



# **RUPTURA DEL ESOFAGO:**

## **DIAGNOSTICO Y TRATAMIENTO**

**INTERNA: SOFIA SEGOVIA CERECEDA  
PROF. DR. HUMBERTO FLISFISCH FERNÁNDEZ  
DEPTO. CIRUGÍA SUR  
FACULTAD DE MEDICINA UNIVERSIDAD DE CHILE**

## **Introducción**

La ruptura o perforación esofágica es una condición grave e infrecuente, con una incidencia estimada de 3 a 6 casos por 100.000 habitantes al año, aunque su frecuencia puede variar según la etiología y la población estudiada (1). Involucra la perforación de la pared esofágica que generalmente conduce a la fuga de contenido gástrico hacia mediastino o la cavidad torácica, pudiendo causar mediastinitis y otras complicaciones graves (2). Esta patología se asocia con una alta mortalidad, que oscila entre el 10% y el 30%, dependiendo del tiempo transcurrido hasta el diagnóstico y la instauración del tratamiento adecuado (3) además de las comorbilidades que presente el paciente, mientras que cuando esta no es tratada, puede alcanzar tasas de mortalidad superiores al 50% (4). Es por esto que esta patología corresponde a una emergencia quirúrgica (5), donde el diagnóstico temprano y un tratamiento adecuado son cruciales para mejorar el pronóstico y reducir las complicaciones. Los factores de riesgo incluyen procedimientos endoscópicos, traumatismos, enfermedades subyacentes como el cáncer de esófago y el síndrome de Boerhaave, que representa el 15% de los casos (5), siendo la perforación iatrogénica la causa más frecuente (1).

El objetivo de esta revisión es abordar los principales aspectos de la clasificación, estrategias diagnósticas y de manejo de perforación esofágica basándose en la evidencia más reciente.

Como objetivos específicos se plantean clasificar los tipos de perforación esofágica según su etiología y localización con el fin de proporcionar un marco de referencia claro para el diagnóstico y tratamiento, sintetizar los métodos diagnósticos disponibles con sus hallazgos característicos, presentar las diferentes modalidades de tratamiento para esta patología, tanto conservadoras como quirúrgicas y endoscópicas, e identificar desafíos actuales respecto al tema tratado.

## **Material.**

En la presente revisión bibliográfica se recopilaron y analizaron 10 publicaciones científicas que abordan el tema del manejo y tratamiento de la ruptura esofágica.

Los artículos seleccionados fueron obtenidos de bases de datos académicas MEDLINE/PUBMED utilizando palabras clave relevantes al tema a tratar, abarcando los artículos publicados dentro de los últimos 5 años con el fin de reflejar los avances más actuales en el área. Dichos artículos fueron evaluados y seleccionados por su relevancia y calidad, para ofrecer una visión amplia y actualizada de los desarrollos más importantes en este campo.

## **Método.**

Se realizó una búsqueda en las bases de datos MEDLINE/PUBMED, abarcando revisiones sistemáticas, metaanálisis, estudio multicéntrico, ensayo controlado aleatorio, estudios retrospectivos, libros y documentos, publicados entre los años 2020 y 2025 (hasta enero), incluyendo publicaciones en inglés y español.

Los términos utilizados en la búsqueda fueron: (“Esophageal rupture” OR “Esophageal perforation” OR “Esophageal tear”) AND (“diagnosis” OR “diagnostic imaging” OR “computed tomography” OR “esophagography” OR “computed tomography” OR “endoscopy” OR “clinical diagnosis”) AND (“treatment” OR “therapy” OR “surgery” OR “surgical repair” OR “conservative management” OR “endoscopic therapy” OR “stent placement” OR “vacuum therapy”).

Durante el proceso inicial, se identificaron 59 artículos potencialmente relevantes. De estos artículos, se preseleccionaron 29 artículos mediante lectura de títulos, abstracts o, en casos necesarios, lectura del artículo completo.

Posteriormente, mediante mayor análisis del contenido de estos, se seleccionaron un total de 10 artículos, los que fueron utilizados en la confección de esta revisión.

