

Conducta diagnóstica y terapéuticas en las heridas yatrogénicas

Dres. NISSO GATEÑO y EDGARDO TORTEROLO *

Con el fin de completar el capítulo de Heridas de cuello, ha sido interés de los integrantes de esta Mesa, dar una visión breve de las heridas yatrogénicas.

Estas lesiones pueden corresponder esquemáticamente a 2 grupos:

A) Lesiones producidas en el curso de intervenciones quirúrgicas. Dejaremos de lado estas heridas por las múltiples posibilidades que se presentan y porque corresponderían más al capítulo de complicaciones peroperatorias de cada intervención en particular, cosa que lo aleja de los límites impuestos a este trabajo.

B) Lesiones producidas durante el desarrollo de maniobras instrumentales diagnósticas y/o terapéuticas.

Desde el punto de vista anatomopatológico podemos agrupar estas heridas en:

- A — Vasculares Arteriales.
 — Venosas.
 — Linfáticas.
- B — Laringo-traqueales.
- C — Faringo-esofágicas.

Dentro de las heridas vasculares, las más importantes son las arteriales, producidas en las maniobras de punción percutánea para estudios radiológicos contrastados. Adquieren jerarquía rara vez, cosa que sucede cuando se forma un hematoma cervical importante y/o la obstrucción del vaso.

La conducta es expectante a menos que se produzca:

- a) Groseros desplazamientos y/o compresiones viscerales.
- b) La oclusión arterial.

Una vez decidida la conducta intervencionista, ella se regirá por los principios comunes a toda herida arterial de cuello.

Las heridas venosas por catéter rígido pueden producirse al desviarse un catéter, introducido por las venas del brazo, hacia las venas yugular interna o externa.

La lesión en sí carece de gravedad y su tratamiento no es quirúrgico. Bastará con retirar el catéter y rectificar su rumbo.

Las heridas linfáticas son raras. El conducto linfático puede ser herido por el mecanismo antes citado en su desembocadura en el confluente yúgulo-subclavio izquierdo. No es de tratamiento quirúrgico.

Las heridas laringo-traqueales por maniobras endoscópicas son raras. Pueden verse roturas de tráquea cervical por hiperinsuflación

del manguito neumático de las sondas para anestesiología.

El diagnóstico debe ser hecho de inmediato y el tratamiento efectuado según los principios enunciados anteriormente.

De todas las heridas yatrogénicas de cuello, las más frecuentes son las faringoesofágicas.

Las heridas faríngeas en sí son poco frecuentes por las características del órgano: amplitud y ausencia de zonas de estrechamiento. Las lesiones se producen en general en la unión faringoesofágica.

Desde el punto de vista etiológico, las heridas esofágicas de este tipo pueden ser clasificadas como sigue:

- 1 — Por endoscopia
 - a) Esofagoscopia.
—Diagnóstica.
—Para extracción de cuerpos extraños.
—Para dilatación.
 - b) Gastroscopia.
- 2 Por dilatación esofágica
- 3 Por pasaje de tubos
—Sengstaken Blakemore.
—Sondas naso-gástricas rígidas.

La perforación esofágica durante la esofagoscopia se presenta con una frecuencia variable entre 0.4 al 1 % (2). Se produce en general en el estrechamiento cricofaríngeo (2, 4).

En las historias clínicas analizadas en el Archivodel Hospital de Clínicas se comprobaron 11 perforaciones de esófago cervical. Todas ellas fueron producidas por esofagoscopia (diagnóstica en 9 casos y para extracción de cuerpos extraños en 2). No se encontraron perforaciones por gastroscopia o por pasaje de tubos.

Durante la esofagoscopia, debido a la hiperextensión cervical, el esófago se encuentra estirado y aplastado contra los cuerpos vertebrales. En estas condiciones, la introducción brusca de un instrumento grueso y rígido provocará un aumento de presión sobre las caras laterales del órgano y conducirá a la efracción de éste (4).

La rotura esofágica puede ser más probable en aquellos pacientes con osteofitosis de los cuerpos vertebrales así como en aquellos poco colaboradores e inquietos (2).

Las mismas consideraciones merece la introducción de gastroscopios rígidos.

Una situación particular es la planteada por las maniobras endoscópicas tendientes a extraer un cuerpo extraño que por sus características (forma, tamaño, dureza) puede perforar en ese momento la pared esofágica.

La dilatación violenta efectuada a ciegas o bajo visión endoscópica, puede provocar la ro-

Trabajo del Departamento de Emergencia. Hospital de Clínicas, Montevideo.

* Asistentes supervisores de Semiología Quirúrgica (Interinos). Facultad de Medicina de Montevideo.

