

CP-22 TÍTULO: TRATAMIENTO MÉDICO DE LA PERFORACIÓN ESOFÁGICA: PRESENTACIÓN DE 2 CASOS

AUTOR/ES: Vladimir Arteaga Peralta, Ramón Puga Bermúdez, Farah Adel Abdulla, José Edecio Quiñones Sampedro, Roberto De La Plaza Llamas, Cristina Sabater Maroto, José Manuel Ramia Ángel, María Antonia Alonso Conde, Jorge García-Parreño Jofre

INSTITUCIÓN: Hospital General Universitario, Guadalajara

INTRODUCCIÓN

La perforación esofágica es una de las entidades que presenta mayor morbi-mortalidad para el cirujano. La causa más frecuente es iatrogénica, ya sea por instrumentación endoscópica o por procedimientos quirúrgicos, siendo causas de menor frecuencia las perforaciones espontáneas (Síndrome de Boerhaave) y la ingesta de cuerpos extraños. La mortalidad por su complicación más importante es la mediastinitis, cuya frecuencia es mayor del 40-50%. Actualmente el tratamiento resulta controvertido, dependiendo de la gravedad y localización de la perforación esofágica. A continuación, presentamos dos casos de manejo médico de la perforación esofágica.

MATERIAL Y MÉTODOS

Caso 1: Varón de 50 años, con antecedentes patológicos de infección por VIH y VHC en seguimiento, ex ADVP y estenosis benigna de esófago, acude por sialorrea, dolor centro torácico y disfagia de un día de evolución asociado a atragantamiento con un trozo de carne que se resolvió de forma espontánea. En la analítica presentaba leucocitos: 5,210/l (N: 47.4%, L: 45.5%) Hb: 13.0. El resto de parámetros analíticos sin alteraciones. La TC fue informada como importante neumoperitoneo con extensión hacia el cuello, donde se observa disección de todos los planos por gas, se acompaña de pequeña cámara de neumotórax paramediastínico derecho adyacente a L.I.D.; desflecamiento de la pared del esófago hasta la altura de la carina, a partir de la cual presenta contornos lisos. Se completa la exploración con contraste oral (Gastrográfín), con deglución, mientras se realiza el estudio sin evidenciarse fuga de contraste. Realizamos esofagograma urgente con bario oral, mostrando gran neumomediastino, buen paso de contraste por el esófago sin fugas, peristaltismo normal. Se describen algunas imágenes compatibles con úlceras en el tercio proximal del esófago. Se decide el ingreso hospitalario y se pauta tratamiento médico con antibióticos IV (Imipenem + Fluconazol + Clindamicina), dieta absoluta y nutrición parenteral. Presenta buena evolución clínica y analítica. A los 10 días se realiza control radiológico, donde se observa resolución del neumoperitoneo. En el esofagograma de control no se aprecia extravasación de contraste, por lo que se decide el alta. El seguimiento ambulatorio es favorable y sin complicaciones. Caso 2: Mujer de 59 años, sin antecedentes patológicos de interés, acude a urgencias por disfagia, odinofagia, dolor retroesternal tipo quemazón irradiado a región interescapular de 2 días de evolución, asociado a la ingesta de pescado. En la analítica, salvo PCR de 180, no mostraba otra alteración patológica. Se realiza T.C. en la que se observa a nivel de tercio medio esofágico la existencia de colección discretamente heterogénea de 43 x 18 mm que muestra en su interior pequeñas burbujas de gas, coincidiendo con imagen pequeña y filiforme intraluminal que podría estar en relación con cuerpo extraño. No se identifican alteraciones sobreañadidas en mediastino. Se realiza gastroscopia de urgencias, donde objetivan espina clavada transversalmente a 25 cm de la arcada dental, con reacción inflamatoria alrededor de la cual se consigue desenclavar y se lleva hasta cavidad gástrica, donde se extrae con asa de Roth. Se revisa la mucosa comprobando ausencia de complicaciones inmediatas. Se pauta tratamiento con dieta absoluta, sueroterapia y antibióticos intravenosos (Gentamicina + Metronidazol + Amoxicilina/Clavulanico). A los 7 días se realiza control radiológico con contraste oral, no evidenciándose fuga. Presenta además mejoría con respecto a T.C. previo, aunque persiste el aumento de partes blandas paraesofágico derecho a nivel de tercio medio del esófago. En el esofagograma no se aprecia extravasación de contraste. Pequeño engrosamiento de la pared en tercio medio del esófago. Es dada de alta a los 9 días de su ingreso en buen estado clínico y analítico.

CONCLUSIONES

La perforación esofágica puede ser tratada médicamente en casos seleccionados que no tengan compromiso hemodinámico, signos o síntomas de septicemia y presente fistula contenida.