

Rotura espontánea de esófago

Cuatro observaciones

Dres. Luis Ruso¹, Fernando González¹, Gustavo Bogliaccini², Raúl Morelli³

Resumen

La rotura espontánea de esófago (REE) es una entidad extremadamente grave.

El diagnóstico precoz y la adecuada táctica quirúrgica, son indispensables para una evolución exitosa.

Se presentan cuatro casos y se analiza la casuística nacional documentada sobre el tema.

En nuestro medio continúa siendo una patología de baja incidencia con alto índice de diagnóstico tardío y elevada mortalidad.

Se discuten las opciones tácticas sobre el esófago en función de la gravedad de la mediastinitis.

Los principios del tratamiento se basan en una adecuada corrección de las fallas sistémicas, antibioticoterapia, soporte nutricional y degravitación gástrica prolongada mediante gastrostomía.

Se concluye que la sutura esofágica primaria y el drenaje amplio del mediastino, solo se admiten si el diagnóstico se realiza en las primeras 24 horas. Entre el primer y el cuarto día debe agregarse la exclusión esofágica y el lavado mediastinal continuo. Luego del 5º día el tratamiento quirúrgico se basa en el drenaje adecuado de los abscesos regionales.

Palabras clave: Esófago-rotura espontánea
Esófago-terapia

Summary

Spontaneous esophagus rupture (SER) is an extremely serious condition. Early diagnosis and an adequate surgical tactic are indispensable for successful evolution.

Four cases are presented and national casuistry

is analysed. In our country SER is still a low incidence pathology with a high index of late diagnosis and high mortality. Tactical options on the esophagus are analysed based on the severity of mediastinitis.

Treatment' bases are: adequate correction of systemic failures, antibiotic therapy, nutritional support and extended gastric degravitation by means of gastrostomy.

It is concluded that primary esophageal suture and broad mediastinum drainage are only possible if diagnosis is made in the first 24 hours.

Esophageal exclusion and continuous mediastinum washing should be undertaken between the first and fourth day. After the fifth day, surgical treatment is based on adequate drainage of regional abscesses.

Material y método

Se presentan cuatro casos de rotura espontánea de esófago (REE) recopilados por los autores entre 1982 y 1989. Se suman al análisis 5 pacientes, previamente publicados en la literatura nacional⁽¹⁻⁵⁾.

En el total de ambas series (9 casos), las edades oscilaron entre 24 y 78 años, con neto predominio de sexo masculino 8/1.

El período de latencia entre el inicio de los síntomas y la instancia quirúrgica, osciló entre 6 horas y 16 días, con un promedio de 24 horas. El shock, con dolor torácico y derrame pleural izquierdo, estuvo presente en todos los pacientes con REE intratorácica; con neumotórax asociado en la mitad de los casos.

Se verificó neumomediastino en tres casos y enfisema subcutáneo solo en dos. Un enfermo se presentó como una peritonitis difusa.

La topografía del desgarro fue, en tercio inferior 7 casos; uno en el tercio medio y otro en el esófago abdominal.

Se estudiaron todos los pacientes con radiografía de tórax. En cuatro casos se agregó estudio de esófago gastroduodeno; se confirmó el diagnóstico en tres y un estudio resultó falso negativo.

Trabajo de la Clínica Quirúrgica «B». Hospital de Clínicas.
¹ Asistente Clínica Quirúrgica. ² Profesor Adjunto Cirujano
Departamento de Emergencia. ³ Profesor Agregado Clínica
Quirúrgica.

Presentado al 40º Congreso Uruguayo de Cirugía.

Correspondencia: Dr. L. Ruso: Verdi 4067 ap. 201, Montevideo, Uruguay

Se operaron siete pacientes. Se practicaron cuatro suturas primarias, a una de ellas se agregó funduplicatura gástrica. En todos los casos se asoció el drenaje mediastinal amplio. En dos pacientes el drenaje pleural constituyó el único tratamiento asociando, en un enfermo, una gastrostomía de alimentación. La esofagectomía total se realizó en el enfermo restante.

