

Ruptura espontánea del esófago (tercio medio)

Dres. WALTER SUIFFET, OMAR GUERRERO, DARDO VEGA
y ANA M. JORGE *

La ruptura espontánea del esófago, es una entidad nosológica perfectamente definida. Los aportes de la literatura en las últimas décadas, han sido importantes y han precisado aspectos oscuros de este problema.

La cronología del conocimiento de esta afección, se puede expresar así:

- 1ª descripción de la afección: Boerhaave (7) 1724;
- 1er. diagnóstico clínico: Meyer (21) 1859;
- 1er. caso tratado por toracotomía: Collis (9) 1943;

- 1er. caso tratado por pleurotomía: Graham (14) 1944;
- 1er. caso tratado por toracotomía y reparación de la lesión esofágica, con resultado favorable: Barrett (5) 1946.

Numerosos aportes de conjunto se han elaborado después de esta fecha (2, 5, 6, 11, 12, 15, 17, 23, 25). En nuestro medio destacamos las publicaciones de Asiner (4) 1954, Ardao (3) 1963, Cosco (10) 1963 y Loef (16) 1968.

La observación que presentamos corresponde a un caso de ruptura espontánea del esófago, localizada en el tercio medio, cara lateral derecha. La literatura mundial cuenta con las observaciones de Allen (1), Fitz (13), Ross (22) y Wachtel (26), de acuerdo a la pesquisa realizada.

La localización más frecuente de la lesión, es el sector posterolateral izquierdo del tercio

* Profesor y Director de Clínica Quirúrgica, Asistente de Clínica Quirúrgica, Endoscopista Hosp. Pasteur, Médica Ayudante de Medicina Fac. Med. Montevideo.

Trabajo presentado el 24 de mayo de 1972.

inferior del esófago. Otras topografías son menos frecuentes, casi excepcionales. El mecanismo de producción de la lesión, ha sido muy discutido y se le ha reproducido experimentalmente (2, 8, 11, 12, 15, 17), obteniéndose en la gran mayoría de los casos, la lesión con la topografía clásica. Es de excepción observarla en la zona media o superior del esófago.

La observación que motiva estos comentarios es la siguiente:

J. C. da S. 51 años. Clín. Quir. "1" Hosp. Pasteur. Hist. N° 27.419.

Ingresa 17 oct. 1970 al Serv. de Medicina Prof. J. P. Migliaro.

Luego de ingesta copiosa de alimentos y alcohol, aparecen vómitos acompañados de intenso dolor epigástrico, tipo puntada, irradiado luego al hipocondrio, cara posterior del tórax y hombro derecho. Sensación de desgarramiento epigástrico. Disnea y sed de aire. Ingresa al Servicio de Medicina el día 18-X comprobándose: apirexia, taquicardia, insuficiencia respiratoria, síndrome en menos de dos tercios inferiores del hemitórax derecho, con soplo expiratorio. Fue interpretado como corticopleuritis y tratado en consecuencia. El estudio radiológico del tórax mostró una imagen de hidroneumotórax derecho, sin desplazamiento ni enfisema mediastinal (fig. 1). Como antecedente se destaca el alcoholismo (enolista intenso). En los días siguientes se practica toracentesis evacuadora, extrayéndose líquido serohemorrágico abundante. El 30-X se obtiene líquido purulento en la punción, por lo cual pasa a la Clínica Quirúrgica "1". Se practica toracostomía mínima con drenaje bajo agua. El día 3-XI se comprueba la salida de restos de alimentos a través del drenaje pleural. El estudio radiológico del esófago, muestra una perforación con pasaje franco del medio de contraste a la cavidad pleural derecha. Se practica gastrostomía de alimentación.

La evolución es satisfactoria lográndose buena reexpansión pulmonar, con persistencia de la fístula esofagopleural.

Con fecha 9-XI estudio radiológico que muestra: perforación de tercio medio de esófago, cara derecha con fístula esofagopleural; nicho ulceroso de gran tamaño en la pequeña curva gástrica, porción vertical alta (fig. 2). Con fecha 17-XI se practica endoscopia que muestra: perforación de tamaño importante del tercio medio del esófago, vertiente derecha, comunicando con la cavidad pleural.

Se mantiene drenado el hemitórax derecho; se realiza terapéutica con antibióticos en forma intensa y se continúa la alimentación por la gastrostomía.