PERFORACIONES IATROGENICAS DE ESOFAGO
POR ESOFAGOSCOPIA
TOTAL: 11 CASOS

CUADRO Nº 1

*Enfermedad por la que se indicó
la esofagoscopia*

Neoplasma de esófago	8 casos
Cuerpo extraño impactado ...	2 casos
Várices esofágicas	caso

CUADRO Nº 2

Diagnóstico

Durante la esofagoscopia	5 casos
Sospecha por hemorragia	1 caso
Por absceso o flemón cervical	5 casos

CUADRO Nº 3

Retardo en el diagnóstico

Inmediato	5 casos
24 horas ..	1 caso
48 horas ..	2 casos
48 a 72 horas	2 casos
Más de 72 horas	1 caso

CUADRO Nº 4

Tratamiento

Médico exclusivo	3 casos
Drenaje cervical	4 casos
Drenaje cervical más gastrostomía	3 casos
Drenaje cervical más yeyunostomía	1 caso

TODOS TUVIERON BUENA EVOLUCION salvo un paciente que tuvo un pionesmotórax y otro que quedó con una fistula esofágica alta.

tura del órgano, máxime teniendo en cuenta que en esos casos se trata de esófagos patológicos, rígidos.

Desde el punto de vista del diagnóstico, lo más importante es que se haga rápido. (Ver Cuadros 2 y 3).

En el caso de heridas por maniobras endoscópicas es fundamental que el endoscopista reconozca en el momento la lesión, recordando la máxima de Ressano de que el enfermo debe ser conducido directamente desde la sala de endoscopías al quirófano (1).

La sospecha de una perforación esofágica es lo más importante para hacer el diagnóstico precoz (4, 5) y debe surgir frente a todo paciente que luego de una endoscopia presente síntomas tales como sialorrea, dolor cervical y disfagia con odinofagia (2, 4).

Desde el punto de vista clínico será definitorio la apreciación de signos tales como enfisema cervical, o dolor con rigidez de los músculos E.C.M. acompañado de fiebre, mal estado general, hiperleucocitosis, rigidez de columna cervical baja, que traducirán la formación de un flemón cervicomedialístico.

Una vez producida la efracción, habrá comunicación entre la luz esofágica y el ambiente celuloso perivisceral en continuidad desde la región cervical (espacio retrovisceral) hasta el mediastino posterior. El aire deglutido o aspirado al mediastino en cada movimiento inspiratorio, tiene amplia difusión (7). Junto con el aire hay pasaje de saliva con alto contenido bacteriano y asociación fusoespirilar que serán responsables de la grave cervicomedialititis. Sin embargo, en nuestra serie, sólo un paciente presentó cuadro infeccioso grave de localización cervicomedialística.

De los exámenes complementarios lo más importante es la radiología.

En la placa simple de cuello, que deberá realizarse siempre de frente y perfil (9), se podrá visualizar el enfisema cervical, aumento del espacio retroesofágico con aire colectado allí (signo de Miningerode) y una rectificación de la lordosis normal de la columna cervical (3).

El estudio radiológico contrastado (de preferencia contraste hidrosoluble) podrá mostrar la fuga a través de la brecha esofágica.

En caso de no llegarse a un diagnóstico preciso, se deberá recurrir a la esofagoscopia que se hará siempre bajo anestesia general (9).

Aunque difícil, puede aportar datos positivos especialmente en aquellos casos en que la lesión llega hasta la adventicia sin perforarla (9).

La imagen endoscópica es la de una irregularidad mucosa con bordes más o menos despegados.

Por último citaremos que la exploración quirúrgica puede constituir el escalón diagnóstico final.

TRATAMIENTO

Las directivas terapéuticas frente a una perforación esofágica dependerán de:

- 1 El momento en que se diagnostica.
- 2 Los caracteres anatomopatológicos de la herida.
- 3 Si existe estenosis distal a la perforación.

Hay autores que son partidarios del tratamiento conservador (3, 6) administrando antibióticos a grandes dosis, reposo parcial del esófago usando sonda nasogástrica para alimentación. Sólo ante la falta de mejoría clínica o la evidencia de supuración cervicomedialística, indican el tratamiento quirúrgico. En nuestra serie, 3 pacientes fueron tratados exclusivamente con medidas médicas, teniendo buena evolución.

Por otra parte existen autores que indican de rutina el abordaje quirúrgico con el fin de reconocer la lesión, suturarla y drenar adecuadamente el espacio periesofágico (5, 7, 8, 10). Argumentan en favor de esta postura el hecho de que siempre es más fácil la sutura en tejidos recién efraccionados, sin elementos de inflamación y sin contaminación del espacio celuloso periesofágico. Se procedió así en 7 casos de la serie.

