

CASOS CLINICOS

# Perforación de esófago cervical

## Tratamiento quirúrgico y endoscópico simultáneo

Dres. Alberto J. Lyonnet, Dardo Vega, José P. Perrier  
y Jorge C. Pradines

**Se presenta un caso de perforación del esófago cervical por cuerpo extraño. Fragmento de carne que trata de empujar con una bombilla. Fue solucionado por la acción conjunta y coordinada del endoscopista y del cirujano, exitosamente.**

**Se destaca la importancia de esta colaboración en el tratamiento de las perforaciones esofágicas por cuerpo extraño.**

*Palabras clave (Key words, Mots clés) MEDLARS:*  
Esophageal perforation.

Las perforaciones esofágicas constituyen una entidad cuya frecuencia viene aumentando en forma progresiva, y no sólo porque se diagnostican en forma más precisa. Sawyers y col. (8), actuando en un solo gran centro hospitalario, encuentran una incidencia de 1 cada 8.000 admisiones en el último quinquenio, que contrasta con la de 1 cada 20.000 en el período 1950-1954.

Dentro de ellas, las originadas por cuerpo extraño ingerido representan alrededor de un 10-15 % del total (3) y presentan algunas características peculiares en lo concerniente al diagnóstico y tratamiento que queremos destacar a partir de la siguiente observación clínica.

### HISTORIA

M.J.S., sexo fem., 68 años, procedente de zona rural.

Dos días antes del ingreso, al ingerir trozo de carne tiene sensación de atascamiento en el esófago alto que se acompaña de sofocación intensa. En un intento desesperado de resolver la situación se introduce por la boca una bombilla de tomar mate y hace fuerza procurando empujar el cuerpo extraño atascado.

Esta maniobra origina un intenso dolor retroesternal y desde ese momento queda en afagia, presentando regurgitaciones sanguinolentas ante cada intento de ingerir líquidos.

Consulta médico en localidad cercana que le comprueba enfisema subcutáneo a nivel del cuello, le efectúa

---

Asistente de Clínica Quirúrgica, Endoscopista, Asistente y Profesor de Clínica Quirúrgica. Fac. Med. Montevideo.

Presentado en la Sociedad de Cirugía del Uruguay, el 20 de julio de 1976.

Dirección: Iturriaga 3480. Montevideo. (Dr. A. Lyonnet).

*Trabajo del Servicio de Emergencia del Hospital Pasteur. Montevideo.*

túa laringoscopia indirecta y estudio contrastado del tránsito esofágico y la envía a Montevideo de urgencia.

AP. No antecedentes de disfagia previa.

Examen. Paciente lúcida, apirética, con voz débil, sin síndrome funcional respiratorio. Piel y mucosas bien coloreadas.

BF. Sólo conserva algunas piezas dentarias. Lengua seca y saburral. Intensa halitosis.

Cuello. Francamente deformado, con crepitación difusa, que predomina en la región carotídea izquierda. Tráquea no desviada.

Tórax. Excursiones respiratorias normales. Perc.: sonoridad conservada, sin aumento de sonoridad retroesternal. MAV conservado bilateralmente.

El resto del examen es normal.

El diagnóstico clínico evidente de perforación de esófago es confirmado por el estudio radiológico contrastado que evidencia.

En la placa de frente, la presencia del cuerpo extraño ingerido y atascado, embebido en bario, con un desfiladero fino por debajo de la luz del esófago y un depósito de bario extraesofágico. (Fig. 1)

—En el perfil, la existencia de un doble nivel hidrogaseoso retroesofágico, teñido por bario en su sector inferior. (Fig. 2)

Con el diagnóstico de perforación esofágica cervical por cuerpo extraño se plantea el tratamiento de urgencia a la vez endoscópico y quirúrgico.

Operación. Dres. Pradines, Lyonnet y Perrier.

Anestesia general.

Primer tiempo: esofagoscopia (Dr. Vega).

Se visualiza un trozo de carne (F. 3), cuya movilización resulta imposible y una herida de esófago cervical que sangra en forma importante.

Segundo tiempo: Cervicotomía preesternocleidomastoidea izquierda, con abordaje del borde izquierdo del esófago, donde se encuentra una herida de bordes irregulares de 3 cm. de longitud en el sector posterolateral del esófago. A través de dicha solución de continuidad se visualiza el esofagoscopio y se rectifica su dirección hacia abajo, permitiendo la extracción del cuerpo extraño por la vía endoscópica, sin que se visualicen otras lesiones.

