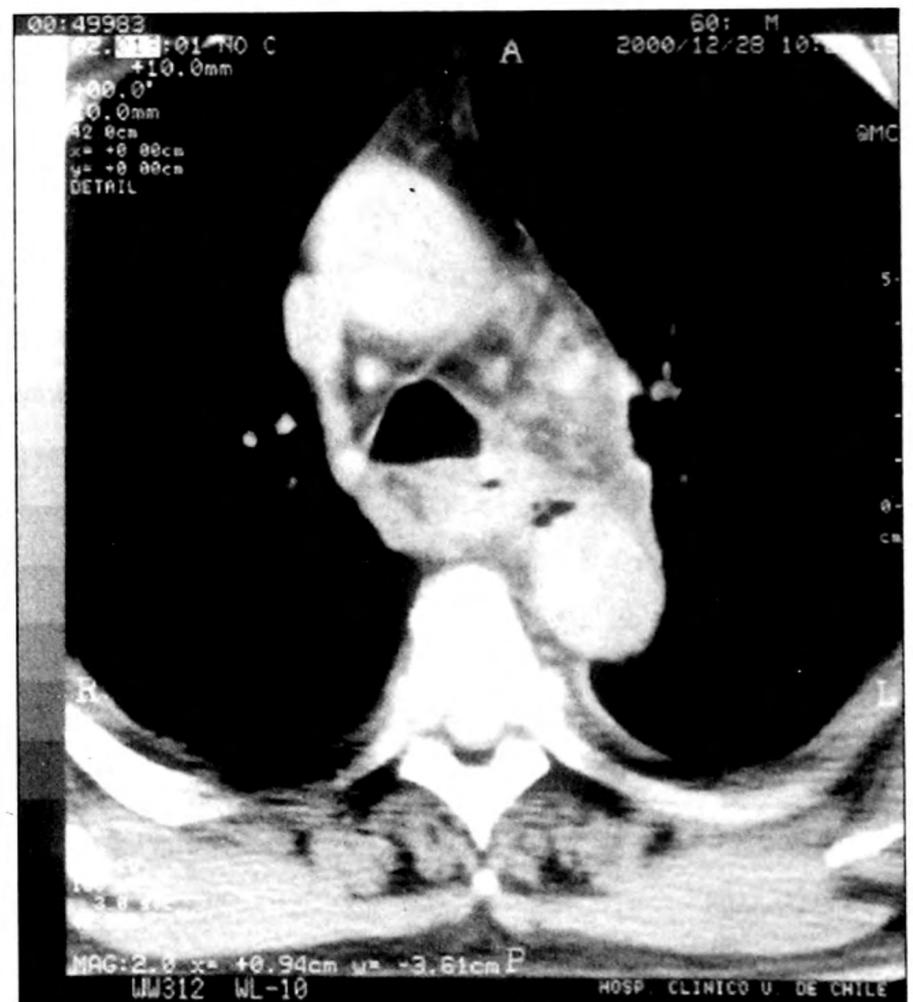


Figura 6: Tomografía del tórax (28/12/00)



Figura 7: Tomografía de tórax (28/12/00)

