

# Rotura espontánea de esófago

Muerte por hemorragia masiva.

Dr. Mario Brandolino, Dr. José Luis Martínez,  
Dr. Juan Chifflet, Dr. Hugo Bertullo,  
Dr. Carlos Carraro.

Se presenta un caso de perforación espontánea de esófago que fallece por hemorragia masiva, por ulceración de la aorta torácica consecutiva a una úlcera por decúbito, por tubo de drenaje.

Departamento de Cirugía Torácica del Hospital Gustavo Saint Bois, Montevideo.

PALABRAS CLAVE (KEY WORDS, MOTS CLÉS) MEDLARS:  
*Esophageal Perforation / Aortic Rupture.*

## SUMMARY: Spontaneous rupture of the esophagus. Death caused by massive hemorrhage.

Description of a case of spontaneous rupture of the esophagus, causing death by massive hemorrhage, as a consequence of ulceration of the thoracic aorta resulting from decubitus ulcer originated by a drainage tube.

## RÉSUMÉ: Perforation spontanée de l'oesophage. Mort par hémorragie massive.

On présente un cas de perforation spontanée de l'oesophage dont le décès s'est produit à cause d'une hémorragie massive par ulcération de l'aorte thoracique à conséquence d'une ulcère de décubitus produite par un tube de drainage.

## INTRODUCCION

El interés de la presentación de este caso radica en 2 hechos. Por un lado se trataba de un paciente con una rotura espontánea del esófago (entidad de baja incidencia) y por otro la causa de muerte (hemorragia masiva por ulceración de la aorta torácica por un tubo de drenaje).

*Caso Clínico.* R.M. - Reg. 3.377 - Hombre - 65 años.

Procedente de zona rural de Colonia, estando en buen estado de salud el 23/5/83, luego de la ingestión de abundantes excitobiliares, comenzó en forma brusca con náuseas y vómitos intensos seguido de la aparición de un dolor en hemiabdomen superior. Dicho dolor aparece durante el esfuerzo de vómito y posteriormente se irradia a cara anterior de tórax, es de tipo gravativo e intenso. El 24/5 consulta en Hospital de Colonia donde le realizan un estudio radiológico, constatándose un hidroneumotórax izquierdo. Se procede a su evacuación, comprobándose la presencia de un derrame purulento a gérmenes gram negativos resistentes a todos los antibióticos ensayados. Los controles radiológicos demuestran una reexpansión pulmonar completa. Como el paciente no se recupera es enviado a nuestro Servicio 10 días después de iniciado el cuadro, ingresando el 1/6.

Al examen se comprobó un paciente lúcido, febril: 38°8, importante toque del estado general, anemia clínica. Por el tubo de drenaje viene abundante líquido purulento fétido. Dado que sopla por el peritubo se cambia el drenaje por uno de mayor calibre. La Rx de tórax al ingreso, muestra una cámara neumotorácica basal bien drenada y una zona de densificación parenquimatosa por encima. No se observa neumomediastino, comprobándose que el tubo de drenaje llega hasta la línea media.

Presentado a la Sociedad de Cirugía del Uruguay el 3 de agosto de 1983.

Cirujanos del Ministerio de Salud Pública, Prof. Agregado (Cirujano de Tórax), Prof. Adjunto del Instituto de Neumología (Cirujano de Tórax), Fac. de Medicina. Becario.

Dirección: Abayubá 2888, Montevideo. (Dr. M. Brandolino).

La historia sugería fuertemente la posibilidad de perforación de esófago sano, y para confirmar este diagnóstico se solicitaron otros exámenes. El 4-6 se da a ingerir Violeta de Genciana que no se exterioriza por el drenaje pleural. El 5-6 se realiza tránsito esofágico con bario; no comprobándose fuga del medio de contraste. El 8-6 se realiza esofagoscopia que muestra paredes esofágicas normales en toda su extensión, señalando el endoscopista que existen abundantes secreciones purulentas en la luz del esófago. El 10-6 ingestión de una cucharada de azul de metileno que rápidamente se exterioriza por el drenaje.

