

**UNIVERSIDAD DEL SURESTE**  
**Campus Comitán**  
**Licenciatura En Medicina Humana**

**MATERIA:**

TECNICAS QUIRURGICAS BASICAS

**NOMBRE DEL TRABAJO:**

RESUMEN PERFORACION ESOFAGICA

**ALUMNA:**

Layla Carolina Morales Alfaro

**GRUPO: "A"**

**GRADO: "6"**

PASIÓN POR EDUCAR

**DOCENTE:**

Dr. Romeo Antonio Molina Román

Comitán de Domínguez Chiapas a 24 de mayo de 2024

## INTRODUCCION

La perforación esofágica es una condición médica crítica que se manifiesta cuando hay una ruptura en la pared del esófago, el tubo que conecta la garganta con el estómago. Esta afección es una emergencia médica que requiere una intervención rápida y adecuada debido a sus graves consecuencias, incluyendo infecciones severas, shock séptico y muerte. Las causas de la perforación esofágica son diversas y pueden incluir traumatismos externos, procedimientos médicos (como endoscopias), ingestión de cuerpos extraños o sustancias corrosivas, y enfermedades esofágicas preexistentes, como el cáncer de esófago, el esófago de Barrett, o la esofagitis grave.

Históricamente, la perforación esofágica ha sido reconocida como una afección de alta mortalidad. Sin embargo, con los avances en técnicas diagnósticas y terapéuticas, ha habido mejoras significativas en el manejo de esta patología. A pesar de estos avances, la perforación esofágica sigue siendo un desafío clínico debido a la rápida progresión de sus complicaciones y la necesidad de un manejo multidisciplinario.

El esófago tiene una estructura única que lo hace susceptible a lesiones, y su ubicación anatómica contribuye a las complicaciones severas en caso de perforación. El esófago está ubicado en el mediastino, el área central del tórax que contiene el corazón, los grandes vasos sanguíneos, la tráquea, y otros órganos vitales. Una perforación en el esófago permite que el contenido gastrointestinal, que incluye bacterias y alimentos no digeridos, escape al mediastino y la cavidad pleural, llevando a la mediastinitis, una infección potencialmente mortal.

El diagnóstico temprano es esencial para mejorar los resultados en los pacientes con perforación esofágica. Los síntomas comunes incluyen dolor severo en el pecho, dificultad para tragar (disfagia), fiebre, y signos de shock séptico en casos avanzados. Las técnicas diagnósticas incluyen estudios de imagen como la radiografía de tórax, tomografía computarizada (TC), y esofagografía con contraste hidrosoluble. La endoscopia también puede ser útil tanto para el diagnóstico como para el tratamiento en ciertos casos.

El tratamiento de la perforación esofágica puede ser conservador o quirúrgico, dependiendo de la causa, la localización y el tamaño de la perforación, así como del estado general del paciente. En pacientes estables sin signos de sepsis, se puede intentar un manejo conservador que incluye ayuno, nutrición parenteral, antibióticos de amplio espectro y cuidados intensivos. Sin embargo, en muchos casos, se requiere una intervención quirúrgica para reparar la perforación, drenar cualquier colección infectada y prevenir más complicaciones.

Los avances en técnicas quirúrgicas, como la cirugía mínimamente invasiva, y en tratamientos endoscópicos, han mejorado significativamente el pronóstico de los pacientes con perforación esofágica. Sin embargo, la selección del tratamiento adecuado debe ser personalizada, considerando las características individuales del paciente y la etiología de la perforación.

## DESARROLLO

La perforación esofágica (PE) fue descrita por primera vez en 1723 por Hermann Boerhaave.

Es una forma rara de ruptura del grosor de la pared del esófago sano, de manera traumática o no.

La causa más común de PE es iatrogénica como resultado de procedimientos endoscópicos tales como dilatación esofágica por estenosis, particularmente acalasia, o en los sitios de estrechamiento esofágico (cricofaríngeo, aórtico y unión gastroesofágica), aunque también puede presentarse como incidente en una cirugía de órganos adyacentes al esófago. Cerca del 15% de los casos puede ocurrir de forma espontánea después de presentar vómitos o náusea intensos sin patología esofágica previa. En muy raras ocasiones ésta se puede presentar posterior a trauma, maniobra de Heimlich o estado epiléptico.

