

Perforación esofágica por cuerpo extraño

Autores: Yaryour Claudio¹, Cano Juan C.¹, Sarotto Luis E.¹, Barrios Jirsa Sergio D.¹, Eiben Gustavo¹, Aruj Patricia²

¹Hospital de Clínicas José de San Martín, Universidad de Buenos Aires

²Instituto de Investigaciones Médicas Alfredo Lanari, Universidad de Buenos Aires

Correspondencia:

Patricia Karina Aruj
patoaruj@gmail.com

Recibido: 12.09.2016

Aceptado: 28.11.2016

Caso clínico

Mujer de 43 años que consultó a guardia por dolor en el compartimiento central del cuello, región retroesternal y disfagia de 48 hs. de evolución, asociado a fiebre y escalofríos. Refirió ingesta de carne molida (hamburguesa) antes del comienzo de los síntomas.

En el examen físico se constató temperatura de 38 °C, eritema en región paratraqueal izquierda con dolor a la palpación y enfisema subcutáneo y en el laboratorio tenía un recuento de glóbulos blancos de 13.000/mm³.

En las imágenes de cuello y tórax se confirmó la presencia de enfisema subcutáneo en región cervical izquierda, cuerpo extraño en esófago cervical y rarefacción de la grasa paratraqueal izquierda (Fig. 1 a y b, flechas).

Se realizó esofagoscopia rígida para remoción del cuerpo extraño (vidrio), drenaje de absceso cervical y mediastino superior, esofagostoma cervical y gastrostomía de alimentación (Fig. 2 a y b, flechas). El hallazgo fue una perforación en el borde izquierdo de 2 cm de diámetro y otra de 5 mm en cara posterior del esófago cervical con absceso paraesofágico. La paciente evolucionó favorablemente, cumplió 7 días de tratamiento antibiótico y se otorgó alta institucional con control ambulatorio.

Discusión

La perforación del esófago es una patología poco frecuente, con una presentación clínica variable cuyo pronóstico depende de la precocidad diagnóstica y de la mediastinitis consecuente. Cualquier solución de continuidad en su pared puede considerarse, una enfermedad infecciosa. Diversos factores como la dificultad para acceder al esófago, su rica red vascular y la proximidad con órganos

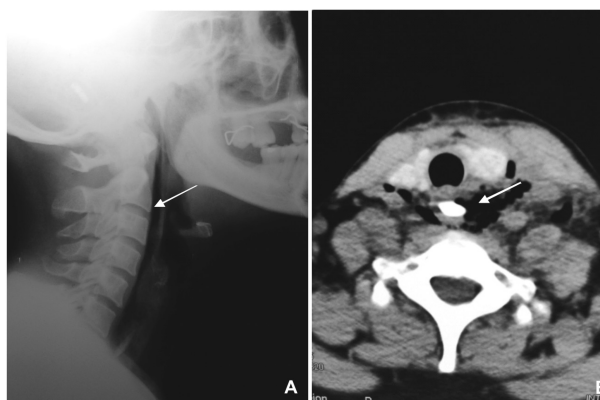


Figura 1

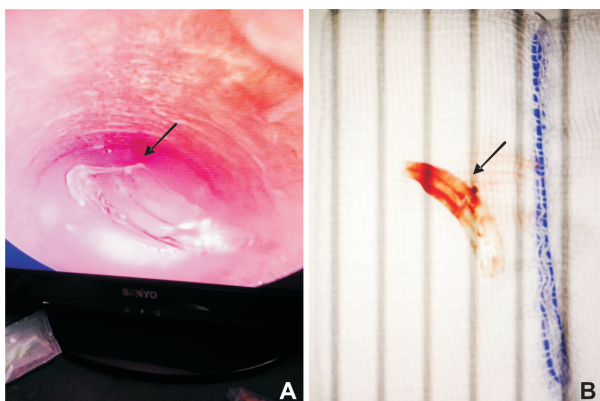


Figura 2

vitales contribuyen a su elevada morbilidad y mortalidad cercana al 20%^{1, 2}.

Las lesiones por cuerpo extraño y cáusticas constituyen la segunda causa de perforación, luego de la instrumentación del esófago, y se localizan en las estrecheces anatómicas. (músculo cricofaríngeo, botón aórtico, bronquio fuente izquierdo).

Por carecer de serosa el esófago está expuesto a las perforaciones totales, y la saliva o el contenido gástrico refluído se extravasan al mediastino ocasionando una complicación infecciosa.

En las perforaciones cervicales es frecuente el dolor y se agregan odinofagia y disfagia, enfisema y cambios de la voz, evolucionan rápidamente con taquicardia, taquipnea, fiebre y luego leucocitosis, secundarias a sepsis por mediastinitis. Pueden asociarse con un absceso paraesofágico localizado³.

La radiografía de cuello es muy útil para el diagnóstico, permite localizar el cuerpo extraño, enfisema subcutáneo, o la presencia de aire retro visceral. Si se realiza muy precozmente puede ser negativa. En esos casos el uso de medios de contraste hidrosolubles o tomografía computada de tórax y abdomen con contraste oral permiten observar la fuga del mismo y el grado de contención si hay una perforación^{4, 5}. Las recomendaciones de guías internacionales apoyan el uso de la endoscopia ante sospecha de ingestión de cuerpo extraño y síntomas esofágicos persistentes aun con una evaluación radiológica negativa. Sugieren que se realice de emergencia si el objeto es filoso como en este caso⁶.

Para proteger la sutura de la saliva y/o del reflujo gástrico se puede efectuar una exclusión uni o bipolar mediante esofagostomía y gastrostomía⁵.

Conflicto de interés: Los autores del trabajo declaran no tener conflictos de intereses relacionados con esta publicación.

Referencias

1. Sepesi B, Raymond D, Peters J: Esophageal perforation: surgical, endoscopic and medical management strategies. *Curr Opin Gastroenterol* 2010; 26: 379-383.
2. Abbas G, Schuchert M, Pettiford B, Pennathur A, Landreneau J, Luketich J, Landreneau R: Contemporaneous management of esophageal perforation. *Surgery* 2009; 146: 749-755.
3. Soreide J, Viste A. Esophageal perforation: diagnostic work-up and clinical decision-making in the first 24 hours. *Scand J Trauma Resusc Emerg Med.* 2011; 19: 66.
4. Hernández Ortiz J, Leonher Ruezga K, Ramírez González L, Jiménez Gómez J, Moran Galaviz R, Huerta Orozco L. Management of esophageal perforation in a referral center. A twelve-year experience *Rev Latinoam Cir* 2014; 4(1): 26.
5. Arantes V, Campolina C, Valerio S, de Sa R, Toledo C, Ferrari T, Coelho L: Flexible esophagoscopy as a diagnostic tool for traumatic esophageal injuries. *J Trauma* 2009, 66: 1677.
6. Communication from the ASGE Standards of Practice Committee. Management of ingested foreign bodies and food impactions. *Gastrointestinal Endoscopy* 2011; 73 (6): 1086.