Durante todo este tiempo el paciente fue mantenido con exclusión de la vía oral, alimentación parenteral y antibióticoterapia *i/v*.

Como la sepsis no pudo ser controlada se decide realizar toracotomía que se efectúa el 14/6/83. La cavidad pleural contiene abundante líquido purulento fétido. Se comprueba una perforación de esófago torácico supradiaphragmático. Lavado profuso de la cavidad pleural, drenaje de mediastino con tubo fenestrado ubicado en las proximidades de la perforación y se dejan además dos drenajes pleurales. Mejoran las condiciones generales en el postoperatorio. Uno de los controles radiológicos (Fig. 1) muestra la correcta expansión pulmonar, sustancia de contraste utilizada en el estudio del tránsito esofágico en el colon y el drenaje mediastinal en plena línea media.

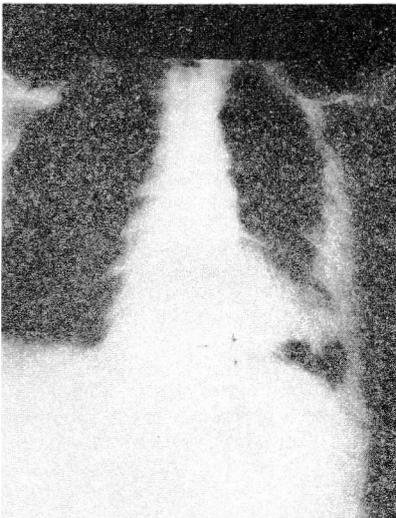


Fig. 1. Radiografía de tórax post-operatoria. Está señalado el drenaje mediastinal que avanza hacia la línea media.

El 21-6 el paciente muestra evidentes signos de sepsis, entre otros la aparición de ictericia. Se decide realizar la exclusión total del esófago torácico. Mientras el paciente es examinado presenta un súbito colapso, con salida de sangre roja que llena uno de los frascos de drenaje. Se realiza toracotomía de urgencia comprobándose una ulceración de cara anterior de aorta producida por apoyo del tubo mediastinal. El paciente fallece en sala de operaciones sin que se pudiera realizar ningún tipo de maniobra para solucionar la perforación aórtica.

## COMENTARIOS

La perforación en un esófago sano, Síndrome de Boerhaave fue sospechada por la clara historia clínica que presentaba el paciente. Ninguno de los exámenes practicados pudo demostrarla. Sin embargo la esofagoscopia la sugirió fuertemente ya que encontró secreciones purulentas en la luz esofágica. Destacamos la importancia diagnóstica de la ingestión de azul de metileno que no pudo ser realizada de entrada. Una vez confirmada la perforación esofágica y tratándose de una lesión muy evolucionada, se adoptó un tratamiento que no incluyó la sutura directa de la misma. A la luz de la experiencia adquirida en otros casos y de la lectura de trabajos recientes<sup>(1, 2)</sup> debimos haber agregado a la toracotomía, toilette pleural y drenaje pleuro-mediastinal, un procedimiento de exclusión esofágica. Sin embargo no es este el motivo que nos interesa enfatizar a propósito del caso presentado. Pretendemos mostrar un error cometido por nosotros y que deberá tenerse en cuenta en casos similares y que se refiere al drenaje mediastinal el que no debe ser realizado jamás con un tubo apoyado sobre la aorta.

En uno de los parágrafos del libro de Shackelford<sup>(3)</sup> se puede leer: "El tubo de drenaje debe ser colocado de manera que no apoye sobre el mediastino ya que puede horadar la aorta, una catástrofe que es posible y ha ocurrido".

## REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS

1. JONES R. and SAMSON P. — Esophageal injury. *Ann. Thorac. Surg.* 19: 216, 1975.
2. SARR M., PEMBERTON J. and SPENCER PAYNE W. — Management of instrumental perforations of the esophagus. *J. Thorac. Cardiovasc. Surg.* 84: 211, 1982.
3. SHACKELFORD R. — Perforations and ruptures of the esophagus. In *Surgery of the alimentary tract*. Philadelphia. W. B. Saunders, 1978.