



**UNIVERSIDAD DEL SURESTE
CAMPUS COMITAN
LICENCIATURA EN MEDICINA HUMANA**



Técnica quirúrgica Resumen

perforación esofágica

6to "A"

Alumno

Francisco miguel Gómez Mendez

**Catedrático:
Dr. Romeo Molina**

Comitán de Domínguez Chiapas a 23 de mayo de 2024.

Introducción

La perforación esofágica es un cuadro clínico grave, poco frecuente, muchas veces evolucionado, considerándose una urgencia médico-quirúrgica. Se presenta un caso clínico excepcional, de diagnóstico tardío, que requirió un tratamiento quirúrgico resectivo, con buena evolución postoperatoria.

Perforación esofágica

La perforación esofágica es la más grave de todas las perforaciones del tubo digestivo, con una morbilidad y mortalidad muy elevada. El enfrentamiento diagnóstico y terapéutico es complejo y controversial. Un diagnóstico precoz mLa perforación esofágica es la más grave de todas las perforaciones del tubo digestivo. Según distintas series esta presenta una mortalidad que va entre 9 a 41. Con la masificación de los procedimientos endoscópicos se ha evidenciado un aumento de esta, llegando a ser la causa de mayor prevalencia en la mayoría de las series actuales mejoraría los resultados y permitiría un manejo conservador.

La causa más frecuente en la actualidad es la perforación secundaria a instrumentación endoscópica diagnóstica o terapéutica. Le siguen en frecuencia la espontánea, los cuerpos extraños y las secundarias a traumatismo.

El síndrome de Boerhaave's es el responsable de la mayoría de las perforaciones espontáneas. Cuadro producido debido a un aumento de la presión intraesofágica secundaria a vómitos. Se describe una triada clásica caracterizado por vómitos a repetición, dolor torácico y enfisema subcutáneo, sin embargo esta no siempre se presenta en todos los enfermos. Aproximadamente el 90% de las roturas se ubican en el esófago distal izquierdo sobre el diafragma y se describe una mortalidad de un 20 a 40%.

La perforación del esófago cervical es generalmente menos severa y de tratamiento más fácil que la intratorácica o intrabdominal. Siempre existe el riesgo de propagación de la enfermedad hacia el mediastino a través del espacio retroesofágico, sin embargo esta es lenta. La clínica de la perforación a este nivel se caracteriza por dolor cervical, disfagia, disfonía y enfisema subcutáneo.

La perforación intratorácica rápidamente contamina el mediastino con bacterias y enzimas del tracto digestivo, que posteriormente se propaga hacia la cavidad pleural, más frecuentemente el lado izquierdo. Produce a nivel local gran necrosis de los tejidos contaminados y los pacientes rápidamente pueden caer en un estado séptico grave y de insuficiencia respiratoria muchas veces irreversible.

A nivel abdominal se produce un cuadro peritoneal caracterizado por dolor abdominal alto y omalgia secundario a irritación diafragmática que posteriormente evoluciona a un cuadro de abdomen agudo. Se confunde mucho con una úlcera péptica perforada, sobre todo por la pérdida de la matidez hepática traduciendo la presencia de aire subdiafragmática.

Diagnóstico

Un diagnóstico precoz disminuye el porcentaje de complicaciones y mortalidad en forma significativa, sin embargo sobre un 50% tienen una presentación atípica. El diagnóstico de la perforación esofágica cervical puede ser realizado mediante una radiografía lateral del cuello que revele aire en relación a la fascia prevertebral.

La radiografía de tórax puede objetivar ocupación pleural, neumomediastino, enfisema subcutáneo, hidrotórax, hidroneumotórax o aire subdiafragmático, todos signos indirectos de perforación esofágica

El Esófagograma contrastado es el estudio de elección en el diagnóstico de una perforación esofágica y se le describe una sensibilidad de aproximadamente un 90%, pasando desapercibidas las lesiones pequeñas e iniciales. Existe controversia sobre el medio de contraste a utilizar. Algunos medios hidrosolubles se consideran como de primera línea debido a su rápida absorción, sin embargo la aspiración de estos pudiera producir una severa neumonitis necrotizante debido a su

hipertonicidad. El medio de contraste más usado corresponde al bario, del cual se describe una sensibilidad de un 60 y 90% para las lesiones cervicales y torácicas respectivamente, y un 10% de falsos negativos. El bario no ha demostrado en la experiencia clínica algún efecto adverso a nivel del mediastino.

La tomografía computada (TC) de tórax es útil en los casos en donde la perforación es difícil de localizar, cuando no se puede utilizar medios de contraste y para el diagnóstico de colecciones contiguas y/o pleurales en perforaciones de diagnóstico tardío.

Tratamiento

Existen muchos determinantes que van a influir en la decisión de la terapia a seguir, tanto del punto de vista de la perforación en sí como de las condiciones generales del paciente. Dentro de estas determinantes es importante considerar la causa, localización, severidad y tiempo de evolución de la lesión. También hay que considerar la presencia de enfermedad esofágica previa, la edad, estado de salud, estado séptico secundario y daño de los tejidos aledaños. Obviamente la decisión es difícil, sobre todo si consideramos que esta va a ser vital para el enfermo. En general se debe considerar prevenir una mayor contaminación, eliminar la infección, restaurar el tracto gastrointestinal y otorgar un soporte nutricional adecuado.

Tratamiento quirúrgico

Las opciones quirúrgicas incluyen distintos tipos de procedimientos como son 1. reparación primaria, 2. resección esofágica, 3. drenaje exclusivo, 4. sutura con tubo T y 5. técnicas de exclusión y derivación. El abordaje en intervenciones no resectivas del esófago va a depender de la localización de la perforación, es así como en el esófago torácico superior se recomienda una toracotomía derecha y en el esófago torácico inferior una toracotomía izquierda.

Tratamiento conservador

El manejo no quirúrgico de la perforación esofágica es apropiada en pacientes bien seleccionados, con perforaciones contenidas y con mínima contaminación mediastínica y/o pleural. Está basado en mantener al paciente con régimen cero, antibioterapia de amplio espectro, aporte nutricional y drenaje mediastínico y/o pleural en caso necesario. El uso de sonda nasogástrica es cuestionable

CONCLUSIONES

La perforación esofágica es una patología de difícil diagnóstico y manejo, siendo la principal causa actual las secundarias a procedimientos endoscópicos. Es una patología con una elevada mortalidad, en donde el tiempo que transcurra entre la perforación y la resolución del tratamiento a llevar son esenciales en disminuir la mortalidad.

El manejo apropiado va depender de cada caso en particular, dependiendo principalmente del diagnóstico precoz, las condiciones locales y generales. Se debe preconizar un manejo conservador en los casos que se cumplan los criterios establecidos, para realizarlo de la forma más segura posible.