Con fecha 11-XII se realiza nuevo estudio contrastado del esófago, que muestra la persistencia de la fístula. El 16-XII, nueva esofagoscopia que muestra las mismas lesiones.

La evolución es favorable, mejorando el estado general y disminuyendo el drenaje por la pleurostomía.

Con fecha 4-I-71, se realiza nuevo estudio radiológico del esófago que muestra el cierre de la perforación esofágica. Hay total reex-

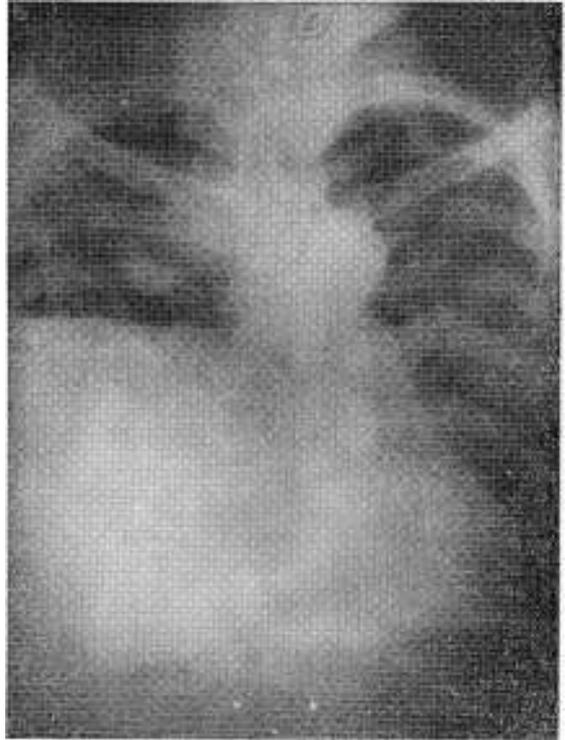


FIG. 1.

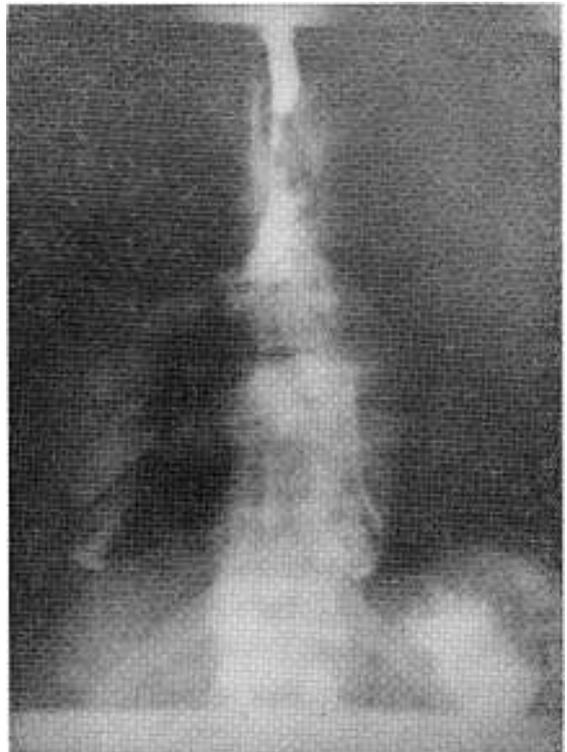


FIG. 2.

pansión pulmonar. La evolución posterior ha sido favorable hasta la fecha. El 13-VIII el estado general es excelente; el paciente se alimenta sin dificultades. Nuevo estudio radiológico muestra el esófago dilatado, con manifestaciones de incoordinación motriz. La fístula persiste cerrada (fig. 3). El estado actual 2-V-72 es excelente, no reconociéndose ninguna manifestación patológica.

Esta observación tiene una serie de elementos de interés a considerar.

El diagnóstico no fue hecho en las etapas iniciales. Sólo después de 16 días de evolución de la enfermedad, reconstruyendo la historia y los hallazgos clinicorradiológicos, se concluyó que el paciente tenía una perforación esofágica. Reconocida ésta y la fístula esofagopleural, se pesquisaron los elementos responsables de dicha patología. No se reconoció la presencia de divertículo epibrónquico, cuerpo extraño, neoplasma ni antecedentes de maniobras endoscópicas, como causales de la lesión. El paciente es alcoholista enolista inveterado y las manifestaciones clínicas (dolor, vómitos y sintomatología torácica) aparecieron luego de abundante ingestión de alimentos y alcohol. Es portador, además, de úlcera gástrica alta y alteraciones funcionales esofágicas evidenciadas por la radiología (figura 3) y la endoscopia. Wilkelstein (27) insiste en la frecuente asociación de esofagitis previa, asociada a úlcera gástrica con acidez elevada, lo cual puede favorecer la lesión esofágica.