## **Clasificación de la Ruptura Esofágica y Etiología.**

La ruptura esofágica puede clasificarse según su causa y la localización de la lesión. Dentro de las causas, se pueden clasificar en traumática, iatrogénica y espontánea según Mackler, pudiendo considerar también las relacionadas a patología esofágica de base como tumores, úlceras, esofagitis o en contexto de procesos infecciosos (6). Cuando la ruptura es espontánea, resulta de un aumento brusco de presión intraesofágica, generalmente durante el vómito o tras esfuerzos físicos extremos con caída de presión intratorácica (2,6), afectando la zona distal del esófago, principalmente. Las roturas iatrogénicas ocurren secundarias a procedimientos endoscópicos, dilataciones, resección de tumores, colocación de prótesis o sondas nasogástricas, siendo los procedimientos diagnósticos de menor riesgo que los terapéuticos (1,2,4), mientras que los de causa traumática ocurren en relación

a traumatismo externo tanto penetrante como cerrado en tórax o abdomen, o interno, como perforaciones en contexto de ingestión de cuerpos extraños.

Las causas iatrogénicas, como las endoscopias, representan el 60-70% de los casos, mientras que las espontáneas, como el síndrome de Boerhaave, representan el 15% (1). Las rupturas traumáticas son menos frecuentes, representando menos del 10% de los casos de perforaciones y suelen estar asociadas a accidentes o heridas penetrantes (1). El sitio más común de ruptura es el tercio inferior del esófago (70%), seguido del tercio medio (20%) y el tercio superior (10%) (7).

La supervivencia varía según el tipo de ruptura, siendo mayor en las iatrogénicas (85-90%) que en las espontáneas (60-70%) (6), con mayor mortalidad en localizaciones de perforación cervical y torácica superior (8). Pese a esto, el principal contribuyente a la mortalidad, corresponde a la presencia de complicaciones como mediastinitis y sepsis (9), lo que subraya la importancia de un manejo rápido y adecuado.

### **Diagnóstico.**

El diagnóstico temprano es crucial para mejorar los resultados clínicos (3). Se inicia con sospecha clínica ante cuadro compatible, pudiendo presentarse con síntomas inespecíficos como dolor abdominal y vómitos, o sepsis y shock en caso de complicaciones como mediastinitis, o síntomas asociados según localización, pudiendo presentar cervicalgia, disfagia, odinofagia y/o disfonía en ruptura cervical, dolor torácico retroesternal, náuseas vómitos, crepitación mediastínica a la auscultación y/o signos de derrame pleural en ruptura torácica, y dolor epigástrico asociado o no a náuseas y/o vómitos, pudiendo presentar peritonitis aguda ante desgarro del espesor total en rupturas abdominales (2). Se debe complementar con historia clínica detallada, con identificación de posible causa como vómitos, trauma asociado o realización de procedimientos endoscópicos recientes.

Dentro de las herramientas diagnósticas encontramos la radiografía de tórax, la tomografía computarizada de tórax, la endoscopia y la esofagografía con contraste hidrosoluble.

La radiografía de tórax tiene utilidad como primer paso diagnóstico, con sensibilidad limitada para pesquisar perforaciones sin el uso de contraste, encontrando en muchos casos sólo signos indirectos sugerentes como neumomediastino, derrame pleural, enfisema subcutáneo y ensanchamiento mediastínico (1,10).

La tomografía computarizada con contraste es considerado como el método de elección debido a su amplia disponibilidad en centros de salud y alta sensibilidad (90-95%) para detectar fugas de contraste o aire mediastínico (10), como también para la identificación de complicaciones como mediastinitis, abscesos, derrames pleurales y para la planificación del tratamiento (2).

La endoscopía digestiva alta como método diagnóstico permite la visualización de la perforación, siendo la técnica diagnóstica más precisa entregando la posibilidad de evaluar el tamaño, localización y extensión de la lesión, pero debe realizarse con precaución, puesto que presenta el riesgo de aumentar la fuga. Su uso puede estar limitado a perforaciones de localización distal, debido a la dificultad para acceder al área comprometida (2). En perforaciones pequeñas o subclínicas es considerada como la herramienta diagnóstica estándar (4).