Se lava el espacio paraesofágico con suero, evacuándose abundante sustancia de contraste.

Se decide no realizar la sutura de la perforación, por las marcadas condiciones inflamatorias locales, realizándose avenamiento del mediastino posterior con tubo de goma y del cuello con drenaje de Penrose, ambos extraídos por contraincisión cervical.



FIG. 1.—Se observa el cuerpo extraño ingerido embebido en bario y un depósito de bario extraesofágico.

Tercer tiempo. Laparotomía mínima mediana. Se realiza gastrostomía de alimentación.

Evolución. La paciente se recuperó en forma lenta, presentando una fistula esofágica cervical que demoró cerca de 20 días en cerrar. Presentó además una neumopatía aguda con evolución a la supuración probablemente originada en la regurgitación de contenido digestivo a las vías aéreas, que mejoró con tratamiento médico.

Alta al mes y medio del ingreso con recuperación total.

## COMENTARIO

La detención en el esófago de grandes trozos de carne no es un fenómeno inusual: en un conjunto de estadísticas de cuerpos extraños esofágicos, constituyen el 17 % de los cuerpos extraños endoscópicamente extraídos (3).

La perforación del esófago en cambio, por estos bolos de carne retenidos es excepcional y se produce en general en el curso de la esofagoscopia realizada para extraerlos cuando no se adoptan las precauciones necesarias. El mecanismo de esta observación —la perforación por la introducción de un nuevo cuerpo extraño metálico (la bombilla)— con el fin de solucionar la obstrucción de la boca esofágica, es en realidad, excepcional.

El diagnóstico no puede ofrecer dudas cuando se reúnen como en el caso presente:

- las circunstancias etiológicas;
- el dolor de tipo perforativo;
- la disfagia;
- el enfisema subcutáneo.

El estudio radiológico no hace otra cosa que confirmar la perforación del esófago y evidenciar su topografía cervical, que es la más fre-

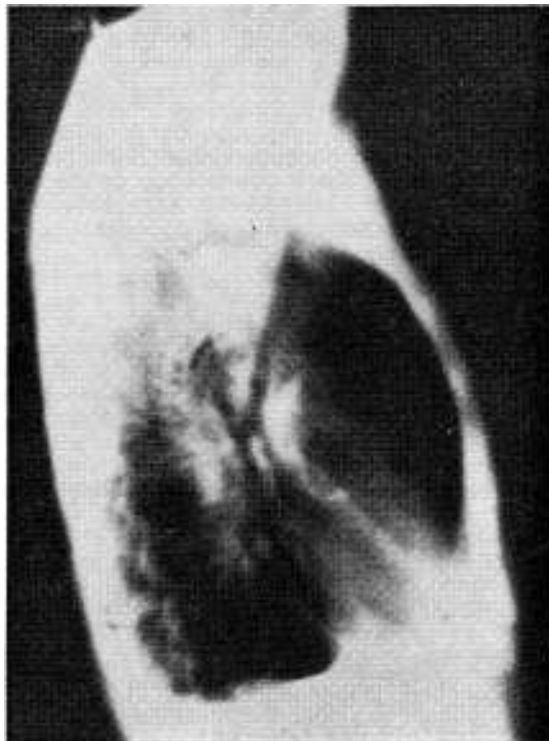


FIG. 2.—Se aprecia un doble nivel hidrogaseoso retroesofágico teñido en bario y aumento de este espacio.



FIG. 3.—Trozo de carne extraído.

cuente (1, 2, 4, 8) Hagamos notar que en estas circunstancias, parece más apropiado realizarlo utilizando contrastes hidrosolubles(3), por considerarse que el bario posee una acción irritante sobre las estructuras vecinas al esófago al extravasarse como sucedió en un volumen apreciable en este caso. Pero creemos también que la conducta quirúrgica precoz permitió efectuar un lavado amplio que reduce en forma marcada este inconveniente.

Con todo la conclusión más importante a plantear frente a la observación clínica relatada es la concerniente a la terapéutica. A diferencia de los otros tipos de perforaciones esofágicas —instrumentales, iatrogénicas, por herida de bala o de arma blanca, etc.— en las que la endoscopia tiene un valor diagnóstico muy inferior al esofagograma baritado (10) y no desempeña un papel de significación en la terapéutica, en las perforaciones por cuerpo extraño el tratamiento adecuado debe combinar el doble aporte, simultáneo y coordinado de la endoscopia y de la cirugía (9).