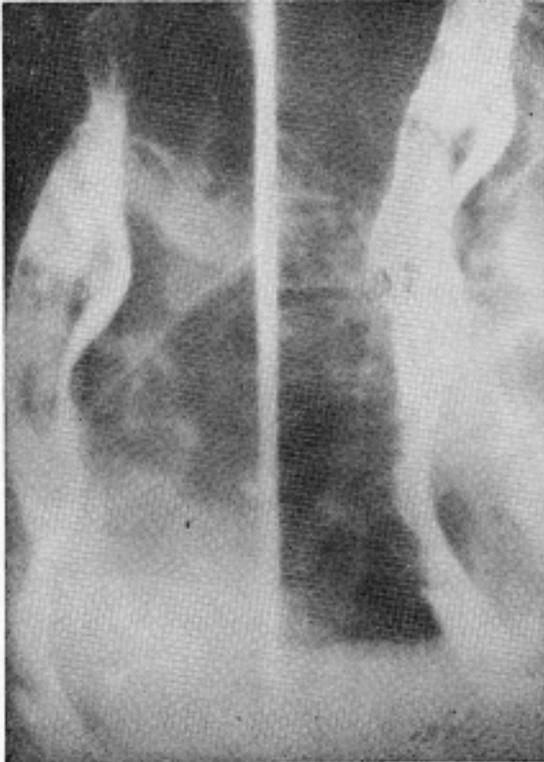


FIG. 3.

Por tanto, a pesar de la infrecuencia de la topografía lesional se afirmó el diagnóstico de rotura espontánea del esófago.

La evolución del empiema y de la fístula esofagopleural, fue hacia la curación, con simple pleurostomía y gastrostomía. Sin embargo, se plantearon serias inquietudes en el aspecto terapéutico.

Conocida la posibilidad de evolución hacia la curación, en situaciones similares observadas en las perforaciones traumáticas evolucionadas, se mantuvo una conducta expectante. La terapéutica estuvo dirigida a favorecer el drenaje pleural, la reexpansión pulmonar y a combatir la infección, adicionándose gastrostomía de alimentación.

Graham (14) en 1944 relata dos observaciones curadas con simple drenaje pleural. Samson (23) en 1951, recoge 15 observaciones tratadas en la misma forma (13 drenaje pleural y 2 mediastinal). La mortalidad global fue de 47 %, pero si se discrimina de acuerdo el tiempo de evolución de la lesión, las consideraciones son muy interesantes. De los 15 casos, 6 fueron tratados en las primeras 24 horas. Mortalidad 5 casos (83,3 %). En los 9 restantes que fueron tratados después de 24 horas de evolución (60 horas a 17 días), la mortalidad fue de 2 casos (22,2 %). Concluye que para los casos vistos en las etapas iniciales, el drenaje pleural solo, es inadecuado. La lesión debe repararse quirúrgicamente. Pero en aquellos casos que han sobrevivido sin cirugía y la infección está establecida, la reparación es aleatoria, y el drenaje pleural puede dar resultados favorables. Desde luego que los casos así tratados, pueden tener una larga y compleja convalecencia, como sucedió en nuestra observación. Es necesario alimentar al paciente, mantener la reexpansión pulmonar y combatir intensamente la infección.

Se planteó también la posibilidad de excluir la lesión, por medio de esofagostomía cervical desfuncionalizante. Esta técnica ha sido utilizada por Menguy (20) con objeto de evitar el tránsito de saliva, cuyos riesgos son notoriamente conocidos. Maillard (18) y Mc Burney (19) han aconsejado excluir el esófago y luego restablecer la continuidad por medio de esofagocoloplastia. Es posible que se deba recurrir a procedimientos agresivos, de acuerdo a las circunstancias, pero ello debe surgir después de un criterio evolutivo de la lesión.

En nuestra observación, la curación se obtuvo sin recurrir a esta conducta terapéutica.

La recuperación fue total y se mantiene a los 18 meses de producida la lesión.

El estudio del paciente muestra las perturbaciones esofágicas que pueden haber favorecido la ruptura.

