

Perforación esofágica

Nicolas Pinochet García¹

Prof. Dr. Humberto Flisfisch Fernández²

¹ Interno. Departamento de Cirugía Sur. Facultad de Medicina, Universidad de Chile.

² Profesor de Cirugía. Facultad de Medicina, Universidad de Chile

RESUMEN: *la perforación esofágica es una patología poco prevalente, pero una de las más graves de las perforaciones del tubo digestivo, con una alta morbimortalidad. Dentro de sus causas la iatrogénica es la más frecuente, secundaria a la instrumentalización endoscópica del esófago. Clásicamente se presenta con dolor, fiebre y presencia de aire subcutáneo o mediastínico. Para su diagnóstico es fundamental el uso de imágenes, siendo la radiografía de tórax y los estudios radiológicos con contraste los de mayor utilidad. Dentro de las opciones de manejo se puede realizar una terapia conservadora o quirúrgica, en esta última existen técnicas resectivas y no resectivas del esófago.*

INTRODUCCIÓN

La perforación esofágica es un desafío diagnóstico y terapéutico, debido a su rareza, como a la variabilidad en su presentación. Presenta una baja prevalencia, describiéndose en un estudio una incidencia de 3.1 por 1.000.000 habitantes al año (1). Diversos factores como la dificultad para acceder al esófago, su capa serosa débil, su pobre irrigación sanguínea y su proximidad con estructuras vitales, hacen de la perforación esofágica una condición de alta morbilidad (2) y una mortalidad que varía entre 9% a 41% (3). Esto hace de esta patología una emergencia, donde un diagnóstico y tratamiento tardío aumentan la magnitud de la contaminación e inflamación pudiendo terminar en una falla multiorgánica debido a sepsis (4).

Etiología

La causa más frecuente corresponde a la perforación iatrogénica, secundaria a la instrumentalización endoscópica del esófago (4). Dentro de los tipos de instrumentalización que comúnmente causan perforación se encuentran la endoscopia diagnóstica, escleroterapia, ligadura de varices, dilatación neumática y terapia láser (5).

Otra causa menos frecuente corresponde a la espontánea, donde el síndrome de Boerhaave es el más común (6). Este corresponde a un barotrauma secundario a un aumento de la presión intraesofágica, debido a vómitos forzados.

También la perforación puede ocurrir por trauma, tanto cerrado como penetrante, se debe este último principalmente a lesiones por arma de fuego o cortopunzantes (4).

La ingestión de cuerpos extraños también puede ser causante de perforación y ocurre frecuentemente en las zonas de estrechez fisiológica (7).

Se describe además una causa quirúrgica asociada a cirugía laparoscópica del tracto digestivo alto (4).

Clínica

La clínica depende principalmente de tres factores: la localización, la extensión con el compromiso de tejido circundante y el tiempo de evolución. La triada clásica está constituida por dolor, fiebre y presencia de aire subcutáneo o mediastínico y en el caso de ruptura espontánea se observa dolor torácico, vómitos y enfisema subcutáneo (triada de Mackler), pero esta, solo se presenta en aproximadamente el 50% de los casos (8).

En perforaciones cervicales el dolor es a este nivel y se suele acompañar de disfagia y odinofagia. El cuello se encuentra doloroso a la palpación y con aire a nivel subcutáneo.

Cuando la perforación ocurre a nivel torácico se produce dolor en epigastrio, retroesternal o lateralizado al lado de la perforación. Puede presentar complicaciones respiratorias, siendo lo más frecuente el derrame pleural, que puede provocar disnea y empiema pleural. La sepsis ocurre en forma temprana y de no ser tratada evoluciona rápidamente a falla multiorgánica (4).

A nivel abdominal se produce un cuadro clínico caracterizado por dolor abdominal alto y omalgia secundaria a irritación diafragmática que evoluciona a un cuadro de abdomen agudo (3).

Diagnóstico

Es fundamental ante esta patología plantear el diagnóstico en forma precoz, ya que esto disminuye el porcentaje de complicaciones y mortalidad en forma significativa. Sin embargo, se debe considerar que hasta un 50% de los pacientes tienen una presentación atípica.

En perforaciones a nivel cervical, el diagnóstico se puede realizar con una radiografía lateral del cuello que muestre aire en relación a la fascia prevertebral (3).

La radiografía de tórax puede objetivar signos indirectos de perforación esofágica, como son: ocupación pleural, neumomediastino, enfisema subcutáneo, hidrotórax, hidroneumotórax o aire subdiafragmático (9). El estudio radiográfico puede ser negativo si se realiza de manera muy precoz, ya que se estima que el enfisema mediastínico aparece aproximadamente una hora después de ocurrida la perforación (4).

El esofagograma contrastado es el estudio de elección para confirmar el diagnóstico y evidenciar el sitio exacto de perforación, con una sensibilidad aproximada de 90% (3). Se recomienda el bario diluido por sobre los agentes hidrosolubles ya que sería más sensible para la detección de pequeñas filtraciones (4).

El TAC de tórax es útil en perforaciones de difícil localización, cuando no se puede utilizar medios de contraste y cuando el estudio inicial es negativo (3).

MANEJO

Los objetivos del tratamiento, ya sea este conservador o quirúrgico, son: prevenir y detener la filtración, eliminar y controlar la sepsis, evitar la malnutrición y restaurar la integridad del tracto digestivo (4).