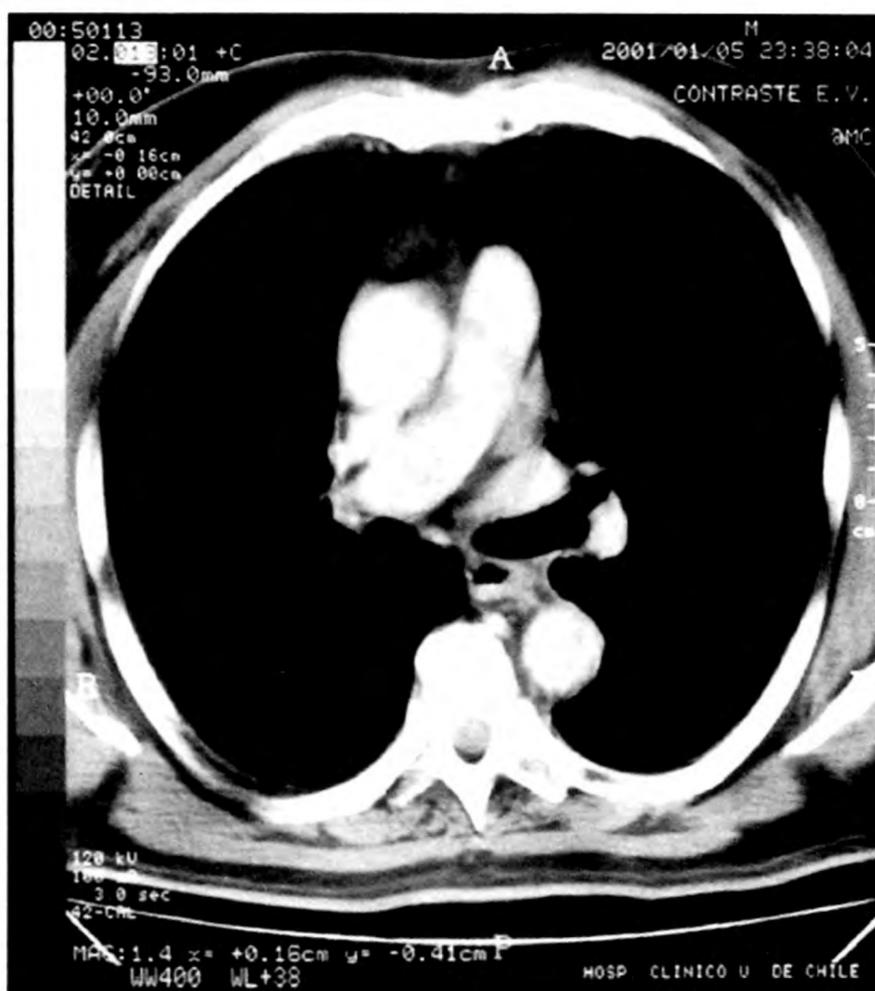


Figura 8: Tomografía de tórax de control (05/01/01)

nando la saliva, régimen oral cero y alimentación parenteral total.

El 4-01-01 se efectúa control tomográfico que muestra la colección en disminución como así mismo el derrame comparada con el examen previo (Figura 8).

El 06-01-01 el paciente presentó una descarga séptica, fiebre hasta 39.5°C, sudoroso, taquicárdico y con hipotensión moderada. Se mantuvo en observación evolucionando favorablemente al final del día.

No presenta nuevas complicaciones. El esofagograma baritado efectuado el 09-01-01 muestra persistencia de la fístula aunque el trayecto se ha reducido (Figura 9). Una semana más tarde se realizó un segundo control, el cual mostró idemnidad de la pared, observándose solamente el medio de contraste extravasado en los estudios previos (Figura 10).

Es indicada entonces realimentación oral progresiva.

El 20-01-2001 se realiza una última tomografía de tórax la que es normal, excepto el medio de contraste extraesofágico ya comentado (Figuras 11 y 12). El paciente es dado de alta en buenas condiciones el 21-01-01. Los controles posteriores han sido normales.

Discusión

La perforación de esófago es una patología grave, especialmente si se asocia con mediastinitis en cuyo caso la mortalidad es alta^(1,2). Se considera gravitante en la evolución el diagnóstico y tratamiento precoz⁽³⁾. Como parte de éste último la cirugía ocupa un rol relevante, aunque la técnica está aún sujeta a controversias.

Se ha sugerido que la reparación primaria está indicada cuando la intervención es precoz (<24 hrs)^(13,14), y el esófago era previamente sano. Cuando el diagnóstico es tardío se utiliza la exclusión, la resección, el aseo mediastínico y drenaje, o una combinación de estos proce-