RESUMEN

Se presenta una observación de ruptura espontánea de esófago (1/3 medio). En la literatura mundial hay cuatro observaciones similares.

La observación es analizada considerándose sus aspectos de mayor interés.

En la terapéutica de la lesión, se destaca la importancia de su cronología, considerándose que se debe preferir pleurostomía mínima para los casos evolucionados. Se considera la posibilidad de la exclusión esofágica.

RÉSUMÉ

Présentation d'une rupture spontanée de l'oesophage (tiers moyen). Dans la documentation médicale internationale il existe quatre observations similaires. Nous analysons les aspects les plus intéressants de la présente observation. Dans la thérapeutique de la lésion, nous faisons ressortir l'importance de la chronologie correspondante et considérons que la pleurotomie minimale est préférable dans les cas évolués. Nous envisageons la possibilité de l'exclusion oesophagique.

SUMMARY

This is a case of spontaneous rupture of esophagus (middle third) only four such cases are recorded in world literature.

It is analyzed and those aspects of highest interest are considered.

In therapy of lesion, cronology is of importance since minimum pleurostomy should be preferred for evolved cases. Possibility of exclusion of esophagus is considered.

BIBLIOGRAFIA

1. ALLEN, W. Citado por Ross (22), Terracol (24), Tesler (25).
2. ANDERSON, R. Rupture of the esophagus. *J. Thorac. Cardiovasc. Surg.*, 24: 369, 1952.
3. ARDAO, A. Rotura espontánea de esófago. *Bol. Soc. Cir. Uruguay*, 34: 117, 1963.
4. ASINER, B. Ruptura espontánea de esófago. *Bol. Soc. Cir. Uruguay*, 25: 389, 1954.
5. BARRETT, N. Report of a case on spontaneous perforation of esophagus successfully treated by operation. *Brit. J. Surg.*, 35: 216, 1947.
6. BOBO, W., BILLUPS, W. and HARDY, J. Boerhaave's syndrome. *Ann. Surg.*, 172: 1034, 1970.
7. BOERHAAVE, H. Citado por Anderson (2), Bobo (6), Kinsella (15), Tessler (25).
8. BURT, C. A. Pneumatic rupture of intetsinal canal. *Arch. Surg.*, 22: 875, 1931.
9. COLLIS, J., HUMPHREYS, D. and BOND, W. Spontaneous rupture of the sophagus. *Lancet*, 2: 179, 1944.
10. COSCO-MONTALDO, H. Cirugía de urgencia de tórax. Rotura espontánea de esófago. *Bol. Soc. Cir. Uruguay*, 34: 131, 1963.
11. CRONIN, K. The problem of spontaneous rupture of the normal alimentary canal. *Brit. J. Surg.*, 47: 43, 1959.
12. DERBES, V. J. and MITCHELL, R. E. (Jr.). Rupture of esophagus. *Surgery*, 39: 688, 1956.
13. FITZ, R. H. Rupture of healty esophagus. *Am. J. M. Sc.*, 73: 17, 1877. Citado por Cronin (11), Ross (22), Tesler (25).
14. GRAHAM, E. Editorial Comment. Year Book of General Surgery. Chicago, Yearbook Publishing Co. 1944, p. 382.
15. KINSELLA, T., MORSE, R. and HERTZOG, H. Spontaneous rupture of the esophagus. *J. Thorac. Surg.*, 17: 613, 1948.

16. LOEF, M. y BONILLA, N. Ruptura espontánea del esófago. *Bol. Soc. Cir. Uruguay*, 30: 309, 1968.
17. MACKLER, S. Spontaneous rupture of the esophagus; an experimental and clinic study. *Surg. Gyn. Obst.*, 95: 345, 1952.
18. MAILLARD, J. Les plaies de l'esophage. *Acta Chir. Bel.*, 66: 125, 1967.
19. Mc BURNEY, R. Perforations of the esophagus. *Ann. Surg.*, 169: 851, 1969.
20. MENGUY, R. Near total exclusion by cervical esophagostomy and tube gastrostomy in the management of massive esophageal perforation. *Ann. Surg.*, 173: 613, 1971.
21. MEYER, J. Ueber Zerreißung der Speiseröhre. *Preuss Med. Zschr.*, 1: 189, 1859.
22. ROSS, J. Spontaneous rupture of the middle third of the esophagus. *Brit. J. Surg.*, 48: 633, 1961.
23. SAMSON, P. Post emetic rupture of the esophagus. *Surg. Gyn. Obs.*, 93: 221, 1951.
24. TERRACOL, J. and SWEET, R. H. Diseases of the esophagus. Phila-London, Saunders, W.B. Co. 1958.
25. TESLER, M. and EISENBERG, M. Spontaneous esophageal rupture. *Collective Review. Int. Abst. Surg.*, 117: 1, 1963.
26. WACHTEL, F. and GENKINS, G. Spontaneous rupture of normal esophagus; report of case with unusual clinical course and pathologic findings. *J. Mount Sinai Hosp. New York*, 22: 6, 1955.
27. WINKELSTEIN, A., WOLF, B., SOM, M. and MARSAK, R. Peptic esophagitis with duodenal or gastric ulcer. *J.A.M.A.*, 154: 885, 1954.

