

Perforación esofágica por cuerpos extraños

Dr. Carlos Domínguez, Dr. César Armand Ugon,
Dr. Ruver Berazategui, Dr. Miguel Cordero.

Con motivo de cuatro perforaciones esofágicas —a topografía cervical y mediastinal alto—, se insiste en el manejo, del diagnóstico y del tratamiento. Se resalta el valor pronóstico —expresado por una menor morbimortalidad— del diagnóstico y del tratamiento, sobre todo si son efectuados en las primeras 24 horas. Es fundamental el tratamiento quirúrgico, que debe estar respaldado por un correcto sostén metabólico-nutricional —extraoral—, más una adecuada antibioticoterapia para flora polimicrobiana.

PALABRAS CLAVE (KEY WORDS, MOTS CLÉS) MEDLARS:
Esophageal perforation.

SUMMARY: Esophagic perforation caused by extraneous elements.

Discussion of the management, diagnosis and treatment of esophagic perforations based on four cases in cervical and superior mediastinum topographic location. Stressed is the prevision value —evidenced by a lower morbimortality— of early diagnosis and treatment, specially if effected within the first twenty-four hours. Surgical treatment is fundamental and must be upheld by a correct metabolonutritional backing extra —oral, plus an adequate antibiotic therapy— for polymicrobial flora.

Clínica Quirúrgica "1" (Director Prof. Dr. Bolívar Delgado), Hospital Pasteur. Fac. de Medicina, Montevideo.

RÉSUMÉ: Perforation oesophagique par corps étrangers.

À propos de quatre perforations oesophagiques à topographie cervicale et de médiastin haut, on insiste sur la valeur pronostique —exprimée par une morbimortalité moins élevée— du diagnostic et du traitement; surtout si on les effectue au cours des premières 24 heures. Le traitement chirurgical est fondamental et il doit être appuyé sur un correct soutien métabolico-nutritionnel extraoral ainsi que sur une antibioticothérapie polimicrobienne appropriée.

INTRODUCCION

Los cuerpos extraños (C.E.) faringo-esofágicos, son tres veces más frecuentes, que los traqueobronquiales, pasando ignorados sólo en el 1,3 %⁽⁹⁾. La perforación esofágica, solamente ocurre, en un escaso número de casos. El tema fue puesto al día, por Suiffet y Vega^(18, 19, 20), en el Curso de Postgrado, sobre Cirugía del Esófago (XXV° Cong. Urug. de Cirugía - 1975). De la bibliografía más reciente, se destaca el aporte de la antibioticoterapia⁽⁹⁾ y de la nutrición^(5, 8). Nos ocuparemos sólo de los traumatismos esofágicos internos, provocados por C.E. deglutidos, asentando en un órgano sin patología previa. No consideraremos las fístulas traqueoesofágicas, por cánula de traqueostomía.

Presentado como Tema Libre en el 34° Congreso Uruguayo de Cirugía, Montevideo, 27 de noviembre al 1° de diciembre de 1983.

Residente de Cirugía, Prof. Adjunto de Clínica Quirúrgica, Residente de Cirugía y Postgrado.

Dirección: Pérez Gomar 4395, Montevideo.
(Dr. C. Domínguez).

CASUISTICA

Observación N° 1: M.O. - H. Pasteur (Reg. 24.191) - 53 años - 1966⁽¹⁶⁾. Seis días antes del ingreso, ingestión accidental de hueso de cordero. Odinofagia, sialorrea. Fiebre (38°). Sólo ingiere escasos líquidos. Examen: febril, intoxicado, sudoroso. Pulso: 100/m. Cuello: "ocupación discreta" de la fosa S/C der. No hay enfisema S/C. Paraclínica: Radiología: 1) Simple de Cuello y Tórax: S/p; 2) Tránsito esofágico: a nivel del esófago cervical bajo: fuga bilateral del contraste, hacia el mediastino superior, observándose C.E., en la luz esofágica. Tratamiento: A. Gral.; endoscopia: se localiza un trozo de hueso de cordero, enclavado transversalmente en el esófago, sector cervicotorácico. Se extrae. Se ve doble perforación, con importante desgarro de la mucosa. Operación: cervicotomía izquierda (pre E.C.M.), drenando un absceso retrofaríngeo (fétido). Drenajes de goma. Evolución: fístula esófago-cutánea, que cierra rápidamente (en 21 días).