Resultados

La mortalidad de la serie es elevada, 7 en 9 casos (78%). Dos pacientes sobrevivieron. En uno se realizó tratamiento quirúrgico precoz, por su peritonitis aguda; y el otro con diagnóstico de empiema paraneumónico la REE se verificó tardíamente (16 días); fue manejado luego con tratamiento conservador. No se actuó sobre el esófago. En uno solo de estos casos se hizo diagnóstico previo a la terapéutica, que se confirmó por toracocentesis. A pesar que, promedialmente (24 horas) pueden incluirse dentro de una etapa precoz; los pacientes se presentaron graves, cinco con repercusión sistémica grave. Dos fallecieron a poco de su ingreso. La radiografía de tórax resultó en todos los casos un recurso valioso, por la presencia de signos orientadores clásicos; (neumomediastino, derrame pleural). En cinco casos no se realizó esofagograma contrastado. De los pacientes que se practicó, confirmó el diagnóstico en tres casos. Llama la atención la existencia de un estudio falso negativo.

Comentarios

La primera descripción de REE, corresponde a Boerhave en 1724. Barrett⁽⁶⁾ comunica el primer éxito terapéutico. En nuestro medio, además de las publicaciones aquí analizadas, Suiffet⁽⁷⁾ estudió extensamente el tema. La morbimortalidad de la REE se relaciona directamente con su diagnóstico precoz. Los pacientes operados fallecen globalmente 36%, mientras que los no operados en las primeras 24 horas mueren 67%, cifra que asciende a 90% en las 24 horas siguientes y a los 5 días la mortalidad se ubica cercana a 100%⁽⁸⁾.

Los raros casos que evolucionan sin tratamiento, constituyen una situación particular que analizaremos.

El concepto de «período terapéutico útil» apunta al reconocimiento inmediato de la enfermedad, en las primeras 12 a 24 horas^(5,9-12). La clínica de la REE no es clara. Lo más constante es el derrame pleural izquierdo (90%) a contenido digestivo y la presencia de dolor intenso, a veces de carácter perforativo torácico (52%) o epigástrico (50%). Los vómitos reiterados solo se verifican en 64% de los casos al igual que la insuficiencia respiratoria (64%)⁽¹³⁾.

La existencia de enfisema subcutáneo en cuello, varía según los autores entre 15% y 60%^(9,13); es un signo tardío en la evolución del cuadro^(5,14) puede pasar desapercibido o atribuirse a otra causa, como en uno de nuestros pacientes que se relacionó con la realización de una vía venosa central (VVC).

De los exámenes paraclínicos, la radiografía de tórax confirma el derrame pleural al que se asocia en el 32% de los casos un neumotórax homolateral⁽¹³⁾. El neumomediastino —signo de alto valor— se observa entre 38% y 66% de los casos^(11,13). En la etapa precoz, puede ser el único signo radiológico presente⁽⁹⁾. El esofagogastroduodeno permite confirmar la lesión al observarse la fuga de contraste al mediastino, o en los casos suficientemente evolucionados (caso 3), suele verificarse el relleno de uno o varios abscesos mediastinales.

Si se ha colocado un avenamiento pleural (caso 2), la administración vía oral de azul de metileno y su salida por el tubo pleural demuestran la fuga esofágica.

La toracentesis en que se obtiene líquido turbio a pH ácido, es orientadora del diagnóstico; aunque puede dar falsos negativos, en aquellas REE con indemnidad de la pleura mediastinal⁽⁵⁾.

La fibrogastroscofia es un auxiliar de escaso valor, porque es muy difícil observar el desgarró.

La TAC⁽¹⁵⁾ es útil en etapas tardías para detectar abscesos paraesofágicos y para control evolutivo de la mediastinitis.

La patogenia de la entidad no se conoce íntimamente. En condiciones normales, la onda antiperistáltica de contracción que provocará el vómito va precedida de relajación refleja de los músculos de la pared esofágica. Durante las crisis de vómitos no ocurre dicha relajación. Si bien el vómito es la causa más citada en la REE, ésta se observa en otras circunstancias defecación, levantar grandes pesos, trabajo de parto⁽⁵⁾.

El resultado final de estas situaciones es el barotrauma que se ejerce en la mayoría de los casos sobre el tercio inferior del esófago. Los desgarró suelen ser únicos y siguen en su mayoría un patrón constante. Su longitud varía en nuestra serie entre 3 y 15 cm, topografiándose 7 casos en tercio inferior, uno en tercio medio y uno en el esófago abdominal. Esta distribución coincide con la literatura consultada^(8,9,13,14). Al desgarró se asocia hemorragia en el 15% de los pacientes⁽⁸⁾, prestándose al diagnóstico diferencial con el síndrome de Mallory–Weiss. El contenido digestivo inyectado a través de la brecha esofágica al mediastino, donde, sin barrera ni bloqueo efectivo que se opongan a su rápida difusión, conducen a la mediastinitis purulenta; cuya apertura en el espacio pleural es responsable de la insuficiencia respiratoria grave de estos enfermos. La falla multi-sistémica agregada, signa el pronóstico.