Creemos que siempre debe intentarse la extracción del cuerpo extraño por vía endoscópica, aun cuando ya exista una perforación evidente, pues ello evita la necesidad de ampliar la brecha mediante una esofagotomía quirúrgica, que hace más riesgosa la sutura o retarda los plazos de cicatrización, si se opta por no realizarla, como en el caso presente.

Pero a la vez el abordaje quirúrgico simultáneo permite dirigir la introducción del esofagoscopio y evitar el riesgo de ampliación de la herida producida como sucedió también en la observación que presentamos.

Si bien hay algunos autores que se inclinan por el tratamiento médico sistemático de las perforaciones esofágicas cervicales (2), preferimos siempre que sea posible el abordaje quirúrgico sistemático, máxime cuando como en el caso actual puede presumirse una brecha de diámetro considerable y existen ya manifestaciones de mediastinitis incipiente.

En cuanto a la táctica quirúrgica en sí, todos los autores coinciden en la conveniencia del abordaje utilizado (6, 7, 9), muy bien descrito ya por Marschik, que permite una amplia exposición del esófago y del mediastino superior por el cuello.

Dado el plazo transcurrido, la decisión de realizar o no la sutura esofágica depende de las condiciones locales, ya que muchas veces como en el caso actual, la friabilidad producida por las modificaciones inflamatorias de la zona hace imposible la sutura adecuada, llevando los intentos a una ampliación mayor de la brecha.

Cobra sí importancia fundamental el drenaje adecuado, a fin de evitar la colección cervical o mediastinal superior y llevar a la constitución de una fístula esofágica cervical, que se va obturando en forma progresiva de no existir lesiones obstructivas distales.

En cuanto a la gastrostomía, permite la alimentación por vía enteral precoz, aunque no detransita en forma total el esófago. Dada la topografía cervical de la perforación, su demostrada acción favorecedora del reflujo (5) gastroesofágico creemos que no tuvo una incidencia negativa, pero en localizaciones más bajas la creemos contraindicada, debiendo preferirse la simple hiperalimentación parenteral o la yeyunostomía.

## RESUME

### Perforation de l'oesophage cervical

On présente un cas de perforation de l'oesophage cervical par un corps étrange (morceau de viande). Le malade a essayé de le pousser avec un instrument métallique ("bombilla de mate").

La perforation fut traitée par le chirurgien et l'endoscopiste réunis. On remarque l'importance de cette collaboration dans le traitement des perforations d'oesophage par corps étrangers.

## SUMMARY

### Cervical Esophageal Perforation

In a case of cervical esophageal perforation by an strange body —a piece of meat which the patient tried to push with the aid of a "bombilla" (metal tube for drinking "mate" infusion)— the joint and coordinated action of endoscopist and surgeon solved the problem successfully.

This collaboration is important in the treatment of esophageal perforations by alien bodies.

## REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS

1. BAULIEUX J, PHILIPPE O, COFFY N, MAILLET P. Les perforations traumatiques de l'esophage. *Lyon Chir*, 73: 3, 1977.
2. BERTELSEN S. Traumatic perforations of the esophagus. *Scand J Thor Cardiovasc Surg*, 5: 103, 1972.
3. CARRIQUIRY L. Perforaciones esofágicas por cuerpo extraño en el adulto. Monografía de Postgrado. Montevideo, 1977 (Inéd.).
4. CRADDOCK DR, LOGAN A, MAYELL M. Traumatic rupture of the esophagus and stomach. *Thorax*, 23: 657, 1968.
5. FEKETE F, RICHARD CA, CLOR PH. Traitement chirurgical des médiastinites aiguës para lesion esophagienne. *Ann Chir*, 23: 651, 1969.
6. LIARD W, KALECHSZTAJN J, GILARDONI F. Perforación traumática de esófago en pasaje cérvico-torácico. *Cir Uruq*, 42: 285, 1972.
7. RIOS BRUNO G. Perforaciones traumáticas de esófago. *El Tórax*, 13: 290, 1964.
8. SAWYERS JL, LANE CE, FOSTER JH, DANIEL RA. Esophageal perforations. An increasing challenge. *Ann Thorax Surg*, 19: 233, 1975.
9. SUIFFET W, VEGA D, ITUÑO C. Traumatismos del esófago cervical por cuerpo extraño. *An Fac Med Mont*, 51: 7, 1966.
10. WYCHULIS AR, FONTANA RS, PAYNE WS. Non-instrumental perforations of the esophagus. *Dis Chest*, 55: 190, 1969.