Observación N° 2: R.C. - 70 años - H. Pasteur (Reg. 35.208/14.817) - 1976. Hace 15 días, ingestión accidental de hueso de cordero. Odinofagia retroesternal. Tratamiento médico en domicilio. Como no mejora es enviada para endoscopia. Endoscopia: 1) hueso atravesado a nivel de la unión del tercio superior y medio, del esófago torácico. Imposible extraerlo, con el material disponible; 2) (con mejor instrumental), al día siguiente: desaparición del C.E., observándose herida en borde izquierdo esofágico (igual topografía). RX de Tórax: muestra el C.E., dispuesto sagitalmente, entre tráquea y cayado aórtico. AP.: insuficiencia cardíaca (digitalizada), arritmia completa. Examen: obesa, moderada disnea. Cuello: no edema, ni enfisema s/c. Pulso: 90/m. Conducta: dadas las precarias condiciones cardiovasculares, que hacían muy riesgosa una toracotomía, se decide un abordaje cervico-mediastinal anterior, para intentar la extracción del C.E., y drenaje del mediastino anterior. Operación: Anest. Gral. Vía pre E.C.M. izquierda. Sección del omohioideo y arteria tiroidea inferior izquierdos. Entrada en el mediastino anterosuperior. Por topografía del latido aórtico, se localiza y se extrae el hueso. Evolución: exclusión de la v/o. Sueros, penicilina y cloramfenicol. Fistulización esofágica. Aspiración con bomba Steidman del mediastino anterosuperior. Supuración mediastinal. Situación que tiende a agravarse en los días siguientes, evolucionando hacia un cuadro séptico, fallece a los 15 días. Para esta mala evolución, se sumaron: un incorrecto drenaje del mediastino, una deficiente alimentación parenteral, así como una antibioterapia insuficiente (incorrecta para los anaerobios).

Observación N° 3: A.G.G. - 40 años - H. Pasteur (Reg. 040.555) - 22/7/83. Dos días antes, deglución accidental de prótesis dental-parcial. Intento fallido de extracción (por endoscopia), en el Interior. Adjunta RX, que objetiva la prótesis. Nueva endoscopia fallida. En consecuencia es llevada a sala de operaciones (previo control radiográfico, que muestra la inmovilidad de la prótesis). A. Gral.: Endoscopia-Operación: no logra movilizar la prótesis. Incisión pre E.C.M. Der. (por prótesis lateralizada hacia ese lado). Maniobras combinadas con el endoscopista —previa exposición esofágica— no logran extraer el C.E., por lo cual se procede a extraerlo mediante ampliación de la perforación ya realizada por los ganchos laterales. Cierre de la perforación con surget de vicryl "3-0", y drenaje del foco. Evolución: sonda nasogástrica para alimentación enteral, ampicilina y

gentamicina. Semisentada, evitando deglución de la saliva. A la semana: fistulización esofágica, por lo cual se procede al drenaje amplio, del foco (supuración con abundante saliva). Persiste con exclusión de la vía oral, alimentándose por sonda. N.G. Disminución progresiva del drenaje latero-cervical, pero persiste fistulizado por más de un mes (control con azul de metileno). Al mes tránsito con hypaque, muestra fuga del contraste, pero la herida moja cada vez menos. A los dos meses, cierre total de la perforación. Control endoscópico (Dr. Vega): ligera estenosis del esófago. Sin disfagia.

