

Clínica Prof. A. Chifflet

## CUERPO EXTRAÑO IMPACTADO EN EL ESÓFAGO TORACICO CON FÍSTULA TRAUMÁTICA ESOFAGOTOMÍA — CURACIÓN (\*)

Dr. Luis Alberto Praderi

Con motivo del trabajo presentado por el Dr. Barani sobre "Patología del esófago no neoplástico", deseamos traer a esta Sociedad un caso poco frecuente de cuerpo extraño impactado en el esófago torácico con fístula instrumental que requirió la esofagotomía de urgencia.

Este enfermo fue tratado por el Dr. Barani y a su pedido lo intervenimos. Esta presentación es un aporte más a su útil e interesante exposición sobre la patología no neoplásica del esófago.

**Historia Clínica.** — R. R. F. Nº 161.129. Enfermo de 59 años que en estado de salud, consulta en Servicio de Emergencia del H. de Clínicas porque al parecer mientras comía lechón le quedó un fragmento en la garganta. Acusa intenso dolor en la parte baja del cuello y disfagia total. La radiografía simple de cuello muestra en el perfil un C. E. en la parte inicial del esófago; se consulta al Dr. Barani que realiza la endoscopia al día siguiente. No pudiendo extraerlo y deslizando el C. E. al esófago inferior como se comprueba radiológicamente. Al día siguiente nuevo intento de extracción, se produce una falsa ruta esofágica que se comprueba en un tránsito baritado. No se evidencia ni neumotórax ni derrame pleural; se interna (16-5-62).

**Examen.** — Fiebre 38 grados, bien hidratado. Disfagia total. No hay lesiones físicas en tórax ni abdomen. No enfisema en cuello.

El Dr. Barani decide pasarlo a la Clínica Quirúrgica A donde se interviene de inmediato en horas de la tarde.

**Intervención.** — 17-5-62. Dr. L. A. Praderi, Dr. Matteucci. Pte. Escuder. Anest. gral. Dra. Teke. Toracotomía izq. con movilización de 8ª costilla. No se comprueba neumo ni derrame. En la cara izq. del esófago a 1 cm. sobre el diafragma se observa una pequeña perforación que da salida a un líquido purulento mezclado con bario. El ligamento triangular está engrosado e infiltrado por el mismo tipo de líquido. Se secciona el ligamento triangular y se abre la pleura mediastínica; palpándose el C. E. (hueso) dentro del esófago, a 3 cms. encima del diafragma; es irregular, de 4 a 5 cms. de diámetro, puntiagudo y enclavado. Se intenta movilizarlo para descenderlo al estómago, lo que resulta imposible. Como podría producirse en estas maniobras la rotura del esófago inclusive del lado derecho, se opta por seccionarlo longitudinalmente en una extensión de 5 cms. sobre la cara izquierda. Se logra desenclavar el hueso que sale en 3 fragmentos, pues las partes blandas que los unían habían

---

(\*) Trabajo presentado en la Sociedad de Cirugía el día 8 de agosto de 1962.

sufrido la digestión. La maniobra de extracción no fue fácil, confirmando la imposibilidad de realizarla por vía endoscópica.

Se rectifican los bordes de la sección esofágica que incluyen la fístula, se comprueba por tacto que no existen otros fragmentos en su luz.

Sutura del esófago, longitudinal en dos planos: el primero con puntos totales de lino separados y el segundo con puntos de muscular y vaina separados. Lavado pleural, drenaje pleural. No se cierra la pleura mediastínica por la mediastinitis existente. Operación bien tolerada.

**Post-operatorio.** — 18-5-62. Buen estado general, buena reexpansión pulmonar. Dieta absoluta. 23-5-62: A los 5 días se comienza la vía oral, deglu. bien e indolora. Apirexia. Rx. tórax normal. 30-5-62: Alta a los 13 días de la intervención. 25-6-62: Al mes de la intervención el estudio radiológico del esófago muestra buen pasaje, sin estenosis y tampoco evidencia de la zona de sutura.

Este caso y la bibliografía consultada sugieren algunas consideraciones:

1) Las localizaciones de los C. E. esofágicos, es según Bushey, la siguiente: 84 % en tercio superior, 7 % en tercio medio y 9 % en tercio inferior.

2) En las rupturas del esófago la exploración endoscópica ocupa el primer lugar; le siguen los C. E., las esofagitis crónicas, los neoplasmas y las rupturas espontáneas.

3) En la práctica de las esofagoscopias se estiman en un 0,25 % los riesgos o accidentes y en un 0,059 % las muertes. (Lieut y Palmer).

4) Cuando un C. E. queda impactado en el esófago torácico, los procedimientos a seguir son los siguientes:

- a) Descenso al estómago y luego laparotomía o expulsión espontánea.
- b) Gastrostomía y descenso manual.
- c) Toracotomía y esofagotomía. (Operación de excepción, según Piquet).

5) Frente a una perforación de esófago torácico por C. E. impactado, la única conducta es quirúrgica y debe ser inmediata: se evitan así los peligros de mediastinitis, fistulización, piotórax, etc.

6) En la técnica de la esofagotomía para extracción de C. E. se destacan dos puntos principales:

- a) La sección debe ser longitudinal y frente al C. E.
- b) El cierre debe ser también longitudinal, nunca circunferencial, para evitar la sutura a tensión y en base a la gran expansibilidad del órgano.

7) Es discutible si debe o no dejarse sonda frente a la sutura o en el estómago.

**EN RESUMEN** se expone un caso poco frecuente de cuerpo extraño de esófago, impactado en la zona epifrénica, complicado de falsa ruta instrumental que fue diagnosticado y tratado de urgencia, me-

diante toracotomía y esofagotomía con buena evolución, sin dejar secuelas funcionales o radiológicas del órgano.

#### BIBLIOGRAFÍA

- 1) BARANI, J. — Patología no neoplásica del esófago.
- 2) BUSHEY, H. L. — Rupture ossophagienne. 2 observations inhabituelles. The New England J. of Med. 225-24 Dic. 1956, 1.146.
- 3) DERBES, V. J.; R. E. MITCHELL. — Rupturas de l'oesophage. Surgery 39 N° 4, Avril 1956, 688.
- 4) GILFIAN, R. R. — Perforation traumatique de l'oesophage. A propos de 3 cas. The Brit. J. of Surg. 45-194, mai 1952, 623.
- 5) PIQUET, J. J. — Les corps etrangers de l'esophage. Accidents, incidents. Lille Medical 5, 1960, N° 1, 44-46.
- 6) LLIEUT COL.; E. PALMER, C. W. WIRTS. — Revue des accidents de la gastroscopie et de l'oesophagoscopie. J. A. M. A. 164, 18, 1957.
- 7) POPPE, H.; F. PFUNDER. — Perforation traumatique de l'oesophage par corps etrange chez un malade porteur d'une hernie traumatique de l'oesophage. Bruns'Beitrag Zur Klin. Chirur. 191, 1955, 4, 385.
- 8) SWEET, H. — Thoracic Surgery.