Manejo Conservador

Los criterios para este tipo de manejo fueron propuestos por Cameron en 1979 y actualizados por Altorjay en 1997, y son los siguientes (10):

- 1) perforaciones intramurales
- 2) perforación detectada en forma precoz o si es en forma tardía, que esté circunscrita
- 3) perforación transmural que no está ubicada en el abdomen y que está contenida en el mediastino y que drena sin alteraciones al esófago
- 4) perforación que no está asociada con obstrucción esofágica o cáncer
- 5) síntomas mínimos y sin evidencia clínica de sepsis
- 6) contar con exámenes radiológicos en forma expedita (radiología contrastada y TAC),
- 7) contar con el apoyo de un cirujano especialista con experiencia en el tema.

De cumplirse estos criterios se procede a manejo conservador que consiste en restricción completa de aportes por vía oral, nutrición parenteral total, antibióticos de amplio espectro (cubriendo aerobios y anaerobios) y bloqueadores de la secreción ácida. Según los resultados de los estudios con contraste de control, se reinicia el aporte oral entre los 7 y 10 días.

Para mantener el manejo conservador se deben cumplir los criterios en las reevaluaciones y ante cualquier cambio en el cuadro clínico (especialmente signos de sepsis) o falta de mejoría, está indicado el manejo quirúrgico (4). Perforaciones endoscópicas detectadas inmediatamente se pueden tratar en forma endoscópica con clip o sellante de fibrina, luego según los resultados de imágenes de control seguir con tratamiento médico o quirúrgico (11).

Manejo quirúrgico

Se basa en los siguientes factores: localización de la lesión, patología esofágica previa, magnitud de la contaminación, viabilidad del esófago y estado general del paciente. Lesiones a nivel cervical con un drenaje del espacio paracervical es suficiente (12), mientras que a nivel tóraco-abdominal se asocia a mayor riesgo de sepsis, por lo que generalmente requieren resolución quirúrgica (7) donde existen técnicas resectivas y no resectivas. Ante patología previa se recomienda realizar resección esofágica con reconstrucción inmediata o posterior según las condiciones. Si existe gran inflamación, contaminación, destrucción de tejido o inestabilidad hemodinámica, se recomienda realizar esofagectomía (12). Los resultados más favorables se obtienen con la reparación primaria de la perforación, sobre todo en las primeras 24 horas (4).

Las lesiones torácicas del tercio superior se acceden por toracotomía derecha y las del tercio inferior por toracotomía izquierda. Lesiones de la unión gastroesofágica pueden accederse por toracotomía izquierda o laparotomía media (12). Al acceder a la lesión y tras evaluar el grado de contaminación, inflamación y destrucción del tejido esofágico se decide intentar una reparación primaria o esofagectomía (4). El tejido

mediastínico y esofágico desvitalizado siempre debe ser retirado y solo mucosa, submucosa y muscular sana deben ser anastomosadas (12).

En casos de inestabilidad hemodinámica se recomienda realizar una exclusión y desviación esofágica, que consiste en esofagostoma cervical, cierre del esófago distal y gastrostomía de descompresión gástrica junto con yeyunostomía de alimentación.

BIBLIOGRAFÍA

1. Vidarsdottir H, Blondal S. esophageal perforations in Iceland: a whole population study incidence, ethiology and surgical outcome. *Thorac. Cardiovasc Surg* 2010; 58: 476-480.
2. Soreide JA, Viste A. Esophageal perforation: diagnostic work-up and clinical decision-making in the first 24 hours. *Scand J Trauma Resusc Emerg Med.* 2011; 19: 66.
3. Cárcamo C, Lopez J, Venturelli A. Manejo conservador de la perforación esofágica. *Cuad. Cir.* 2005; 19: 39-46.
4. Braghetto I, Rodriguez A, Csendes A, Korn O. Perforación esofágica. Experiencia clínica y actualización del tema. *Rev. Méd Chile* 2005; 133: 1233-1241.
5. Brinster CJ, Singhal S, Lee L, Marshall Mb, Kaiser LR, Kucharczuk JC. Evolving options in the management of esophageal perforation. *Ann Thorac Surg* 2004; 77: 1475-83.
6. Hill AG, Tiu AT, Martin IG. Boerhaave's syndrome: 10 years experience and review of the literatura. *Anz J Surg* 2003; 73: 1008-10.
7. Younes Z, Johnson DA. The spectrum of spontaneous and iatrogenic esophageal injury: Perforations, Mallory-Weiss tears, and hematomas. *J. Clin. Gastroenterol.* 1999; 29: 306-17.
8. Mayorga I. Perforación esofágica: etiología, diagnóstico y manejo. *Revista médica de Costa Rica y Centroamérica.* LXVIII (596) 75-81. 2011.
9. Giménez A, Franquet T, Erasmus J, Martinez S, Estrada P. Thoracic complications of esophageal disorders. *Radiographics* 2002; 22: 247-58.
10. Altorjay, Kiss J, Voros A, Bohak A. Non operative management of esophageal perforation. Is it justified? *Ann Surg* 1997; 225: 415-21.
11. Fernandez FF, Richter A, Freudenberg S, Wendl K, Manegold BC. Treatment of endoscopic esophageal perforation. *Surg Endosc* 1999; 13: 962-6.
12. Zwischenberger JB, Savage C, Bidani A. Surgical aspects of esophageal disease: perforation and caustic injury. *Am J Respir Crit Care Med.* 2002; 165: 1037-40.