Observación N° 4: C.A. - 70 años - CASMU (Reg. N° 625.707 - Sexo femenino - Año 1983. El 22/9, luego de comer pescado, siente sensación de pinchazo en la garganta. Consulta ORL, quien no comprueba cuerpo extraño, sino erosiones faríngeas. A las 48 hs. persiste sensación de cuerpo extraño y se agrega disfagia, dolor y sialorrea permanente, halitosis intensa. Consulta nuevamente el 28/9/83. Se le diagnostica celulitis de cuello por presentar tumefacción sobre el lado izquierdo, e ingresa para estudio endoscópico. Vista por anestesiista, presenta disnea inspiratoria, bradicardia, por lo que se intuba, comprobando abombamiento de pared posterior de tráquea.

Endoscopia: Laringe s/p. Tráquea con edema importante de su pared posterior. Carina y bronquios s/p. (Esofagoscopia, que se hizo durante el acto quirúrgico): Hipofaringe y esófago: a nivel del seno piriforme izquierdo se visualiza orificio con exudado sanguinolento y fétido. No se visualiza cuerpo extraño. Resto de esófago superior edematoso, resto: s/p. Operación: 28/9/83. Apertura del cuello izquierdo por dentro del ECM. Se llega a zona esofágica anterior, tejido necrótico, fétido y burbujeante. Se limpia el espacio decolando frente al mediastino unos 10 cm. Limpieza de cavidad, aspirando coágulos y restos necróticos. Lavado con Penicilina. Tubo de drenaje. Evolución: Enferma con buen estado general, con supuración importante por el drenaje, apirética hasta el 6/10 en que hace picos de 38-39; el 7/10 se reopera porque se salió el tubo, encontrando la cavidad más chica, con menos exudado. Tráquea (vista por anestesiista) s/p. Luego, sigue con algún piso febril escaso, hasta que el 11/10 instala I. Renal anúrica, por lo cual se somete a diálisis. Desde el inicio se le trató con antibióticos (Sefril, Gentamicina y Penicilina) y se le instaló una alimentación parenteral total, con exclusión de la v/o. De los exámenes se destaca: RX de tórax, que siempre mostró un ensanchamiento mediastinal con un compromiso pleural derecho que era previo. Leucocitosis: salvo en 2 días en que aumentaron a 15 y 17.000, se mantuvieron en cifras normales. Bacteriología: Klebsiella, Estafilococo dorado patógeno. Finalmente, se hizo una TAC que mostró engrosamiento mediastinal izquierdo, del cayado aórtico hasta el cuello; a nivel laterotraqueal izq., con imágenes aéreas cerca del drenaje, por detrás del manubrio. Tráquea comprimida por el proceso, densidad heterogénea (fecha: 4/10/83).

COMENTARIOS

Dentro de las perforaciones esofágicas, las traumáticas, ocupan un sitio prominente —por su frecuencia. Por esta misma razón, los traumatismos internos, son los más importantes. Dentro de estos, y de una manera

práctica, debemos distinguir: por un lado los yatrogénicos (sondas, balones, etc.), que para algunos autores serían las más numerosas —68%⁽⁸⁾, 50-88%⁽¹⁹⁾— por otro lado, las perforaciones por ingestión accidental de C.E. Para estos autores ocuparían el 2° lugar —4 a 28%^(5, 8, 19)— siendo aún más frecuente que las anteriores en la serie de Carriquiry⁽⁴⁾. Obviamente los C.E. ingeridos, sólo en un mínimo porcentaje, dan complicaciones. Al respecto Grass (citado por Suiffet)⁽¹⁹⁾, afirma que aproximadamente el 20%, 10-20%⁽⁴⁾, quedan retenidos a nivel esofágico, y de ellos sólo el 6%, provocaron complicaciones de entidad. Desde el punto de vista lesional hay todo una secuencia, que de acuerdo a Vega⁽²⁰⁾ puede ir desde un traumatismo mínimo (erosión) —la gran mayoría de los casos. Un grado más son los traumatismos no penetrantes (no atraviesan la muscular), que pueden permanecer enclavados, o desenclavarse. Habitualmente evolucionan bien, con sólo tratamiento médico. Traumatismos penetrantes —perforaciones— que ponen en comunicación la luz esofágica (con gérmenes aerobios y anaerobios) con el ambiente celular periesofágico. En las perforaciones cervicales bajas y especialmente, en las torácicas, es frecuente la presencia de neumó y/o hidrotórax (26-59%)⁽⁸⁾. Más raramente perforación traqueal, derrame pericárdico, o perforación aórtica (caso vivido en nuestro medio, por Paperán y Goller)^{(Fujita)⁽⁹⁾}. Otro elemento a valorar, es el tamaño de la perforación, así como los bordes de la misma —sección lineal o desgarró—, siendo esto lo más frecuente en las por huesos y prótesis.

