

Perforación esófago - pleural por cuerpo extraño

Dres. Yamandú Porras y Otto Copello

Se presenta un caso de perforación de esófago torácico por cuerpo extraño, con neumotórax que fue tratado exitosamente por toracotomía y cierre de la perforación.

Se realizan a propósito del mismo algunas consideraciones diagnósticas y terapéuticas.

Palabras clave (Key words, Most clés) MEDLARS:
Esophagal / Perforation.

INTRODUCCION

La alta mortalidad de las perforaciones esofágicas deben hacer considerar esta situación como una catástrofe, en términos de anatomía patológica (1).

A ello contribuyen las características anatómicas y funcionales del esófago, su topografía, su septicidad y sobre todo la demora en el diagnóstico y la terapéutica (2, 5, 6, 7).

La situación es más grave en las perforaciones del esófago torácico (2, 5, 6, 7).

La presión positiva intraesofágica durante la deglución y presión negativa endotorácica durante la inspiración, se asocian para inyectar, aspirar y difundir hacia el mediastino y la cavidad pleural, bacterias de alto poder patógeno (6, 7).

El diagnóstico tardío y el tratamiento quirúrgico más difícil hacen que las perforaciones torácicas tengan mayor mortalidad que las cervicales (6, 7).

En nuestro medio se han ocupado del tema Praderi (3), Ríos Bruno (5), Suiffet (6, 7) y Vega (8). El tema fue exhaustivamente tratado en el XXV Congreso Uruguayo de Cirugía.

Agregamos una observación más, de perforación de esófago torácico por ingestión accidental de cuerpo extraño.

CASO CLINICO

Mujer, 72 años. El 25/2/77 ingiere accidentalmente un hueso de pescado, que fue acompañado inmediatamente por dolor retroesternal y odinofagia. Desde

Presentado a la Sociedad de Cirugía del Uruguay, el 24 de mayo de 1978.

Cirujano y Otorinolaringólogo y endoscopista del Hospital Regional Sur Mercedes.

Dirección: Mercedes, Dpto. de Soriano (Dr. Y. Porras).

Servicio de Cirugía. Hospital Regional, Sur. Mercedes. Uruguay.

el inicio dolor leve en base del hemitórax derecho y disnea de esfuerzo. En el Hospital de Dolores se intenta tránsito baritado que la enferma no tolera.

22 horas después ingresa a nuestro servicio. Se realiza esofagoscopia (Dr. O. Copello), que muestra: a 25 cms. de la arcada dental perforación amplia en pared lateral derecho del esófago que "sopla". Se continúa hasta el cardias pero no se encuentra el cuerpo extraño. La Rx. de tórax muestra neumotórax parcial derecho sin neumomediastino (Fig. 1).

Se realiza descubierta en vena humeral izquierda por la que se comienza un goteo de suero glucosifisiológico y 100 millones de penicilina.

Se prepara para operar dos horas después. En ese lapso el neumotórax se descompensa, la paciente presenta disnea intensa que mejora rápidamente al establecer drenaje por el 2º espacio intercostal derecho. En este momento se decide realizar toracotomía anterior en vez de póstero-lateral.

Operación 26/2/77. Dres. Y. Porras y O. Copello. Anestesia general con intubación traqueal.

Toracotomía anterior derecha. Se entra a través del 4º espacio intercostal con sección de 2ª, 3ª y 4ª costillas.

Hemotórax escaso con restos de bario. Sección de adherencias laxas, viejas, del lóbulo superior. Se expone la pleura mediastinal retrohiliar y se encuentra perforación esófago-pleural de 7 x 5 mm. de diámetro por debajo del cayado de la ácidos.

Sección de pleura mediastínica desde la ácidos hasta la vena cava inferior. Se recortan los bordes desvitalizados de la perforación. Cierre de la misma con 3 puntos totales con material no reabsorbible. Lavado y polvo de cloranfenicol.

Se dejan dos drenajes de tórax. Gastrostomía.

Postoperatorio: A las 48 horas no hay derrame ni neumotórax.