Existe una posición intermedia (2,4) consistente en efectuar tratamiento quirúrgico en todas las perforaciones grandes y precozmente diagnosticadas; reservan el tratamiento médico para las pequeñas efracciones.

En este último caso hacen tratamiento quirúrgico si persiste fiebre alta, si existe hiperleucocitosis o evidencia franca de supuración cervicomedial. Esta conducta se siguió en un paciente.

Una vez decidido el tratamiento quirúrgico, bajo anestesia general con intubación oro-traqueal, se aborda el esófago por una cervicotomía longitudinal preesternocleidomastoidea desde la altura del hueso hioides hasta el hueso supraesternal, entrando entre el eje visceral y la vaina carotídea previa ligadura de las venas tiroideas medias y eventualmente de la arteria tiroidea inferior.

Hay autores que aconsejan no suturar la perforación esofágica (2) y sólo drenar el espacio celuloso cervicomedial, aduciendo que al poner en reposo al órgano, ella cierra espontáneamente.

El drenaje del espacio cervical retrovisceral y del mediastino posterior y superior es de capital importancia, realizándose mediante drenes de Penrose exteriorizados por la misma cervicotomía. Puede ser necesario completar el drenaje por cervicotomía controlateral.

El esófago debe ser puesto en reposo mediante una sonda nasogástrica de alimentación o mejor una gastrostomía.

Al correcto tratamiento quirúrgico se debe asociar una antibioticoterapia intensa de amplio espectro.

RESUMEN

Se analizan las heridas iatrogénicas de cuello producidas durante maniobras instrumentales de diagnóstico y/o tratamiento excluyendo las producidas durante intervenciones quirúrgicas.

Se destacan por su frecuencia las perforaciones esofágicas durante las esofagoscopias.

Se analizan desde el punto de vista de su etiología, fisiopatología y diagnóstico.

Se plantean los diversos tipos de tratamiento (conservador y quirúrgico) destacándose que la mayoría de los casos de la serie presentada (11 casos) fueron tratados quirúrgicamente. Todos los pacientes evolucionaron bien.

RÉSUMÉ

Blessures iatrogéniques du cou produites par des manoeuvres instrumentales diagnostiques ou par un traitement, à l'exclusion des interventions chirurgicales.

Fréquence particulière des perforations œsophagiques pendant l'œsophagoscopie.

Analyse du point de vue étiologique, physiopathologique et diagnostique.

Les divers types de traitements (conservateur et chirurgical). On fait remarquer que la plupart des cas de la série présentée (11 cas) furent soumis à l'intervention chirurgicale. Bonne évolution dans tous les cas.

SUMMARY

During instrumental manoeuvres performed for the purpose of diagnosis and/or treatment, iatrogenic neck wounds are produced and among them we can mention, because of their frequency, esophageal perforations resulting from esophagoscopies.

We have excluded wounds produced during surgery. The paper includes a revision of their etiology, physiopathology and diagnosis.

Treatment can be conservative or surgical, although in the majority of cases in our series (a total of 11) treatment was surgical. All patients recovered satisfactorily.

BIBLIOGRAFIA

1. BARANI, J. C. Perforación instrumental del esófago: operación a las siete horas después del accidente. *Bol. Soc. Cir. Urug.*, 28: 367, 1956.
2. BOMBECK, C. T., BOYD, D. R. y NYHUS, L. M. Traumatismos del esófago. *Clin. Quir. North Am.*, 52: 219, 1972.
3. BOYD, D. P. and WITTMAN, C. J. Some principles in treating perforation of esophagus. *Surg. Clin. North Am.*, 51: 567, 1971.
4. BRIGGS, J. N. and GERMANN, T. D. Traumatic perforation of the esophagus. *Surg. Clin. North Am.*, 48: 1297, 1968.
5. GORI MORENO, I. Cirugía del esófago y hernias por el hiato esofágico. Buenos Aires. Universitaria, 1964.
6. MENGOLI, L. R. and KLASSEN, K. P. Conservative management of esophageal perforation. *Arch. Surg.*, 91: 238, 1965.
7. NACLERIO, E. A. Chest injuries. N. York-London. Grune & Stratton, 1971.
8. NEALON, J. F., TEMPLETON, J. Y., CUDDY, U. D. and GIBBON, J. H. Instrumental perforation of the esophagus. *J. Thorac. Cardiovasc. Surg.*, 41: 75, 1961.
9. UNGERICH, K. Esófago. En: BERENDES, J. LINK, R. y ZOLLNER, F. Tratado de otorrinolaringología. Barcelona. Científico Médico, 1971. T. II, p. 505.
10. WEISEL, W. and RAINE, F. Surgical treatment of traumatic esophageal perforation. *Surg. Gynec. Obstet.*, 94: 337, 1952.