Topografía. Es fundamental para el encare terapéutico, con proyección pronóstica de entidad, distinguir las perforaciones en cervicales (Obs. 1, 3 y 4) —cervico-mediastinales altas— de las torácicas (Obs. 2) —más graves. La perforación a nivel abdominal es excepcional, por lo cual la dejamos de lado.

Tiempo transcurrido. Entre la lesión y el tratamiento correcto. Es fundamental, por su importancia pronóstica, que el tratamiento definitivo, se establezca precozmente. Todos coinciden, en la diferente morbimortalidad, de las lesiones tratadas antes o después de las 24 horas; doble mortalidad según Michel^(4, 8, 9, 19). Nuestras observaciones, todas fueron tratadas tardíamente, presentando morbimortalidad elevada. En las primeras horas sólo hay contaminación, pero rápidamente se establece un flemón, con flora polimicrobiana, con gérmenes productores de gases (que nos explica el enfema subcutáneo y/o mediastinal, sumado

al aire deglutido⁽²⁰⁾). Celulitis grave, más raramente un absceso colectado (Obs. 1), que rápidamente lleva a un cuadro séptico (Obs. 2, 4).

Diagnóstico. Si es fundamental que sea realizado precozmente, lo primero que debemos plantearnos ante un C.E., es la posibilidad de lesión esofágica. Se debe desencadenar la secuencia diagnóstica, hasta confirmar o descartar la eventual perforación. Error del tratamiento médico previo en la Obs. 2. Con la clínica, la Rx simple (cuello y tórax - F y P), más el tránsito esofágico (a menudo prescindible, sobre todo a nivel cervical⁽²⁰⁾), hacemos diagnóstico en el 100% de los casos⁽⁴⁾. La esofagoscopia, más que para el diagnóstico, la realizamos con fines terapéuticos⁽⁴⁾. La endoscopia, nos brinda detalles de la perforación (tamaño, desgarró, topografía), puede desenclavarlo, y aún extraerlo (si es alto), o hacerlo migrar al estómago (si es muy bajo). Recordamos que en la Obs. 4 se realizó una tomografía axial computarizada. Su indicación creemos que es de excepción, y con el único fin de obtener un diagnóstico topográfico exacto, con miras de evaluar correctamente una colección.

TRATAMIENTO

Los C.E. esofágicos, constituyen una situación a resolver de urgencia, pero hay medidas generales a realizar, mientras se cumplen las etapas del diagnóstico (analgésicos sedantes). Estas a veces resuelven la situación, sea por expulsión o por migración al estómago, Détrie⁽⁹⁾. En consecuencia toda endoscopia debe ser precedida por un control radiográfico previo (Obs. 2, 3). Es fundamental formar un equipo entre el endoscopista y el cirujano, a pesar de que la mayoría de los C.E. se resuelven por el endoscopista⁽⁹⁾, pero de fracasar el endoscopista, no habrá pérdida de tiempo. El cirujano puede colaborar con el endoscopista, exponiendo el segmento de esófago afectado, tratando que se resuelva por la vía endoluminal. Sólo ante el fracaso del endoscopista está justificado la extracción quirúrgica del C.E. Es la conducta que se siguió en los casos presentados. Habitualmente el cirujano actúa —simultánea o sucesivamente— para tratar la perforación y/o sus consecuencias regionales. Debemos destacar, que es fundamental el soporte, metabólico y nutricional, sumado a una correcta antibioterapia —ampicilina, gentamicina— incluyendo algunos autores el metronidazol⁽⁵⁾. Es fundamental la instalación de alimentación, enteral o