La esofagografía con contraste hidrosoluble también es útil, aunque menos sensible (80-85%); pese a esto es considerado un buen estudio para confirmar la perforación y localización de la fuga (10); permite definir el tratamiento adecuado en casos seleccionados donde la realización de endoscopia no es posible (5).

### **Tratamiento**

El manejo de la ruptura esofágica depende de la localización, el tamaño de la perforación, el tiempo transcurrido y el estado en que se encuentra el paciente. Las opciones incluyen tratamiento conservador, reparación quirúrgica y terapia endoscópica (8) con o sin colocación de stent, se prefiere la intervención temprana para evitar el desarrollo de complicaciones fatales.

El tratamiento conservador puede ser considerado en perforaciones pequeñas, contenidas y diagnosticadas de forma precoz (dentro de las primeras 24 horas). Consiste en reposo digestivo, antibióticos de amplio espectro, nutrición parenteral y drenaje de colecciones (8). Se asocia a tasa de fracaso elevada, superior al 30-50%, especialmente ante diagnóstico tardío (2,6), con necesidad de intervención quirúrgica frecuente (4).

El tratamiento quirúrgico basado en la reparación quirúrgica primaria tiene una tasa de éxito del 70-80% pudiendo llegar hasta 90-95% cuando se realiza dentro de las primeras 24 horas (9), con una mortalidad del 20-30% (2), siendo el tratamiento de elección y la forma de abordaje utilizada para la mayoría de las rupturas esofágicas. Se considera como alternativa ante perforaciones de gran tamaño, contaminación mediastínica y/o peritonitis. Dentro de sus alternativas incluye sutura primaria con o sin refuerzo con colgajos o mallas sintéticas y esofaguestomía parcial o total, esta última siendo la alternativa de elección en casos más complejos (1,9). El requerimiento de reintervención puede ser necesario en el 10-30% de los casos, mayormente en contexto de complicaciones como fistulas esofágicas, abscesos y no resolución de mediastinitis (8). Cuando la intervención se retrasa más allá de 48 horas, se han descrito tasas de mortalidad de hasta el 50% (4). Las desventajas de este abordaje corresponden al riesgo de complicaciones postoperatorias como infecciones, sangrado, fistulas esofágicas y la necesidad de un manejo postoperatorio intensivo, asociado a un periodo de recuperación prolongado (7).

La terapia endoscópica, como el uso de stents cubiertos, colocación de clips o terapia de vacío, es una alternativa recientemente explorada con una tasa de éxito del 60-70%, con menor morbilidad pero mayor necesidad de reintervenciones (9). La terapia de vacío ha mostrado alta utilidad particularmente en la ruptura espontánea esofágica (8,9), debido a la reducción de la estadía hospitalaria, sin diferencia significativa encontrada en metaanálisis cuando se comparó con los resultados del abordaje quirúrgico (6). Esta técnica implica la colocación de un dispositivo de drenaje endoscópico en el esófago afectado para crear una presión negativa y promover el cierre de la perforación, pudiendo asociar el uso de selladores biológicos o dispositivos de sutura endoscópica (8). Cuando es seleccionada de forma cautelosa, siguiendo las recomendaciones para su uso, esta presenta una menor tasa de complicaciones en comparación con la cirugía abierta (9), asociada también a baja mortalidad hasta 10-20%, especialmente si la perforación es tratada dentro de las primeras 24-48 horas en el contexto adecuado (8). Es una técnica que no se encuentra disponible en todos los centros de salud y requiere de monitoreo intensivo, además de equipos formados y especializados para la realización de la técnica, y no es una alternativa adecuada en todas las formas de perforación esofágica, especialmente ante perforaciones grandes o ante la presencia de mediastinitis avanzada (6).

### **Pronóstico y Complicaciones.**

El pronóstico depende del diagnóstico temprano asociado a la implementación del tratamiento adecuado. Las complicaciones incluyen mediastinitis, sepsis, abscesos, fistulas y estenosis esofágicas (7).