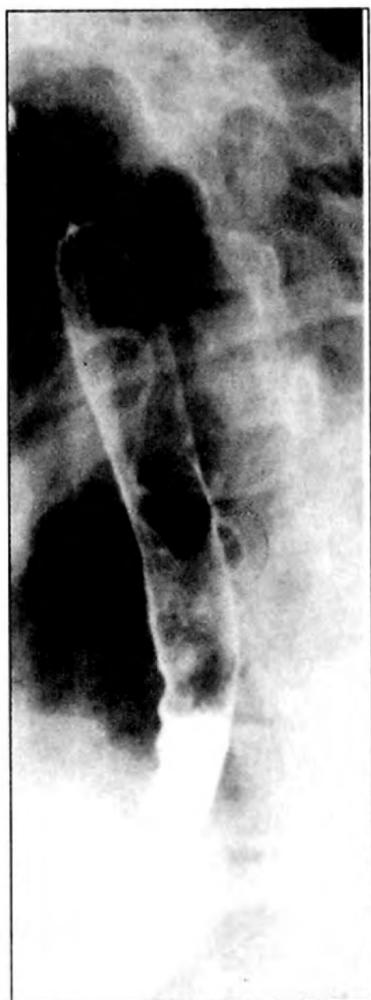


Figura 9: Esofagograma baritado de control (09/01/01).



Figura 10: Esofagograma baritado de control una semana más tarde.

dimientos (4,8,15,16). En presencia de patología esofágica previa especialmente tumoral se recomienda una estrategia agresiva, con esofagectomía y reconstitución posterior.

Otros autores en cambio han privilegiado la reparación primaria aún en tratamientos tardíos (7,17,18.). La comparación del resultado de las diferentes series se dificulta por ser éstas muy disímiles en etiología, oportunidad del diagnóstico y condiciones locales y generales. Por su poca frecuencia además, las casuísticas son revisiones en tiempos prolongados, lo que ha contribuido a no llegar a un consenso en la técnica a seguir.

Algunos de los pacientes se han manejado exitosamente con tratamiento conservador^(10,11,12). En 1979 Cameron⁽¹¹⁾, analizando una serie de perforaciones esofágicas tanto quirúrgicas como accidentales sugirió que la alternativa coservadora era válida si se daban las siguientes condiciones :

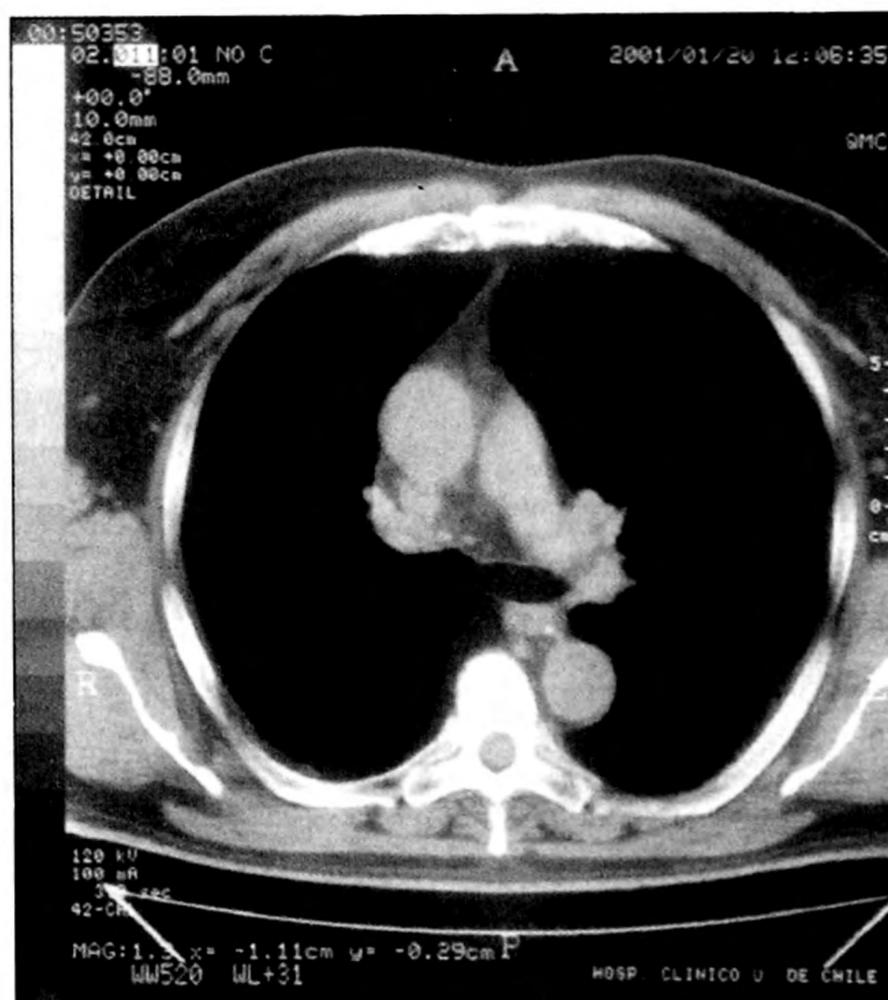


Figura 11: Tomografía de tórax (20/01/01).