Luego de la presentación de este trabajo, se tuvo oportunidad de consultar una cita bibliográfica no enunciada anteriormente, en la cual se relatan cinco observaciones sobre ruptura espontánea del esófago localizado en la cara derecha al nivel del tercio medio. Bates, M. Pressure rupture of the mid - thoracic oesophagus. *Brit. J. Surg.* 56: 327, 1969.

DISCUSION

DR. BERMÚDEZ.—La interesante observación que nos trae el Dr. Suiffet tiene varios aspectos que merecen destacarse. El primero es el que se refiere al tipo de lesión y en especial a su ubicación en el tercio medio del esófago, tal como han insistido los autores. Tal localización es extraordinariamente rara y el Dr. Suiffet que ha hecho una búsqueda minuciosa en la bibliografía sólo ha encontrado 4 casos.

El otro hecho importante es la evolución sufrida hacia la curación completa frente a la enorme gravedad. En un altísimo porcentaje de casos estos pacientes con lesiones evolucionadas fallecen, pese a que los cirujanos como en el presente caso, apliquen los procedimientos quirúrgicos con toda corrección. Pienso que este enfermo evolucionó bien por algo que expresó el Dr. Suiffet al comienzo de su exposición: este paciente con una efracción del esófago medio no hizo mediastinitis séptica ¿por qué? En los últimos años se han descrito especialmente en alcoholistas o pacientes con patología mucosa del esófago, roturas espontáneas intramurales en tercio medio. Me pregunto si este enfermo no habría hecho alguno de estos accidentes con anterioridad a la rotura total, que encontró el mediastino bloqueado y evitó la mediastinitis. Si este paciente hubiera tenido una mediastinitis, casi seguramente hubiera evolucionado mal.

No es comparable la situación de esta entidad patológica con las lesiones traumáticas que se tratan en agudo con criterio conservador, porque generalmente estas lesiones, que obedecen a la conducta abstencionista con antibiocioterapia, son tratadas de inmediato; es el esofagoscopista quien da la alarma e inicia el tratamiento; pero las lesiones traumáticas evolucionadas con mediastinitis séptica también están gravadas por un alto porcentaje de mortalidad y corresponde recordar que en tales casos y más especialmente cuando se trata de perforaciones neoplásicas, se ha propuesto y realizado con éxito la esofagectomía en agudo, con gastrostomía y esofagostoma cervical, asociada al avenamiento pleural. Es una conducta heroica frente a situaciones que no tienen otra solución.

Felicito al Dr. Suiffet por su documentada presentación y la importante documentación bibliográfica que aporta, lo cual permitirá que este trabajo sirva de consulta a quienes enfrentan esta entidad patológica.

DR. MÉROLA.—Las dos personas que comentaron el trabajo tan interesante del Dr. Suiffet se refirieron a un aspecto que es el más importante y del cual uno podría sacar más deducciones, y es a la mediastinitis y a la posibilidad de curar el proceso de ruptura espontánea o postemética, por toracotomía mínima.

Sin pensar que el enfermo haya tenido un proceso previo, se me ocurre que la salvación de este enfermo fue el romper juntos el esófago y la pleura. Es evidente que el enfermo rompió el esófago y la pleura por la ausencia de mediastinitis, y es posible que las roturas derechas del esófago se acompañen más fácilmente de rotura pleural que las roturas izquierdas. Contra toda la idea que le queda a uno después de pasar por Anatomía y pensar en estos problemas, cuando uno estudia la Patología se encuentra ya en el tratado de Le Dentu, a fines del siglo pasado, el hecho señalado de que la relación del esófago, no obstante ser un órgano ligeramente izquierdo, llamémosle así, tiene más relaciones con la pleura derecha que con la pleura izquierda. Eso lo determina la posición aórtica y la disposición de las fascias mediastinales.