La mortalidad global es del 20-30%, pero puede reducirse al 10% con un manejo óptimo (3). Los factores de mal pronóstico incluyen retraso en el diagnóstico (>24 horas), perforaciones grandes y comorbilidades significativas que presente el paciente al momento del diagnóstico (7).

### **Discusión.**

La ruptura esofágica es una emergencia quirúrgica de alta complejidad que requiere un enfoque multidisciplinario. Pese a los avances en las técnicas diagnósticas y terapéuticas y desarrollo de diversos estudios, el abordaje y manejo de esta patología sigue siendo un desafío significativo. Esta dificultad se deriva, en parte, de su baja incidencia lo que limita la posibilidad de desarrollo de evidencia robusta (2,9). La evidencia actual se basa principalmente en estudios retrospectivos, series de casos y estudios recientes de calidad moderada, con ausencia de guías de manejo estandarizadas (6,9), lo que subraya la necesidad de realizar investigaciones adicionales, especialmente prospectivas y multicéntricas para el establecimiento de protocolos que se basen en evidencia de calidad elevada.

Pese a tener estudios de buena sensibilidad para su diagnóstico, la elección del tratamiento debe individualizarse según las características del paciente, la perforación y el tiempo de evolución, siendo esto crucial para la optimización de resultados. Dentro del desarrollo de las alternativas terapéuticas, la terapia endoscópica ha ganado popularidad debido a su menor invasividad, especialmente en pacientes de alto riesgo, pero la cirugía sigue siendo esencial en casos complejos.

### **Conclusión.**

La ruptura esofágica es una condición grave tiempo-dependiente con alta morbimortalidad si no se trata o diagnostica de forma adecuada y oportuna. El diagnóstico temprano mediante el uso de técnicas recomendadas y el manejo individualizado son clave para mejorar los resultados, los

cuales siguen presentando retos importantes en la práctica clínica para pesquisar el cuadro previo al desarrollo de complicaciones graves como mediastinitis y sepsis, que se encuentran dentro de las principales causas de mortalidad.

Si bien el tratamiento quirúrgico sigue siendo el método de elección en la mayoría de los casos, futuras investigaciones podrían enfocarse en optimizar las emergentes técnicas endoscópicas, que se han mostrado como alternativa eficaz y prometedora en casos seleccionados.

En resumen, un enfoque multidisciplinario, un diagnóstico temprano y una intervención quirúrgica adecuada son clave para mejorar las tasas de supervivencia y reducir las complicaciones asociadas a la ruptura esofágica.

### Bibliografía

1. Shaheem, S., & Panikkaveetil, H. Aetiology, Clinical Manifestations, Diagnosis, and Treatment of Oesophageal Perforation. *Cureus*. 2024 Feb;16(2):e55041.
2. Shaqran, T. M., et al. The Management of Esophageal Perforation: A Systematic Review. *Cureus*. 2024 Jul;16(7):e63651.
3. Vermeulen, B. D., et al. Early diagnosis is associated with improved clinical outcomes in benign esophageal perforation. *Surgical Endoscopy*. 2021 Jul;35(7):3492–3505.
4. Shahriarirad, R., et al. Esophageal perforation etiology, outcome, and the role of surgical management. *BMC Surgery*. 2023 Jul 19;23(1):177.
5. Kassem, M. M., & Wallen, J. M. Esophageal Perforation and Tears. *StatPearls*. 2024.
6. Pan, J., et al. Outcome of treatment modalities for spontaneous esophageal rupture. *International Journal of Surgery*. 2024 Mar;111(1):1135–1143.
7. Yang, Q., et al. Risk factors for the poor prognosis of benign esophageal perforation. *BMC Gastroenterology* 2022 Dec 27;22(1):537.
8. Wannhoff, A., et al. Endoscopic vacuum therapy for the treatment of Boerhaave syndrome. *Gastrointestinal Endoscopy*. 2025 Feb;101(2):365–374.
9. Kooij, C. D., et al. Treatment of Boerhaave syndrome: experience from a tertiary center. *Surgical Endoscopy*. 2025.
10. Norton-Gregory, A. A., et al. (2021). CT Esophagography for Evaluation of Esophageal Perforation. *Radiographics*. 2021 Mar-Apr;41(2):447–461.