Se retira el tubo superior y se pinza el inferior. Durante 3 días se realiza alimentación I/V y aspiración gástrica por la gastrostomía. Hasta el 10º día, alimentación por gastrostomía.

Al 12º día se retira el tubo grueso de tórax y al 14º día el de gastrostomía. La alimentación por boca se comenzó al 10º día de operada. Alta al 15º día del postoperatorio. Durante todo este período recibió 100 millones de penicilina x día.

La evolución se realizó sin incidentes.

El tránsito baritado al 22º día mostró pequeña escotadura del esófago torácico donde fue realizada la sutura. 14 meses después de operada no presenta trastorno alguno (Fig. 2).

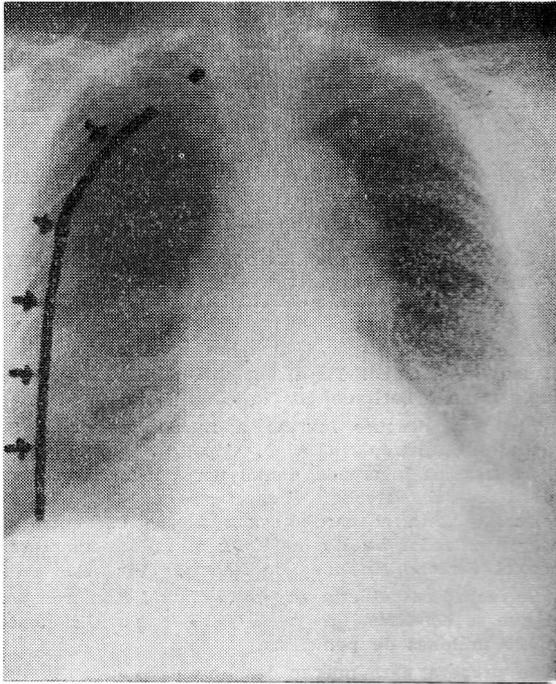


FIG. 1.—Neumotórax parcial derecho.

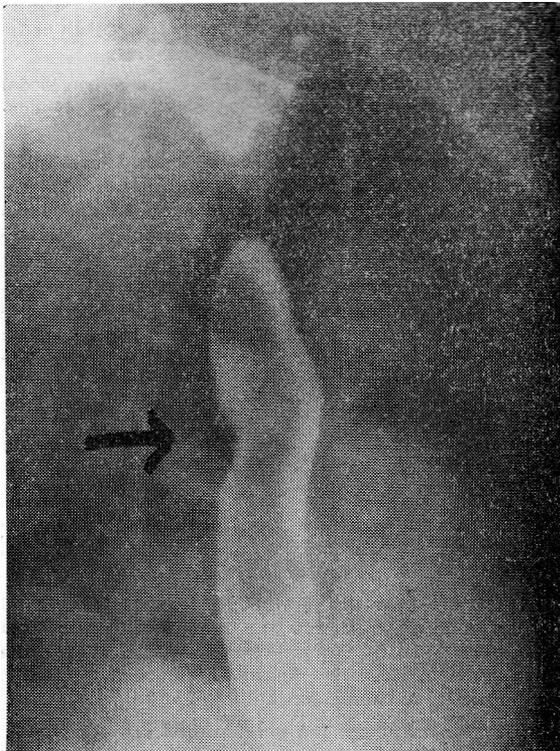


FIG. 2.—Tránsito esofágico. La flecha señala la zona de sutura de la perforación donde quedó una escotadura.

CONSIDERACIONES SOBRE DIAGNOSTICO Y TRATAMIENTO

Son fundamentales los datos obtenidos del interrogatorio y del examen clínico conocidos por todos (4, 5, 6, 7, 8).

La secuencia del estudio y tratamiento ha sido bien sistematizado en nuestro medio por Vega (8).

La Rx. simple de tórax de frente y perfil debe ser sistemática (6, 7). En nuestra paciente se omitió como primer paso y se realizó luego de la esofagoscopia.

