



Universidad Del Sureste

Campus Comitán

Licenciatura en Medicina Humana



Tema:

“Perforación esofágica”

Alumna:

Anzuetto Aguilar Mónica Monserrat.

Grupo: A

Grado: 6°

Materia:

“Técnicas Quirúrgicas Básicas”

Docente:

Dr. Romeo Antonio Molina Román

Comitán de Domínguez, Chiapas a 24 de mayo de 2024.

PERFORACIÓN ESOFÁGICA

La perforación esofágica es una patología gastrointestinal poco frecuente pero muy grave que se considera una emergencia quirúrgica con una alta mortalidad y morbilidad, que puede ser por diversas etiologías, se considera como de las principales: secundaria a la instrumentalización endoscópica. El enfrentamiento a la patología es complicado, tanto el diagnóstico como su manejo desafiante manejo, además de los riesgos asociados que cada paciente tiene.

Etiología:

La causa más común de perforación esofágica hoy es la perforación iatrogénica, secundaria a la instrumentalización endoscópica del esófago. Las otras etiologías son: rotura espontánea, traumatismo secundario a la ingestión de cuerpo extraño y otras poco frecuentes (tumores, ingestión de cáusticos, lesión por medicamentos retenidos, esofagitis severa, intubación endotraqueal difícil, tiroidectomía).

- *Instrumental*. La endoscopia diagnóstica y terapéutica es una parte integral de cualquier centro médico importante de la actualidad y al ser un procedimiento invasivo, tiene riesgo de complicaciones.
 - Dilatación por estenosis péptica (0.5%)
 - Dilatación por acalasia (1-3%)
 - Láser (5%)
 - Sitios más comunes de perforación: Esófago torácico (60%), esófago cervical (30%) y esófago abdominal (10%)
- *Espontánea*. La perforación espontánea se refiere a la perforación en ausencia de instrumentalización o de trauma externo. La mayoría de los casos corresponde al síndrome de Boerhaave, que ocurre luego de vómitos forzados y arcadas. El mecanismo es un barotrauma dado por un aumento rápido de la presión intraabdominal (que puede llegar a los 200 mmHg), en ausencia de relajo del esfínter esofágico superior, se transmite al esófago torácico.
- *Trauma*. Se puede categorizar como trauma cerrado o penetrante. El trauma cerrado es muy raro y el penetrante básicamente es causado por lesiones cortopunzantes o por armas de fuego.
- *Cuerpo extraño*. La ingestión de cuerpos extraños y la impactación de bolos de comida ocurren frecuentemente, pero la mayoría se resuelve en forma espontánea, inclusive los elementos cortantes.
- *Quirúrgica*. La perforación en cirugía laparoscópica de tracto digestivo alto es un fenómeno reportado últimamente. Se describen 3 mecanismos que pueden explicar las lesiones en la cirugía de Nissen laparoscópico (que pueden hacerse extensible a los otros procedimientos laparoscópicos altos), como son: la disección inapropiada esofágica posterior, la introducción inadecuada del dilatador o la sonda nasogástrica y, como último, por tracción excesiva de la sutura.

Clínica

- La tríada clásica es dolor, fiebre y presencia de aire subcutáneo o mediastínico.
- 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. Dolor en hombros debido a irritación diafragmática.
- Ruptura espontánea se distingue: el dolor torácico, vómitos y enfisema subcutáneo (triada de Mackler → 50%)
- Lo más importante para llegar a este diagnóstico es recordar tres factores: la localización, la extensión con el compromiso de tejidos circundantes y el tiempo de evolución.
- 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.
- En muy raras ocasiones se presentará con hematemesis u otros signos de sangrado gastrointestinal incluyendo la melena.
- Manifestaciones respiratorias: epiema y derrame pleural → shock o estado séptico

Diagnóstico:

- Clínica
- 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.
- El estudio que se acepta generalmente como de primera intención es el trago de material hidrosoluble o gastrografin con radiografía de tórax, esto para evitar la reacción inflamatoria al bario, con un índice de falso negativo tan alto como el 10%, pero en caso de no ser concluyente éste se puede repetir 4 a 6 horas incluso de considerarse necesario es factible utilizar bario si persiste el cuadro clínico y no es claro el resultado con el material hidrosoluble.
- TC de cuello y tórax con doble contraste (hidrosoluble): estudio con mayor sensibilidad y especificidad, tiene solo un 10% de falsos negativos y permite identificar el sitio de la lesión.
-

Tratamiento:

De primera línea

Manejo inicial de la lesión y de forma secundaria el problema que generó. El tratamiento dependerá de la condición y los hallazgos del paciente en los estudios de gabinete ya sean conservador o quirúrgicos.

- Conservador:
 - Ayuno
 - Soluciones parenterales
 - Antibióticos de amplio espectro
 - Nutrición parenteral
 - Después de los 7 días se requiere un estudio de contraste
- Endoscopia:
 - Perforación en esófago torácico
 - Tamaño de <6 cm
 - Sin datos de sepsis
 - Perforación advertida en una endoscopia
- Quirúrgico:
 - Cierre primario del defecto
 - Mejor elección siempre y cuando tenga menos de 24 horas de evolución
 - Se debe incluir drenaje, antibióticos y nutrición parenteral
- Fistula dirigida y exclusión esofágica: Cuando la perforación es >24 horas, se deja un tubo de drenaje dentro de la misma perforación.

La patología es considerada como grave en caso que llegue a ocurrir, sin embargo, es conocido que no siempre se puede dar un diagnóstico temprano para un tratamiento casi de inmediato, puesto que su clínica es muy inespecífica y no suele encaminar principalmente a esa sospecha diagnóstica, se complementa con los estudios diagnósticos, actualmente se indaga sobre cómo poder prevenir y mejorar su manejo a uno más eficaz y de acción resolutiva más pronta.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS:

Izquierdo, J. d. (s.f.). *Perforación esofágica, un reto diagnóstico y de tratamiento para el cirujano*. Obtenido de Medigraphic : <https://www.medigraphic.com/pdfs/felac/fl-2014/fl142g.pdf>

Zumbado, I. K. (2011). *PERFORACIÓN ESOFÁGICA: ETIOLOGÍA, DIAGNÓSTICO y MANEJO*. Obtenido de Revista Médica de Costa Rica y Centroamérica : <https://www.medigraphic.com/pdfs/revmedcoscen/rmc-2011/rmc111m.pdf>