Como se observa en nuestros pacientes, el error

diagnóstico está presente en relación a la REE. Richeime ⁽¹³⁾ cita como diagnósticos diferenciales más frecuentes: la perforación de un ulcus gastroduodenal, neumopatía aguda, pancreatitis aguda, neumotórax espontáneo, rotura de una bulla de enfisema y el infarto agudo de miocardio.

Discusión

El intervalo entre la perforación y la acción terapéutica determina la gravedad de la mediastinitis.

El tratamiento de estos pacientes va dirigido a eliminar el foco mediastinal.

Varios autores coinciden en principios terapéuticos básicos:

- 1) Ingreso a C.T.I. para una adecuada corrección de las fallas sistémicas.
- 2) Antibioticoterapia.
- 3) Nutrición parenteral total ⁽¹⁴⁾; aunque otros autores ⁽¹³⁾ realizan yeyunostomía para la alimentación.
- 4) Degravitación gástrica prolongada —durante varias semanas— para lo que debe realizarse una gastrostomía ^(8,9,13).
- 5) La mediastinitis. Siempre debe drenarse el mediastino, previo debridamiento amplio ^(7-9, 13). Puede agregarse lavados posoperatorios del mediastino con iodopovidona 0.1% y aspiración continua a través de un drenaje extrapleural para los casos que no hay empiema asociado ^(11,16). Kaplan ⁽¹²⁾ busca mantener la asepsia del esófago, administrando por vía oral la misma solución iodada.
- 6) Derrame pleural. Evacuación, lavado exhaustivo, asegurando la reexpansión pulmonar completa, sobre todo cuando no se ha logrado el cierre satisfactorio de la brecha esofágica ^(7,13).

Sin embargo la táctica sobre la brecha esofágica es motivo de controversia.

Conducta con el esófago. La sutura directa es la táctica más comúnmente utilizada ⁽⁸⁻¹¹⁾, especialmente cuando se realiza diagnóstico en las primeras 24 horas ⁽¹³⁾, con condiciones locales y generales (ausencia de malnutrición, alcoholismo) favorables, se logran buenos resultados alejados. Sin embargo, Kizima ⁽¹⁷⁾, en una serie de 22 enfermos, constata 48% de mortalidad. En la serie de Saabye ⁽¹⁸⁾, solo la esofagitis por reflujo constituyó causa de morbilidad.

Con mediastinitis evolucionada, la sutura directa puede ser cubierta con un colgajo de músculo intercostal, diafragma o pleura ⁽⁹⁾.

La funduplicatura gástrica transhiatal sobre la brecha esofágica (caso 3) ha sido propuesta ⁽¹⁷⁾ como forma de evitar la sutura en casos evolucionados con piotórax.

Para la misma situación, Abbott ⁽¹⁹⁾ sugiere la «fistulización dirigida» esófago cutánea, mediante un tu-

bo de Kehr, colocado en el esófago y exteriorizado. Este método requiere reemplazo sucesivo por un tubo recto a los 21 días. La fístula tarda semanas y aun meses en cerrar ⁽¹³⁾.

También puede realizarse la exclusión esofágica bipolar del esófago ⁽¹³⁾ con el contratiempo que requiere una esofagoplastia secundaria. Esta técnica estaría gravada por una alta mortalidad ⁽¹³⁾.

Luego del cuarto o quinto día, las REE no tratadas presentan problemas particulares. La infección y sus repercusiones sistémicas en general están atenuadas (caso 9) o ausentes y el foco está reducido a la existencia de un empiema o un absceso mediastinal aislado ⁽¹³⁾. La actitud terapéutica más racional puede reducirse al drenaje de las colecciones sépticas y, sin actuar sobre el esófago, asociada a gastrostomía y sostén nutricional ⁽⁸⁾. Puede evaluarse la toracotomía para establecer una fistulización dirigida ⁽¹³⁾.

Finalmente, la esofagectomía total se indica en casos de desgarros extensos con mediastinitis evolucionadas.

Conclusiones

- En nuestro medio, la REE, continúa siendo una entidad de baja incidencia, con presentación clínica grave, aun diagnosticada dentro de plazos breves y gravada de alta mortalidad.
- La sospecha clínica impone la inmediata realización de una radiografía de tórax, un esofagograma con contraste hidrosoluble y la ingestión por vía oral de azul de metileno y toracocentesis izquierrda.
- La demora diagnóstica condiciona la gravedad de la mediastinitis, por lo que debe establecerse de inmediato el control de las fallas sistémicas, soporte nutricional y antibioticoterapia.
- En las primeras 24 horas la sutura primaria, drenaje mediastinal y gastrostomía, pueden ser suficientes.

Del segundo al cuarto día la exclusión esofágica, con drenaje mediastinal seguido de lavado y aspiración continua posoperatoria, están indicados. Debe asociarse una gastrostomía. Luego del quinto día el tratamiento puede ser conservador, basado en el drenaje de colecciones abscedadas mediastinales o pleurales, evitando actuar sobre el esófago.

Bibliografía

1. **Asiner B.** Ruptura espontánea de esófago. Bol Soc Cir Uruguay, 1954; 25: 389.
2. **Ardao A.** Rotura espontánea de esófago. Bol Soc Cir Uruguay, 1963; 34: 117.
3. **Loef M, Bonilla N.** Ruptura espontánea de esófago.

- Aporte a la casuística nacional. *Cir Uruguay* 1968; 38: 209.
4. **Suiffet W, Guerrero O, Vega D, Jorge A.** Ruptura espontánea de esófago (tercio medio). *Cir Uruguay*, 1973; 43: 240.
 5. **Cosco H.** Rotura espontánea de esófago. Cirugía de urgencia de tórax. *Bol Soc Cir Uruguay*, 1963; 34: 131.
 6. **Barrett N.** Report of a case of spontaneous perforation of the oesophagus. Successfully treated by operation. *Br J Surg* 1947; 35: 216.
 7. **Suiffet W.** Ruptura espontánea del esófago. *Cir Uruguay* 1975; 45(supl 5): 1.
 8. **Ivey T.** Boerhaavers syndrome. Successful conservative management in three patients with late presentation. *Am J Surg* 1981; 141:531.
 9. **Saario I, Kostiainen S, Salo H, Eerola S.** Treatment of spontaneous rupture of the esophagus. *Acta Chir Scand* 1983; 149: 771.
 10. **Callaghan J.** The Boerhaave syndrome (spontaneous rupture of the oesophagus) *Br J Sur* 1972; 59: 41.
 11. **Malledant Y, Tanguy M, Artus M, Cardin J, Campion J, Launois B.** La rupture spontanee de l'oesophage. *Ann Fr Anesth Reanim* 1986; 5: 128.
 12. **Kaplan H.** Spontaneous midesophageal rupture. *Isr J Med Sci* 1980; 16: 719.
 13. **Richelme A, Bourgeon A, Ferrari CH, Michels-Galy M.** Quatre observations de rupture spontanee de l'oesophage. *Chirurgie* 1981; 107: 158.
 14. **Villegas A, Reparaz J, Arrieta J, Faid A.** Rotura espontánea del esófago. *Prensa Med Argent* 1981; 68: 737.
 15. **Glenny R, Fulkerson W, Ravin C.** Occult spontaneous esophageal perforation. *Chest*, 1987; 92: 562.
 16. **Santos G, Frater R.** Transesophageal irrigation for the treatment of mediastinitis produced by esophageal rupture. *J Thorac Cardiovasc Surg* 1986; 91: 57.
 17. **Sannhore Y, Tanaka H, Inutsuka S, Yamashita Y, Futagami H.** Onlay fundic patch method applied in spontaneous rupture of the esophagus: a case report.
 18. **Saabye J, Nielsen H, Andersen K.** Long-term observation following perforation and ruptura of the esophagus. *Scand J Thorac Cardiovasc Surg* 1988; 22: 79.
 19. **Abbott O, Mansour K, Logan W, Hatcher C, Symbas P.** A traumatic so called «spontaneous rupture of the oesophagus» A review of 47 personal cases with comment of a new method of surgical therapy. *J Thorac Cardiovasc Surg* 1970; 59: 67.