parenteral. Muchos evitan el uso prolongado de la sonda gástrica o aún de la gastrostomía (favorecerían el reflujo gastroesofágico, sobre todo en perforaciones bajas). Es fundamental en caso de fístulas (Obs. 3). Excepcionalmente, en nuestro concepto sólo para perforaciones cervicales altas, el tratamiento médico puede prescindir del tratamiento quirúrgico (pequeñas perforaciones resueltas por endoscopia y que llevan días sin haber dado celulitis de entidad^(19, 20)). Destacamos que de la mediastinitis a la sepsis grave se puede pasar en pocas horas. Abordaje Quirúrgico-Cervical: Vía pre ECM, la cual permite abordar el mediastino anterosuperior (Obs. 2, 3 y 4).

Torácico: Hasta la encrucijada broncoartrica, por vía derecha y por toracotomía izquierda para el esófago preartrico^(9, 19). Como abordaje mediastinal de excepción sería la vía extrapleurale. Las maniobras quirúrgicas pueden consistir en: drenaje simple, gasto mínimo que debe hacer el cirujano. Es lo que sucede cuando la perforación lleva días —gran infección—, con falla inevitable de la sutura. Este procedimiento prácticamente no tiene mortalidad a nivel cervical^(5, 8), pero a nivel torácico tiene un 45% de mortalidad⁽⁸⁾. Sutura: Es obligatoria hacerla en las primeras 24 horas, fracasando en general cuando lleva mucho más (Obs. 3). Sutura simple o mejor con aposición de elementos vecinos, sobre todo en tórax, con pleura, pericardio o aún el procedimiento de Thal, para perforaciones yuxtafrénicas^(4, 8, 19).

Los resultados serían mucho más favorables aún para perforaciones evolucionadas⁽⁸⁾. El 50% de los fistulizados a nivel mediastinal mueren⁽⁸⁾. Excepcionalmente, se recurrirá a la exclusión, fistulización esofágica y aún a bloqueo de la perforación por endoprótesis⁽⁴⁾.

CONCLUSIONES

- 1) Si bien, el 80-90% de los C.E. deglutidos, no producen trastornos a nivel esofágico^(4, 20), las perforaciones por dicha etiología son cada vez más frecuentes, constituyendo una de las causales más frecuentes de los traumatismos esofágicos internos⁽⁴⁾.
- 2) El diagnóstico debe hacerse de urgencia. Toda sospecha, no admite dilaciones (Obs. 2). El tiempo es el factor más importante con relación a la morbi-mortalidad (11% y 28% de mortalidad si operamos antes o después de 24 horas⁽⁸⁾).
- 3) El manejo debe hacerse entre el endos-
- 4) De entrada se establecerá el soporte metabolo-nutricional (sostén nutricional extraoral), más una correcta antibiotico-terapia (Obs. 3 y 4).
- 5) El tratamiento médico exclusivo, por ser excepcional, no lo consideramos.
- 6) En consecuencia, siempre existirá una acción quirúrgica. Esta puede ser mínima (como el simple lavado y amplio drenaje del foco). El abordaje será cervical (o cérico mediastinal), pre ECM, o torácico, habitualmente por vía transpleural, excepcionalmente extrapleurale.
- 7) Es la más grave de las perforaciones del tubo digestivo^(4, 18, 19), por lo frecuente de las fallas de sutura.
- 8) En principio, se debe cerrar la perforación (excepto casos muy supurados). Los resultados, son mejores —aún en casos tardíamente resueltos— cuando la sutura es reforzada con elementos vecinos como pericardio, pleura, diafragma, aún el estómago —operación de Tahl.
- 9) La demora en la instalación de un correcto tratamiento quirúrgico, aumenta el número de complicaciones —supuración, sepsis, fístulas—, siendo fundamental el tratamiento antes de las 24 horas, para disminuir la alta morbi-mortalidad, que sobre todo a nivel torácico tienen estas perforaciones^(4, 8, 19).

REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS

1. BARANI J. — Perforación de esófago torácico. Operación a las cinco horas del accidente. Bol. Soc. Cir. Urug., 25: 145, 1954.
2. BOMBECK Th., BOYD D., NYHUS S. — Traumatismos del esófago. Cíln. Quir. Norte Am., 52: 219, 1972.
3. BOYD D., WITTMANN C. (Jr.) — Some principles in treating perforation of esophagus. Cíln. Quir. Norte Am., 51: 567, 1971.
4. CARRIQUIRY L. — Perforaciones esofágicas por cuerpo extraño en el adulto. Monografía de Postgrado, Montevideo, 1977 (Inédito).
5. DU CHATELLE J., PARROT A., PARMENTIER G., ANDREASSIAN B. — Traumatismes de l'oesophage cervical. J. Chir. 117: 365, 1980.
6. LIARD W., KALECHSZTAJN J., GILARDONI F. — Perforación traumática de esófago en pasaje cérico-torácico. Cir. Urug., 42: 287, 1972.
7. LYONNET A., VEGA D., PERRIER J., PRADINES J. — Perforación de esófago cervical. Tratamiento quirúrgico y endoscópico simultáneo. Cir. Urug., 48: 60, 1978.
8. MICHEL L., GRILLO H., RONALD A. — Operative and nonoperative management of esophageal perforations. Ann. Surg. 194: 57, 1981.
9. POPOVICI Z., DIMITRIU A., CERCHEZ E., GEORGESCU M.,

- PIRONCOF M. — L'abord chirurgical des corps étrangers de l'oesophage. J. Chir. 117: 481, 1980.
10. PORRAS Y., COPELLO O. — Perforación esófago-pleural por cuerpo extraño. Cir. Urug. 49: 55, 1979.
 11. PRADERI L. — Cuerpo extraño impactado en el esófago torácico con fístula traumática. Esófagotomía, curación. Bol. Soc. Cir. Urug. 33: 326, 1962.
 12. PRADERI L., VEGA D., BEROIS N., PRAVIA J., LOPEZ J. — Mediastinitis supurada por perforación esofágica por cuerpo extraño. Cir. Urug., 42: 194, 1972.
 13. RÍOS G. — Perforaciones traumáticas del esófago. El Tórax, 13: 290, 1964.
 14. SCHWARTZ M., Mc QUARRIE D. — Surgical management of esophageal perforation. Surg. Gynecol. Obstet. 151: 669, 1980.
 15. SUIFFET W., MAURO L. — Traumatismos del esófago cervical. Tratamiento. Técnica del abordaje quirúrgico. Bol. Soc. Cir. Urug., 33: 119, 1962.
 16. SUIFFET W., VEGA D., ITUNO C. — Traumatismos del esófago cervical por cuerpo extraño. An. Fac. Med. Montevideo, 51: 7, 1966.
 17. SUIFFET W., GUERRERO O., VEGA D., JORGE A. — Ruptura espontánea del esófago. Cir. Urug., 43: 240, 1973.
 18. SUIFFET W. — Patología general de las perforaciones esofágicas. Cir. Urug., 45 (Supl.): 1, 1975.
 19. SUIFFET W. — Traumatismos del esófago. Cir. Urug., 45 (Supl.): 16, 1975.
 20. VEGA D. — Traumatismos endoesofágicos. Cir. Urug., 45 (Supl.): 26, 1975.