



UDES

Mi Universidad

Nombre del alumno: Yari Karina Hernández chacha

Nombre del tema: Perforación esófagica

3er parcial

Nombre de la materia: Técnicas Quirúrgicas

*Nombre del docente: Romeo Antonio Molina Roman
Medicina Humana*

6to Semestre Grupo C

Comitán de Domínguez 24 De mayo 2024

PERFORACIÓN ESOFÁGICA

Definición

La perforación esofágica, también llamada ruptura esofágica, es un defecto transmural de la pared esofágica que expone el mediastino al contenido gastrointestinal.

Epidemiología

- Incidencia en relación con las causas:
 - La mayoría de los casos están asociados a procedimientos invasivos (e.g., endoscopia o cirugía).
 - Lesiones penetrantes > lesiones contusas
- Edad > 65 años: ↑ riesgo de perforación por instrumentación
- La predilección varía según la etiología:
 - Ruptura esofágica espontánea o síndrome de Boerhaave: más frecuente en hombres (3:1)
 - No hay diferencias en la predilección por el sexo en cuanto a la perforación iatrogénica
- Tasa de mortalidad:
 - Oscila entre 10%–50%
 - El retraso en el diagnóstico y el tratamiento contribuye a una mayor mortalidad.

Etiología

- Perforación esofágica iatrogénica
- Perforación esofágica no iatrogénica:
 - Ingestión de cáusticos
 - Ruptura espontánea (síndrome de Boerhaave)
 - Ingestión de cuerpos extraños
 - Traumatismo penetrante o contundente
 - Malignidad esofágica o mediastínica
 - Enfermedades intrínsecas del esófago:
 - Enfermedad de Crohn
 - Esofagitis por medicamentos
 - Esofagitis infecciosa
 - Esofagitis eosinofílica

Fisiopatología

La patogénesis de la perforación esofágica depende de la causa.

- **Iatrogénica:**
 - La causa más común de ruptura esofágica
 - Endoscopia superior y/o dilatación:

- La perforación o el cizallamiento pueden dañar accidentalmente la pared esofágica.
 - Más común en la unión faringoesofágica
 - Cirugía esofágica: la perforación es más frecuente en el esófago abdominal o inferior
- **Ingestión de cuerpo extraño o material cáustico:**
 - Las soluciones ácidas o básicas pueden provocar reacciones térmicas que dañan la mucosa esofágica.
 - Soluciones básicas: más perjudiciales para la mucosa esofágica que las soluciones ácidas
 - Los cuerpos extraños afilados (e.g., huesos impactados) pueden dañar mecánicamente el esófago.
- **Traumáticas:**
 - Traumatismo penetrante (herida de bala: causa más común en Estados Unidos)
 - Traumatismos contusos (e.g., una caída desde una gran altura o un accidente de tráfico)
- **Malignidad:**
 - Carcinoma esofágico endofítico
 - La linfadenopatía mediastínica, en casos de malignidad metastásica, también puede erosionar el esófago.
- **Infección:**
 - La etiología infecciosa puede dar lugar a úlceras esofágicas que conducen a la perforación.
 - Ejemplos:
 - Esofagitis viral (e.g., virus del herpes simple, citomegalovirus)
 - Esofagitis fúngica (e.g., candidiasis)
 - Tuberculosis
- **Síndrome de Boerhaave:**
 - Un aumento repentino de la presión intraluminal en el esófago, unido a una presión intratorácica negativa, puede provocar la ruptura.
 - La presión intratorácica puede aumentar por:
 - Arcadas y vómitos forzados (e.g., después del consumo excesivo de alcohol)
 - Vómitos autoinducidos en la bulimia nerviosa o la anorexia nerviosa
 - Parto
 - Levantamiento de pesas
 - Tos persistente
 - Más frecuente en la cara posterolateral del esófago inferior/distal

Presentación Clínica

Características clínicas

Antecedentes:

- Endoscopia o cirugía cerca del esófago en las últimas 24 horas
- Afecciones asociadas: malignidad, radioterapia, estenosis
- Vómitos y arcadas severas
- Ingestión de cáusticos o cuerpos extraños
- Lesión traumática
- Factores de riesgo de la esofagitis infecciosa

Manifestaciones:

- Inicio agudo
- Los síntomas varían según la localización de la lesión, que puede incluir
 - Dolor faríngeo o cervical
 - Dolor torácico
 - Dificultad para respirar
 - Disfagia y/o odinofagia
 - Dolor abdominal
- Tríada de Mackler (asociada al síndrome de Boerhaave):
 - Dolor torácico retroesternal irradiado hacia la espalda
 - Enfisema subcutáneo
 - Vómitos

Hallazgos al examen físico:

- Taquipnea
- Taquicardia
- Crepitación en la pared torácica (por enfisema subcutáneo)
- Signo de Hamman:
 - Crujido mediastínico sobre el precordio sincronizado con los latidos del corazón
 - Por el enfisema mediastínico
- Reducción de los ruidos respiratorios en el lado de la perforación
- Dolor abdominal (en la perforación esofágica inferior)
- En caso de presentación grave y/o tardía: fiebre, hipotensión

Complicaciones

- Mediastinitis aguda:
 - Inflamación aguda de los tejidos mediastínicos debido a la propagación mediastínica de la flora esofágica y orofaríngea
 - Se presenta con dolor torácico retroesternal intenso, fiebre, taquipnea, taquicardia o shock séptico
- La sepsis puede desarrollarse en casos de presentación tardía.
- Pleuritis
- Pericarditis
- Empiema: acumulación de pus en la cavidad pleural