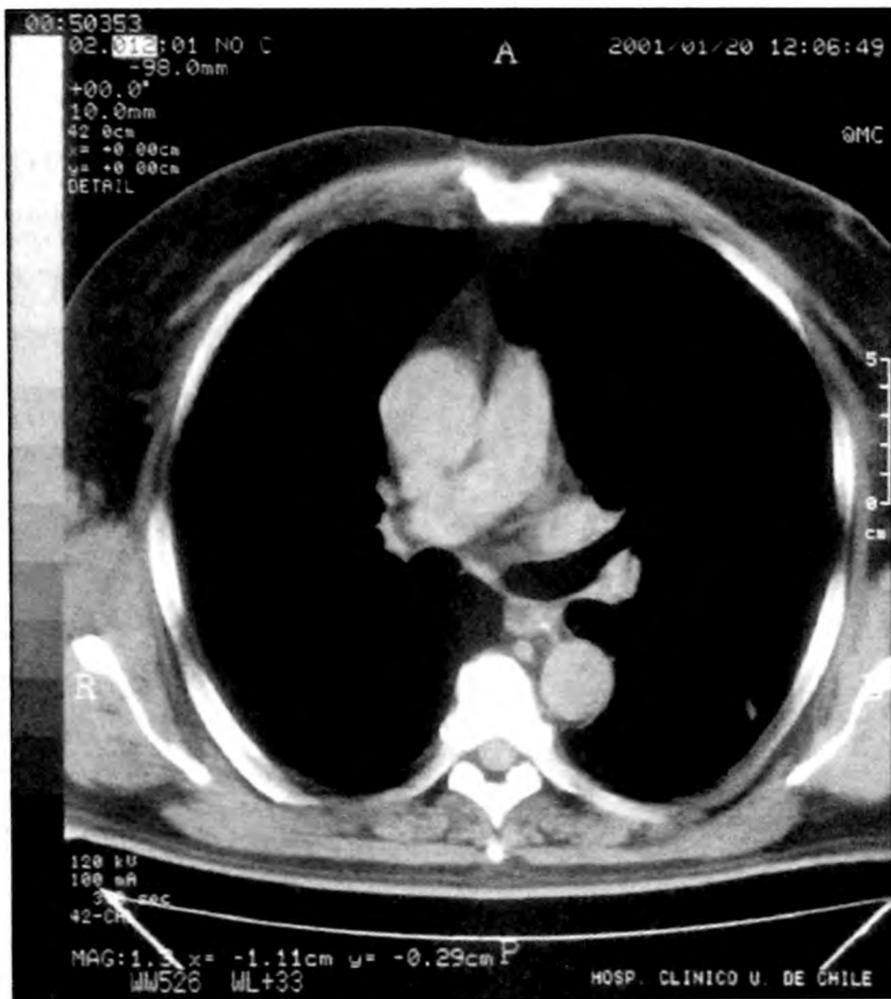


Figura 12: Radiografía de tórax (20/01/01).

1. La rotura esofágica debe ser contenida en el mediastino o entre el mediastino y la pleura.

2. La cavidad secundaria debe tener buen vaciamiento retrógado.

3. Mínima sintomatología.

4. Signos mínimos de sepsis.

El caso presentado coincide con los criterios anteriores. Es importante recalcar que en la precocidad del diagnóstico aparte del momento de consulta, es vital que el estudio sea oportuno y eficiente. El caso relatado es excepcional, pues corresponde a un diagnóstico muy tardío.

Un número importante de cuerpos extraños, especialmente espinas de pescados pasan desapercibidos en una Rx. convencional, por tal motivo una tomografía debe ser efectuada cuando esta complicación se sospeche ⁽¹⁹⁾.