La Rx. puede mostrar: 1) Visualización de un cuerpo extraño radio-opaco; 2) La participación mediastinal (ensanchamiento, contornos borrosos, enfisema, niveles aumento del espacio retrovisceral, etc.); 3) Participación pleural (neumotórax, derrames, etc.).

Cuando la perforación del esófago torácico se acerca al cuello o al abdomen se deben buscar signos radiológicos en esos sectores (6, 7).

Para el estudio radiológico contrastado se aconsejan soluciones iodadas acuosas (7). Se acusa al bario de su capacidad para producir granulomas, de su falta de difusibilidad, lo que imposibilitaría ver pequeñas perforaciones, y las dificultades para realizar la esofagoscopia. Sin embargo hay trabajos que defienden el uso del bario (9).

El estudio contrastado permite visualizar la salida de la sustancia radio-opaca por él o los orificios de perforación, la persistencia del con raste luego de evacuado el esófago o la mayor nitidez del signo de Minnigerode (7).

La esofagoscopia es maniobra de diagnóstico y tratamiento.

Debe ser realizada precozmente, por manos expertas y con técnica precisa (8). Vega (8) la aconseja realizar bajo anestesia general. Se intentará extraer el cuerpo extraño y a veces como en nuestro caso se podrá visualizar la perforación.

El tratamiento es motivo de controversia. El tratamiento no quirúrgico (1) consiste en antibioterapia masiva, reposo del tubo digestivo, alimentación parenteral y medida de sostén.

Se podrá aplicar en lesiones mínimas como primer paso, en sujetos gravemente enfermos o cuando falten indicaciones para cirugía de urgencia (neumotórax, neumoperitoneo, enfisema mediastínico, enfisema subcutáneo, extravasación del medio de contraste) (1).

Pero "...la cirugía rápida con cierre de la perforación y drenaje es por lejos el más sabio manejo del problema" (2).

El abordaje se realizará por toracotomía amplia, previo drenaje del tórax si existe neumotórax (4). La pleura mediastínica será ampliamente abierta. El cuerpo extraño debe ser extraído y si hay dificultades se debe incidir el esófago (7).

La reparación de la lesión es esencial: recortar los bordes desvitalizados, utilizar material atraumático en el manejo de los mismos. Personalmente usamos en todas las suturas de esófago monoaplano y material no reabsorbible.

Obtener una buena reexpansión pulmonar es esencial. La aposición de la pleura en la zona de sutura disminuye las posibilidades de fistulización. Con el mismo fin se deben dejar dos drenajes de tórax: uno alto y otro bajo. Este último lo retiramos más allá del 10º día (lo hacemos en toda la cirugía esofágica). Si falla la sutura la fistula tiene ya su trayecto constituido y se evita la etapa del empiema.

Se debe dejar en reposo el tubo digestivo.

No dejamos sonda nasogástrica. La gastrostomía es útil como decompresiva y para evitar el reflujo hacia el esófago.

La alimentación parenteral y la antibioterapia masiva son medidas esenciales y deben ser instituidas precozmente.

RESUME

Perforation oesophagique par corp étrange

On présente un cas de perforation d'oesophage thoracique par corp étrange, avec pneumotorax qui a été traité avec succès par toracotomie et fermeture de la perforation.

On réalise à ce propos quelques considérations diagnostiques et thérapeutiques.

SUMMARY

Esophago - pleural perforation by strange body

A patient suffered perforation of thoracic esophagus by an strange body, accompanied by pneumothorax and was successfully treated by thoracotomy and closure of perforation.

The paper includes discussion of diagnosis and therapy of this condition.

REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS

1. BOYD DP y WITTMANN, ChJ. Algunos principios en el tratamiento de la perforación del esófago. *Clin Quir Norte Am*. Junio 1971, p. 567.
2. NACLERIO EA. Chest Injuries. New York, Grune and Stratton, 1971.
3. PRADERI LA. Cuerpo extraño impactado en el esófago torácico, con fistula traumática. Esofagotomía. Curación. *Bol Soc Cir Uruguay*, 33: 326, 1962.
4. RAZEMON P et RIBET M. Chirurgie du Médiastin. París, Masson, 1970.
5. RIOS BRUNO G. Perforaciones traumáticas del esófago. *Tórax*, 13: 290, 1964.
6. SUIFFET W. Patología general de las perforaciones esofágicas. *Congreso Uruguayo de Cirugía*, 25º, *Cir Uruguay*, 45 (supl.), 1975.
7. SUIFFET W. Traumatismos del esófago. *Congreso Uruguayo de Cirugía*, 25º, *Cir Uruguay*, 45 (Supl.), 16, 1975.
8. VEGA DE. Traumatismos del esófago. *Congreso Uruguayo de Cirugía*, 25º, *Cir Uruguay*, 45 (Supl.), 26, 1975.
9. VESSAL K, MONTALI JR, LARSON SM, CHAFFEE V and JAMES AE Jr. Evaluation of barium and gastrografin as contrast mediums for diagnosis of esophageal ruptures or perforations. *Am J Roentgenol Radium Ther Nucl Med*, 123: 307, 1975.

DISCUSION

DR. SUIFFET.— La observación presentada por el Dr. Porras confirma una vez más todos los problemas que crean las lesiones esofágicas por cuerpo extraño. Un hecho muy importante a resaltar es que un paciente que sienta una molestia en el momento de deglutir y luego presente dolor torácico, debe ser considerado portador de una lesión esofágica por cuerpo extraño hasta que los hechos demuestren lo contrario. Debe ser estudiado para reconocerla y si no aparecen los elementos clásicos desde el primer momento, vigilar el caso hasta pasadas las 48 ó 72 horas, para ver si ulteriormente aparecen manifestaciones que demuestren que la perforación existe. Este concepto básico y fundamental, es el que conducirá al diagnóstico en momentos favorables para el paciente.

El estudio radiológico debe ser realizado desde el primer momento y debe ser bien orientado. Debe estudiarse el sector pleuropulmonar, pero es muy importante la semiología del mediastino, para reconocer en él, signos de gran valor diagnóstico. La presencia de enfisema mediastinal en aquellos casos de perforación con pleura intacta, es el único elemento para reconocer una situación gravísima. La mediastinitis pútrida, puede ser fatal en pocas horas; sólo la radiología la puede reconocer en las etapas iniciales. El estudio contrastado debe realizarse con sustancias yodadas solubles, pues el bario o el lipiodol son riesgosos por diversas razones. La endoscopia puede mostrar la perforación, como en el caso presentado, así como también el cuerpo extraño. El cirujano debe actuar junto al endoscopista; el estudio y las maniobras deben ser realizadas en común. La extracción por vía endoscópica debe ser delicada, pues se corre el riesgo de hacer mayor lesión en el esófago. La colaboración debe extenderse aún en el acto quirúrgico, para realizar la extracción en la forma más sencilla y menos agresiva.

El Dr. Porras dijo una cosa muy importante y sobre la cual hemos insistido en otras oportunidades. Nos referimos a la abertura amplia de las pleura medias-tínica y a la oxigenación de la brecha para combatir la probable contaminación, por gérmenes anaerobios.

Se utilizó en este caso la toracotomía anterior, en vez del abordaje posterolateral, que proporciona una exposición más adecuada.

El caso es muy interesante, porque este caso, con una lesión perforativa tan importante como hemos podido ver en las fotos, tuvo una buena evolución. Las consideraciones son las habituales frente a estos casos, pero éste es sumamente ilustrativo y debemos agradecerle al Dr. Porras esta tan interesante presentación.

DR. PORRAS.— Quería recalcarle al Dr. Suiffet que se hizo una toracotomía anterior con sección de la parte anterior de segunda, tercera y cuarta costillas, pues se trataba de una paciente de 72 años y ese abordaje nos pareció de menor riesgo. Aunque tuvimos más dificultades operatorias, no hubo ningún problema.

Quiero agradecer al Dr. Suiffet y a todos los que han escuchado esta presentación.