Diagnóstico

- **Radiografía cervical:**
 - Se realiza cuando se sospecha una perforación esofágica cervical
 - Hallazgo(s): enfisema subcutáneo
- **Radiografía de tórax:**
 - Se realiza cuando se sospecha una perforación esofágica torácica o intraabdominal
 - Hallazgo(s):
 - Neumomediastino
 - Neumopericardio
 - Hidroneumotórax
 - Mediastino ensanchado
 - Aire subdiafragmático
- **Esofagografía con contraste:**
 - Diagnóstico
 - Utilice un contraste hidrosoluble (Gastrografin):
 - Para el estudio inicial
 - Hallazgo: fuga de contraste del esófago al mediastino
 - Bario:
 - No se utiliza inicialmente debido al riesgo de desarrollar una mediastinitis aguda
 - Se utiliza si el estudio hidrosoluble es negativo (ya que el bario demuestra efectivamente las pequeñas perforaciones)
- **TC de tórax:**
 - Se realiza cuando:
 - La radiografía de tórax o la esofagografía no son concluyentes
 - El paciente está inestable
 - Hallazgo(s):
 - Engrosamiento de la pared del esófago
 - Neumomediastino
 - Neumopericardio

- Neumotórax
- Mediastino ensanchado
- **Endoscopia superior:**
 - Se realiza cuando:
 - La ubicación de la perforación no está clara
 - La TC no es concluyente
 - Se debe realizar con cuidado, ya que la insuflación de aire puede provocar la extensión de la perforación.

Tratamiento

Estabilización

Abordaje inicial:

- Evaluación **ABCDE** (en inglés):
 - **A** - Airway (vía aérea): Asegurar la permeabilidad de la vía aérea.
 - **B** - Breathing (respiración): Asegúrese de que se produce una ventilación adecuada.
 - **C** - Circulation (circulación): Medir la presión arterial y el pulso, y administrar líquidos intravenosos.
 - **D** - Disability (discapacidad): Realizar un examen neurológico básico.
 - **E** - Exposure (exposición): Buscar lesiones y asegurar el entorno.
- Nada por vía oral
- Antibióticos intravenosos de amplio espectro
- Analgésicos intravenosos
- Inhibidor de la bomba de protones por vía intravenosa
- Nutrición parenteral

Obtenga una interconsulta quirúrgica (incluyendo cirugía cardiotorácica), ya que incluso los pacientes estables pueden deteriorarse y requerir cirugía.

Intervención adicional determinada por:

- Tamaño y ubicación de la perforación
- Comorbilidades

Tratamiento no quirúrgico

- Indicaciones:
 - El paciente está estable sin signos de sepsis.
 - La perforación está contenida:
 - Dentro del cuello
 - Entre la pleura pulmonar visceral y el mediastino
 - El lugar de la perforación se encuentra fuera del abdomen.
 - No se trata de una neoplasia u obstrucción
 - El contraste drena de vuelta hacia el esófago.
 - La esofagografía con contraste está disponible para la evaluación de seguimiento.
 - Un cirujano torácico experto está fácilmente disponible.
- Monitoreo de cuidados intensivos
- Cualquier signo de sepsis o de deterioro → cirugía inmediata

Tratamiento quirúrgico

Indicaciones:

- El paciente está hemodinámicamente inestable.
- Paciente con perforación esofágica intraabdominal
- Paciente con malignidad esofágica
- Complicaciones respiratorias

Procedimiento:

- Reparación quirúrgica de la perforación (estándar de atención)
- Stent esofágico: puede utilizarse en pacientes seleccionados (con comorbilidades graves y/o que no pueden ser operados)
- Aplicación de clips endoscópicos: una opción en perforaciones pequeñas que pueden corregirse con una tensión mínima
- La esofagectomía se utiliza como último recurso.

Diagnóstico Diferencial

- **Síndrome de Mallory-Weiss:** una laceración longitudinal superficial de la mucosa y/o submucosa esofágica en la unión gastroesofágica. Al igual que en el caso de la perforación esofágica, la afección puede ser causada por un aumento de la presión intratorácica (e.g., por vómitos). La afección se presenta con hematemesis. El diagnóstico es principalmente clínico y el tratamiento es de soporte, con líquidos y analgésicos intravenosos.
- **Espasmo esofágico:** también se presenta con disfagia a sólidos y líquidos, pero se asocia a la aparición repentina de dolor torácico que no está relacionado con el esfuerzo. Dos tipos de esta afección son el espasmo esofágico distal y el esófago hipercontráctil (en martillo neumático). La manometría muestra contracciones esofágicas características con una relajación normal de la unión esofagogástrica. El tratamiento implica resolver la enfermedad por reflujo (si está presente) y una prueba con bloqueadores de los canales de calcio.
- **Enfermedad por reflujo gastroesofágico (ERGE):** síntomas de acidez y regurgitación causados por el reflujo del contenido del estómago. Generalmente, el paciente se queja de un dolor epigástrico urente que se irradia hacia el tórax con un sabor agrio o metálico en la boca. La enfermedad se debe a una relajación inadecuada del esfínter esofágico inferior. Los inhibidores de la bomba de protones se utilizan para controlar los síntomas de la ERGE.