El dolor es el síntoma cardinal y más frecuente en la PE presentándose en más del 70% de los pacientes, éste será de inicio agudo y súbito y según el sitio de la lesión será el tipo de dolor, esto es torácico, en epigastrio o en la espalda si la perforación es en la porción torácica del esófago; en tanto si ésta es en la porción cervical el dolor será en la flexión del cuello. Las lesiones del esófago distal (porción intraabdominal) se presentarán con dolor abdominal y peritonitis, presentando en algunas ocasiones dolor en hombros debido a irritación diafragmática.

En aproximadamente 25% de los pacientes el dolor es seguido por vómitos y respiración entrecortada. La disfonía, ronquera, disfagia y enfisema subcutáneo pueden ser algunos de los síntomas de presentación, este último se puede encontrar a la palpación como crépitos en la región del cuello o en la pared del tórax.

La mayoría de los pacientes se presentan con datos de respuesta inflamatoria sistémica como taquicardia, hipotensión y fiebre (> 38.5) que se puede presentar hasta en 44% de los casos, incluso debido a la mediastinitis bacteriana se puede presentar falla orgánica múltiple o colapso cardiopulmonar dentro de las primeras 24 a 48 horas de la PE.

El diagnóstico debe realizarse tan pronto como se considere la PE como una posibilidad tentativa, basado en los signos y síntomas del paciente, así como en su historia clínica (instrumentación esofágica, episodio agudo de vómito, ingesta de cuerpos extraños).

Los estudios de gabinete pueden brindar signos indirectos de lesión esofágica como en la radiografía posteroanterior y lateral de tórax donde se puede encontrar aire mediastinal, derrame pleural, neumotórax, hidrotórax, colapso del pulmón o enfisema subcutáneo.

La tomografía computada de tórax y abdomen superior con contraste oral hidrosoluble nos mostrará extravasación del medio de contraste así como colecciones líquidas torácicas o abdominales, lo que nos ayudará a determinar de mejor manera el sitio de perforación y el grado de contaminación y por consecuencia facilitará la decisión de manejo en términos de un tratamiento percutáneo para drenaje o un manejo quirúrgico.

Los pacientes con PE pueden progresar rápidamente a choque séptico como se mencionó previamente, por lo tanto, el principio de manejo debe enfocarse inicialmente en control de la

lesión y de forma secundaria en el problema que lo generó. El tratamiento dependiendo de las condiciones del paciente y los hallazgos en los estudios de gabinete puede ser conservador o quirúrgico.

La reparación primaria de la PE es posible dentro de las primeras 24 horas del evento, aunque hay series que han reportado resultados alentadores más allá de este tiempo. Esta reparación debe de incluir esofagomiotomía proximal y distal a la lesión, desbridamiento del tejido necrótico, cierre de la mucosa esofágica con aproximación de la musculatura esofágica sobre el sitio de perforación y parche de pleura o músculo intercostal si está en el tórax, colgajo de músculo si es en el cuello o funduplicatura si es en la unión esofagogástrica.

## COMENTARIO FINAL

La perforación esofágica (PE) es una situación clínica bien caracterizada y potencialmente mortal; muchos factores llevan a esta situación de alta morbilidad y una mortalidad del 4 al 80%. La causa más común de PE es iatrogénica como resultado de procedimientos, aunque también puede presentarse como incidente en una cirugía de órganos adyacentes al esófago. El dolor es el síntoma cardinal y más frecuente en la PE presentándose en más del 70% de los pacientes, éste será de inicio agudo y súbito. El diagnóstico debe realizarse tan pronto como se considere la PE como una posibilidad tentativa, basado en los signos y síntomas del paciente, así como en su historia clínica instrumentación esofágica, episodio agudo de vómito e ingesta de cuerpos extraños. El principio de manejo debe enfocarse inicialmente en el control de la lesión y de forma secundaria en el problema que lo generó. El tratamiento, dependiendo de las condiciones del paciente y los hallazgos en los estudios de gabinete, puede ser conservador o quirúrgico. Debido a la baja incidencia de la perforación esofágica, se vuelve casi imposible que un solo cirujano tenga la experiencia suficiente para un manejo estandarizado, es por esto, que continúa siendo un reto diagnóstico para el quirúrgico por su gran variedad de signos y síntomas al momento de su presentación, la piedra angular del tratamiento sigue siendo el diagnóstico oportuno para iniciar a la brevedad el tratamiento médico o quirúrgico que requiera el paciente y mejorar el pronóstico de esta enfermedad.

## BIBLIOGRAFIA

Perforación esofágica, un reto diagnóstico y de tratamiento para el cirujano. (s. f.). *MEDIGRAPHIC*.

<https://www.medigraphic.com/pdfs/felac/fl-2014/fl142g.pdf>