Las razones de la buena evolución de este paciente a pesar de presentar una colección mediastínica en el momento del diagnóstico, se deben en nuestra opinión a la eficiencia

del tratamiento antibiótico, del soporte nutricional y a la particular conformación y ubicación de la rotura, contenida por la aorta y la pleura.

A pesar de la buena evolución del caso presentado, esta conducta, aunque debe tenerse presente, debe ser cuidadosamente indicada y controlada. La estrategia adecuada debe considerarse según el caso y de acuerdo a la más estricta evaluación clínica y radiológica.

Referencias

1. Skinner DB, Little AG, De Meester TR. Management of esophageal perforation. Am J Surg 1980; 139: 760-4.
2. Goldstein LA, Thompson WR. Esophageal perforations: a 15 years experience. Am J Surg 1982; 143: 495-502.
3. Jones WG, Ginsberg RJ. Esophageal perforation: a continuing challenge. Ann Thorac Surg 1992; 53: 534-43.
4. Kim-Deobald J, Kozarek RA. Esophageal perforation: an 8-year review of a multispecialty clinic's experience. Am J Gastroenterol 1992; 87: 1112-9.
5. Attar S, Hankins JR, Suter CM. Esophageal perforation: a therapeutic challenge. Ann Thorac Surg 1990; 50: 45-51.
6. Bladergroen MR, Love JE, Postlethwait RW. Diagnosis and recommended management of esophageal perforation and rupture. Ann Thorac Surg 1986; 42: 235-39.
7. Whyte RI, Iannettoni MD, Orringer MB. Intrathoracic esophageal perforation: the merit of primary repair. J Thorac Cardiovasc Surg 1995; 109: 140-6.
8. Orringer MB, Stirling MC. Esophagectomy for esophageal disruption. Ann Thorac Surg 1990; 49: 35-43.
9. Elfant AB, Peikin SR, Alexander JB, Leonardo M. Conservative management of endoscopic sclerotherapy-induced esophageal perforation. Am Surg 1994; 60: 985-87.
10. Shaffer HA, Valenzuela G, Mittal RK. Esophageal perforation: a reassessment of the criteria for choosing medical or surgical therapy. Arch Intern Med 1992; 152: 757-61.

11. Cameron JL, Kieffer RF, Hendrix TR, Mehigan DG, Baker RR. Selective nonoperative management of contained intrathoracic esophageal disruptions: a therapeutic challenge. *Ann Thorac Surg* 1979; 27: 404-8.
12. Nozoe Z, Kitamura M, Adachi Y, Funahashi S, Yoh R, Iso Y, Matsumata T, Sugimachi K. Successful conservative treatment for esophageal perforation by a fish bone associated with mediastinitis. *Hepatogastroenterology* 1998; 45(24): 2190-2.
13. Flynn AE, Verrier ED, Way LW, Thomas AN, Pellegrini CA. Esophageal perforation. *Arch Surg* 1989; 124: 1211-15.
14. Sarr MG, Pemberton JH, Payne WS. Management of instrumental perforations of the esophagus. *J Thorac Cardiovasc Surg* 1982; 82: 211-8.
15. Santos GH, Frater RW. Transesophageal irrigation for the treatment of mediastinitis produced by esophageal rupture. *J Thorac Cardiovasc Surg* 1986; 91: 57-62.
16. Brewer LA, Canter RL, Mulder GA, Stiles QR. Options in the management of perforations of the esophagus. *Am J Surg* 1986; 152: 62-9.
17. Grillo HC, Wilkins EW. Esophageal repair following late diagnosis of intrathoracic perforation. *Ann Thorac Surg* 1975; 20: 387-99.
18. Gayet B, Briel P, Fekete F. Mechanical sutures in perforation of the thoracic esophagus as a safe procedure in patients seen late. *Surg Gynecol Obstet* 1991; 172: 125-8.
19. Watanabe K, Kikuchi T, Katory Y, Fujiwara H, Sugita R, Takasaka T, Hashimoto S. The usefulness of computed tomography in the diagnosis of impacted fish bones in the oesophagus. *J Laryngol Otol* 1998; 112(4): 360-4.