Pero es un hecho evidente y probado, y comprobado por la cirugía por el lado derecho, de que el esófago tiene más relación pleural derecha que izquierda. Algún enfermo que ha sido resecado de su cardias esófago y que hace una falla mínima en sutura, algún enfermo se ha salvado, ¿cómo se ha salvado?, mediante una toracotomía o mediante una fistulización espontánea a través de un drenaje bien hecho del tórax, en general izquierdo. Esos enfermos no tienen pleura, porque al hacer la esofagectomía el mediastino queda derrumbado, en lo que se refiere a fascias y pleuras que bloquearían la posible mediastinitis generada por la falla de sutura, y la perforación de la sutura esofagagástrica, caso por ejemplo del Sweet, se hace prácticamente en la pleura, y la solución del enfermo es la fístula esofagopleurocutánea.

Este enfermo, como conclusión, le deja a uno la impresión de que tuvo la suerte de romper el esófago y la pleura y establecer inmediatamente su derrame pleural eludiendo la mediastinitis.

Me voy a referir, dentro de esa idea que todos la tenemos y que yo la empiezo a ver más clara hoy, a dos perforaciones esofágicas instrumentales, una en el lugar habitual, en la parte superior del esófago, reconocida en seguida por el endoscopista, tratada por un drenaje de un flemón de cuello, pequeño, que el Prof. Bermúdez recordará en el Servicio nuestro, marchó espléndidamente bien.

Y otra, que murió en mis manos hace dos o tres meses, una perforación también de la zona clásica, de la embocadura superior esofágica, pero que el endoscopista recorrió prácticamente todo el mediastino. Y entonces la enferma no hizo enfisema de cuello, no hizo dolor en el cuello, hizo un dolor interescapular posterior que pasó; se estudió, mal estudiada, radiológicamente, se perdieron las primeras horas, y cuando se operó la enferma tenía un derrame pleural reaccional, no purulento, ligeramente puriforme, una pleura íntegra, y una mediastinitis que tomaba desde el cuello hasta por debajo del pedículo pulmonar. Buscamos por toracotomía desesperadamente la perforación esofágica, hicimos cuanta maniobra se nos ocurrió para encontrarla, que la suponíamos, en el tercio medio, porque la mediastinitis estaba en el tercio medio, y recién pasando una sonda por la nariz nos apareció en el mediastino, en la base del cuello, vimos por la toracotomía, la sonda en pleno tejido celular del mediastino. De manera que la perforación estaba en el lugar habitual y la mediastinitis fue terrible porque el endoscopio recorrió todo el mediastino y no rompió la pleura.

Digo todo esto, no sé si me excedí un poco en el comentario y llevé las cosas a otro terreno, pero creo que está todo unido alrededor de que evidentemente lo grave es la mediastinitis. Nunca se rompe la pleura del lado izquierdo en las rupturas espontáneas del esófago; nunca se rompe la pleura porque la pleura está muy lejos en el tercio inferior del esófago (la pleura izquierda), y siempre el esófago se rompe para la izquierda, por razones mecánicas estudiadas experimentalmente muy bien y que no es del caso referir, y la idea de que sería interesante ver en la literatura si esas roturas no se acompañaron todas en seguida de su correspondiente derrame pleural.

Es interesante también señalar la evolución de la parte de colapso pulmonar por ese neumotórax de proveniencia esofágica, porque el aire allí entró por el aire esofágico deglutido, cómo, el pulmón a pesar de todo eso se expandió, siendo así que la fuente de provisión del aire deglutido debe haberse mantenido unas cuantas horas o unos cuantos días. Nada más.

DR. LUIS A. PRADERI.—Creo que ésta es una observación interesante por los hechos que ya se han destacado, y en apoyo a los conceptos anatómicos que acaba de señalar el Dr. Mérola voy a relatar brevemente dos casos.

Dos rupturas de esófago torácico, una por impacción de un cuerpo extraño en el tercio medio, comunicación presentada a esta Sociedad hace unos años. Y la otra es una perforación total del esófago también a nivel de tercio medio por una espina de pescado.

