

Caso	(673) Laceración esofágica iatrogénica tras extracción endoscópica de cuerpo extraño.
Autores	María Del Mar Iglesias González, