

PERFORACION INSTRUMENTAL DE ESOFAGO. SU TRATAMIENTO

Dr. NAVARRO, Ricardo Alberto

Dr. BABINI, Domingo Santiago

Departamento de Cirugía.

Sección Cirugía Torácica.

Hospital Privado - Córdoba

RESUMEN

Se presentan dos casos de perforación instrumental de esófago en pacientes con estenosis neoplásicas, tratados con esofagectomía de emergencia y reconstrucción inmediata o diferida del tubo digestivo. A través de una revisión de la literatura reciente se consideran las alternativas terapéuticas actuales según la etiología de la perforación, localización de la misma y estado previo del órgano, recomendando la resección inmediata del mismo, en el caso particular de perforación instrumental en esófagos con patología obstructiva previa.

La perforación esofágica es reconocida desde hace mucho tiempo como la más letal de las perforaciones del tubo digestivo (1). El diagnóstico, relativamente sencillo, no ha sido motivo de controversia en la práctica médica. Sin embargo, no puede decirse lo mismo respecto del tratamiento. La elevada mortalidad por esta patología en la era preantibiótica, alrededor del 70o/o, se redujo abruptamente al utilizarse como terapia la intervención quirúrgica precoz con drenaje y cierre de la perforación (2).

El advenimiento de los antibióticos y los progresos recientes en el cuidado de pacientes en estado crítico, inclinó progresivamente las preferencias hacia el manejo no quirúrgico de numerosos casos de perforación esofágica (3) (4).

La literatura más reciente parece enfatizar sobre la adopción de distintos criterios terapéuticos para diferentes tipos de perforación esofágica (5). Es ésta una presentación de dos casos de perforación iatrogénica del esófago tratados satisfactoriamente y una

actualización sobre aspectos terapéuticos obtenida de la literatura reciente con especial énfasis en la situación particular de perforación en el esófago previamente obstruido.

CASO No. 1:

Varón de 59 años de edad que consulta por disfagia de 2 meses de evolución, progresiva, ingesta limitada a líquidos. Pérdida de peso de 5 kg en ese lapso. Sin antecedente

Figura 1-1: Esofagograma. Estenosis de extremo inferior de esófago.



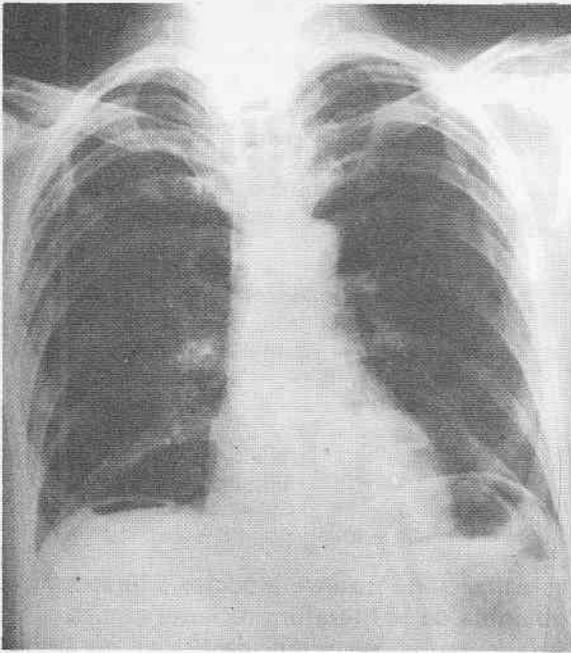


Figura 1-2: Radiografía de tórax preoperatoria. Neumoperitoneo.

tes patológicos de importancia, el examen físico sólo mostró signos leves de desnutrición. En la Rx contrastada de esófago se observó una estenosis concéntrica de límite mamelonado a nivel del cardias y moderado megaesófago. (Figura 1-1). Al día siguiente de la consulta, se practicó esofagoscopia con instrumental rígido bajo anestesia local sin dificultades, observándose mucosa infiltrada inmediatamente por encima del cardias con rigidez del esófago que impidió el avance del instrumento, no se observó masa tumoral y se practicó la biopsia de la mucosa anormal.

El paciente se retiró en buenas condiciones del Hospital y regresó 15 horas después con dolor abdominal intenso, hipotensión, timpanismo y ausencia de ruidos intestinales. Una Rx directa de tórax y abdomen superior mostró neumoperitoneo obvio. Con diagnóstico de perforación de esófago intraabdominal fue intervenido quirúrgicamente de inmediato practicándosele toracotomía izquierda, esofagogastrectomía con anastomosis subaórtica (Sweet) a la vez que lavado y drenaje del abdomen a través del mismo abordaje. (Figura 1-3). Su post-operatorio, que incluyó 5 días de Terapia Intensiva transcurrió sin complicaciones y fue dado de alta en el 11º día de intervención con deglución normal para líquidos y semisólidos.

El diagnóstico histopatológico fue Adenocarcinoma y una perforación puntiforme se detectó en el esófago abdominal.

El paciente evolucionó bien hasta el 6º mes post-operatorio en que debió ser reintervenido por estenosis con recidiva tumoral en la anastomosis. Recuperó satisfactoriamente su deglución mediante reimplante del esófago en el fondo gástrico libre de tumor.

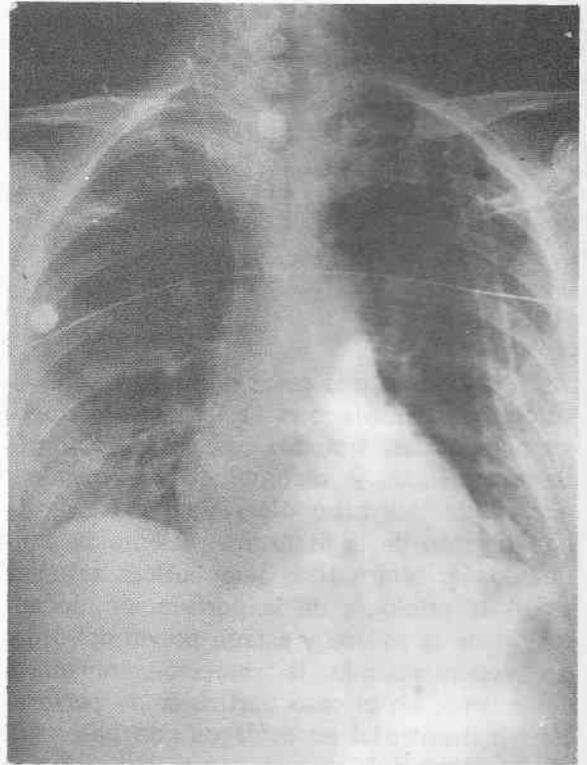


Figura 1-3: Radiografía de tórax postoperatoria.

CASO No. 2:

Mujer de 76 años de edad. Consulta por disfagia de 10 días de evolución. La Rx contrastada mostraba un esófago levemente estenosado pero con una lesión mamelonada, altamente sugestiva de neoplasia a nivel de su tercio medio. (Figura 2-1).

Se le había efectuado en otro hospital una esofagofibroscopia observándose lesión tumoral sin poder efectuar biopsia. El examen físico y de laboratorio no arrojaron datos anormales de significación. Al día siguiente se efectuó esofagoscopia con instrumental rígido bajo anestesia local. No pudo avanzarse con el instrumento más allá de los 30 cm, la mucosa a ese nivel era congestiva y de aspecto infiltrado.

Se tomó biopsia de la misma y retiró el instrumento. Al dejar el hospital una hora después la enferma se quejaba de dolor leve en base de hemitórax izquierdo. A las 20 ho-



Figura 2-1: Esofagograma. Estenosis de tercio medio con moderada dilatación.

ras de efectuada la endoscopia, concurre a la guardia por dolor intenso en todo el hemitórax izquierdo, disnea, cianosis y colapso circulatorio. Una radiografía de tórax mostró neumomediastino y derrame pleural. (Figura 2-2). Con diagnóstico de

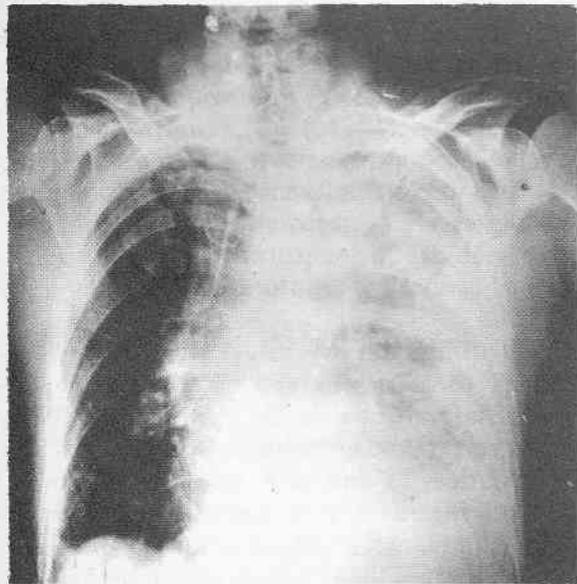


Figura 2-2: Radiografía de tórax preoperatoria tomada de cúbito dorsal. Neumomediastino y velamiento de hemitórax izquierdo.

perforación de esófago torácico abierto a la cavidad pleural se practicó de inmediato toracotomía izquierda, esofagectomía total, esofagostoma cervical y gastrostomía, procedimiento de dos horas de duración (Figura 2-3). Estuvo 72 horas en sala de Terapia Intensiva y fue dada de alta en el 12º día post-operatorio con alimentación satisfactoria por gastrostomía.

El examen histopatológico se informó como carcinoma epidermoide invasor de las capas musculares y llenando el órgano con agua, se pudo detectar un orificio puntiforme inmediatamente por encima de la neoplasia.

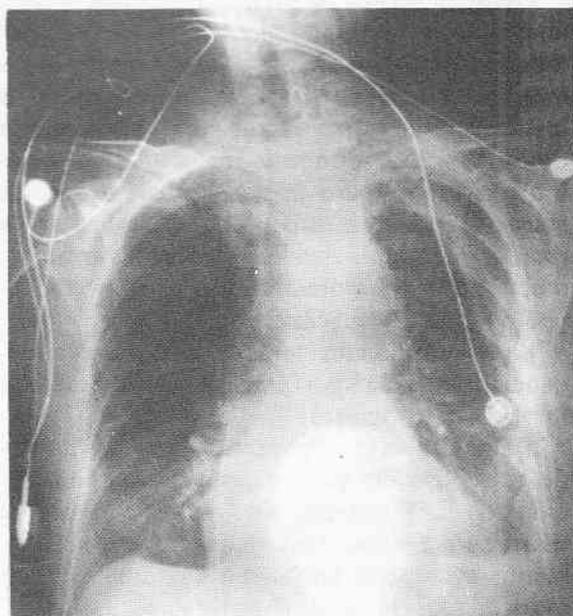


Figura 2-3: Radiografía de tórax postoperatoria.

DISCUSION

La perforación esofágica es clásicamente dividida en dos tipos: 1) la espontánea (Síndrome de Boerhaave) que constituye aproximadamente un 18o/o de los casos aunque con grandes variaciones entre las diferentes series publicadas, y 2) la traumática, que incluye la gran mayoría de los pacientes y puede a su vez deberse a mecanismos diversos: instrumentación, trauma externo, cuerpo extraño, y manipuleo quirúrgico en cirugías del propio esófago o de órganos vecinos. La incidencia de cada una de ellas es difícil de precisar, no obstante, las de tipo instrumental son las más frecuentes en cualquier serie, (alrededor del 60o/o de todas las perforaciones) y surgen como complica-

ción del 0,2o/o a 0,3o/o de las endoscopías y de hasta 5o/o de las dilataciones esofágicas (6).

El análisis de más de 200 casos publicados en diferentes series, permite observar que a nivel cervical casi la mitad de las perforaciones son de origen traumático externo seguidas de las post-instrumentación que representan un 20o/o. A nivel torácico las más frecuentes son las post-dilatación, algo más del 40o/o y luego las consecutivas a endoscopia que representan el 17o/o de las perforaciones torácicas. En el esófago abdominal las 3/4 partes de las perforaciones son espontáneas o post-dilatación con aproximadamente igual frecuencia para cada una.

Desde el punto de vista diagnóstico, si bien la ruptura espontánea plantea a veces dificultades, ello no sucede con los de origen traumático; al antecedente de trauma externo o instrumentación se agregan habitualmente dolor torácico, disnea y frecuentemente fiebre; en un número importante de enfermos aparece enfisema subcutáneo cervical y la radiología simple suele ser concluyente demostrando neumomediastino, neumoperitoneo o hidroneumotórax.

Las posibilidades terapéuticas ante la evidencia de una perforación esofágica son limitadas y concretas:

a) Tratamiento "conservador" el limitado al reposo del tubo digestivo y administración de antibióticos sin realizar maniobra quirúrgica alguna. Tratamiento que habitualmente acompaña también a cualquiera de las modalidades quirúrgicas de terapia.

b) Drenaje de la zona de perforación con sutura o no de la brecha, para algunos el verdadero tratamiento conservador (7) y que incluye el drenaje de la cavidad pleural en las perforaciones del esófago torácico.

c) Resección esofágica con reconstrucción inmediata o diferida del tubo digestivo.

Los factores clásicamente reconocidos como importantes para el resultado final de la terapéutica son: a) el tiempo transcurrido entre la perforación y el inicio del tratamiento. b) Causa de la perforación. c) Sitio de la perforación. d) La presencia de complicación pleural. e) El tipo de enfermedad esofágica subyacente (8) (6). De todos ellos, el último es en nuestra opinión el de mayor peso en la primera decisión para adoptar tratamiento conservador o cirugía; la presencia de obstrucción significativa al tránsito esofágico, creemos es situación que obliga a procedimientos quirúrgicos de resección o por lo menos abocamiento del órgano a la piel, proximal a la perforación y estenosis.

Si bien en la última década los progresos en el campo del cuidado intensivo de pacientes críticos ha disminuido drásticamente las cifras de mortalidad por esta patología, el análisis de numerosas series publicadas muestra con pocas excepciones, que el tratamiento médico de la perforación esofágica se acompaña de una elevada morbilidad que alcanza a veces el 50o/o de los pacientes que sobreviven, manifestada por internaciones prolongadas, estrechez esofágica y fístula residual. Estas complicaciones y la patología esofágica original requieren uno o más procedimientos quirúrgicos cada uno con su propia incidencia de morbilidad y mortalidad. El manejo estrictamente médico debería reservarse solamente para el tratamiento de perforaciones que reúnan los siguientes criterios publicados por Cameron en 1978 (3): a) colección contenida por la pleura mediastinal o por la cara mediastinal de la pleura visceral, b) con drenaje de la misma hacia el esófago, c) en un paciente con síntomas leves y sin manifestaciones de sepsis.

Debe reconocerse que es excepcional el hallazgo de un paciente con perforación esofágica que reúna todos estos criterios, los cuales llevan implícita además la condición de esófago no obstruido. En el mejor de los casos, por otra parte, la curación con esta modalidad terapéutica es sumamente lenta y son necesarias internaciones muy prolongadas; en la serie de Cameron el promedio de las mismas fue superior a 27 días.

El método de exploración de la zona perforada y drenaje de la misma, acompañada o no de sutura de la brecha, es de distinta utilidad según el nivel de la perforación. Es de muy simple realización y tiene habitualmente excelentes resultados en los de localización cervical (16) (9), lo que adquiere particular importancia si se tiene en cuenta la proporción elevada de perforaciones cervicales en esófagos sin patología obstructiva debidas principalmente a trauma externo cervical o ruptura endoscópica (10) (11).

La utilización de este modo en perforaciones torácicas, es todavía motivo de importante controversia. Si bien algunos enfermos son curados definitivamente con esta terapéutica, la mayoría requieren prolongadas internaciones y lo que es más importante, un número considerable de ellos desarrollan complicaciones graves como fístula esofágica o estenosis. El análisis de 64 casos tratados en esta forma, publicadas en siete series diferentes permite observar compli-

caciones en 33 de ellos (51o/o). Si se descartan las de localización cervical, de habitual mejor evolución, la incidencia de complicaciones aumenta abruptamente. Además, si se tiene en cuenta que esta evolución corresponde a perforación de órganos que conservan su permeabilidad, razonablemente debe esperarse que sea excepcional la curación en aquellos casos en que a la perforación se agrega obstrucción por patología esofágica previa. El análisis de la literatura es coincidente con esa idea con esporádicas comunicaciones de éxitos terapéuticos (4) (12).

El tercer tipo de tratamiento postulado para este problema, es la resección esofágica con reconstrucción del tubo digestivo en uno o dos tiempos. Si bien ha sido demostrado que el solo tratamiento médico o el conservador de drenaje y sutura, tienen aplicación en determinados tipos de ruptura esofágica la literatura médica de los últimos 20 años no demuestra que la esofagectomía y reconstrucción se acompañe de incidencia importante de fallas, internación prolongada o elevada morbimortalidad (7) (10). Consideramos que el método es de indicación sine qua non en todas aquellas perforaciones torácicas o abdominales acompañadas de patología esofágica obstructiva preexistente y en rupturas de esas localizaciones, de evolución superior a las 24 horas en los que la infección, el mal estado de los tejidos y frecuentemente el estado general del enfermo condicionan el éxito del procedimiento de drenaje y sutura. Con este criterio se solucionan en un solo procedimiento, la patología original y la complicación, a la vez que se excluye el paciente de la posibilidad de complicaciones propias del procedimiento paliativo como también de la necesidad de tratamiento definitivo ulterior. La literatura revisada y los casos presentados avalan este pensamiento (7) (14) (18) (13).

CONCLUSION

Los casos presentados coinciden con la opinión prevalente en la literatura de los últimos 20 años referida a que la perforación esofágica instrumental, asociada a obstrucción esofágica previa neoplásica o inflamatoria deben ser tratados quirúrgicamente con inmediata resección del segmento esofágico donde asientan ambas lesiones o de todo el órgano, con reconstrucción inmediata o diferida de la continuidad del tubo digestivo.

Del análisis de esa misma literatura parecen afirmarse como más convenientes los procedimientos de drenaje con o sin cierre de la brecha en rupturas cervicales, reservando el tratamiento exclusivamente médico para los casos excepcionales de esófagos sin obstrucción que además reúnen condiciones especiales.

SUMMARY

Two cases are presented with instrumental perforation of obstructed esophagus treated by emergency esophagectomy and immediate or delayed reconstruction of the digestive tube. Through a revision of the literature different therapeutic alternatives are considered regarding the etiology of the perforation its localization and the presence of previous esophageal obstruction. Immediate esophagectomy is the treatment of choice in the particular case of instrumental perforation of the esophagus at any level in patients with previous obstructing disease.

BIBLIOGRAFIA

- 1) Keighley, M. R. B.; Girdwood, R. W.; Wooler, G. H.; Iohescu, M. I.: "Morbidity and mortality of esophageal perforation". Thorax 27: 353 - 1972.
- 2) Jemerin, E. E.: "Results of treatment of perforations of esophagus". Ann.Surg.128: 971 - 1948.
- 3) Camerón, J. L.; Kieffer, R. F.; Hendix T. R.; Mehigan, D. G.; Baker, R. R.: "Selective nonoperative management of contained intrathoracic esophageal disruptions". Ann. Thor. Sur. 27: 404 - 1979.
- 4) Mengali, L. R.; Klassen, K. P.: "Conservative management of esophageal perforations". Arch. Surg. 91: 238 - 1965.
- 5) Ajalat, G. N.; Mulder, D. G.: "Esophageal Perforations. The need for an individualized approach". Arch. Surg. 119: 1.318 - 1984.
- 6) Triggiani, E.; Belsey, R.: "Esophageal trauma: incidence, diagnosis and management". Thorax 32: 241 - 1977.
- 7) Goldstein, L. A.; Thompson, W. R.: "Esophageal perforations: A 15 year experience". Am. J. Surg. 143: 495 - 1982.
- 8) Michel, L.; Grillo, H. C.; Alt, R. A.: "Operative and nonoperative management of esophageal perforations". Ann. Surg.194: 57- 1981.
- 9) Groves, L. K.: "Instrumental perforation of the esophagus. What is conservative management?".
- 10) Johnson, J.; Schwegman, C. W.; MacVaugh, H.: "Early esophagogastrectomy in the treatment of iatrogenic perforation of the distal esophagus". J. Thor. Cardio. Surgery 55: 24 - 1968.
- 11) Rosemberg, M.; Fonseca, R.; Dillon, H.: "Perforaciones esofágicas, evoluciones no habituales". Rev. Arg. Cirugía 48: 297 - 1985.
- 12) Skinner, D. B.; Little, A. G.; De Meester, T. R.: "Management of esophageal perforation". Am. J. Surg. 139: 760 - 1980.
- 13) Sarr, M. G.; Pemberton, J. H.; Payne, W. S.: "Management of instrumental perforations of the esophagus". J. Thor. Cardio. Surg. 84: 211 - 1982.
- 14) Hendren, H. W.; Henderson, B. M.: "Immediate esophagectomy for instrumental perforations of the thoracic esophagus".