Esas dos observaciones la intervine por toracotomía izquierda. En los dos casos la situación era grave, sobre todo en la perforación por espina de pescado, y la gravedad estaba dada justamente por la mediastinitis. Era una situación que había que resolverla ineludiblemente por una intervención, era un enfermo súbitamente por una intervención. Esa mediastinitis era completa, total. Lo abordamos por una toracotomía izquierda y comprobamos cómo la pleura mediastínica izquierda estaba insuflada y engrosada, haciendo una cámara periesofágica a contenido aéreo y purulento.

Creo que estas dos perforaciones del lado izquierdo, determinaron su gravedad por la mediastinitis. La relación anatómica de la pleura con el esófago, distinta a la izquierda y a la derecha, creo que es la explicación. El hecho que señaló ya el Prof. Suiffet en el relato del caso, de que no había enfisema mediastinal,

fue evidentemente un punto muy importante para mantener la actitud conservadora en este enfermo.

Como recurso para la investigación de las rupturas de esófago, en uno de estos últimos casos que señalé, creo que es importante tenerlo presente, recurrir a la insuflación de aire por una sonda en el esófago. La inyección de aire, hace barbotar el suero para ver la perforación. Ese hecho puede hacerse también por la investigación radiológica preoperatoria. Creo que este enfermo evidentemente llama la atención que se haya escapado a una serie de complicaciones sumamente graves. El concepto que tenemos es que la ruptura de esófago es una situación sumamente grave y generalmente mortal.

El otro punto que llama la atención es que no haya hecho un bloqueo, una condensación pulmonar. De los cuatro casos que tengo operados de falsas ruptas cervicales, tres de ellos hicieron neumopatías agudas, probablemente consecutivas a procesos de mediastinitis, es el otro punto que llama la atención que no haya aparecido en este enfermo.

Es una observación muy interesante, felicito a los autores.

DRA. CABRERA.—Es de mucho interés el tema presentado. Voy a relatar el caso de un niño con una estenosis del esófago consecutiva a ingestión de soda cáustica.

Las dilataciones se realizaban en el hospital y el niño volvía al interior de la República. Al llegar a determinado lugar ingirió Coca-Cola haciendo de inmediato un cuadro de grave insuficiencia respiratoria. Al ingreso el niño tenía una severa insuficiencia respiratoria determinada por el pasaje a la pleura del gas de la Coca-Cola. El niño evolucionó bien y no hizo mediastinitis. Sólo se practicó pleurotomía. La fistula esofágica se cerró y luego continuó con dilataciones.

DR. SUIFFET.—Agradecemos a los consocios que han comentado esta comunicación. La descripción original de Boerhaave sobre la rotura del esófago del Barón John von Wassenaar, luego de abundantes ingestas, mostró la rotura del esófago y la presencia de contenido gástrico en ambas pleuras. Hacemos esta cita porque consideramos que es fundamental distinguir en el conocimiento de la rotura espontánea del esófago, cualquiera sea su topografía y nivel, si la pleura se ha conservado intacta o si se ha roto, comunicando la lesión esofágica con la cavidad pleural. Si la pleura se conserva intacta, se desarrollará una mediastinitis pútrida, gangrenosa, de muy difícil diagnóstico y de tremenda gravedad. A la acción del contenido gástrico patógeno, se le agregará el tránsito y pasaje de la saliva al mediastino. La saliva, portadora de gérmenes aerobios y anaerobios, favorecerá la grave infección en la cavidad cerrada mediastinal. Si la pleura se rompe, se produce la agresión pleural y en el derrame séptico, que si bien es también grave, el diagnóstico y la terapéutica son más fáciles, rápidos y efectivos. Son dos situaciones completamente distintas, pero es necesario conocerlas, pues los elementos de diagnóstico clinicorradiológicos tienen diferencias notorias.

Deseamos aclarar, que no hemos defendido la conducta terapéutica expectante en los casos de rotura espontánea del esófago. Nos hemos referido al caso vivido, en el cual la lesión estaba evolucionada y hubiera imposibilitado toda maniobra de cierre quirúrgico. Lo fundamental en estos casos, es mantener la reexpansión pulmonar y combatir la infección. Si esto se logra, es posible tener éxito con el cierre secundario espontáneo de la perforación gástrica. Cómo se logró ésta? Posiblemente, le proceso fibroplástico pleural mediastínico y pulmonar, cerró la brecha oponiendo el pulmón y su pleura contra el mediastino. Y eso se logró manteniendo la reexpansión pulmonar.

Agradecemos nuevamente la atención prestada.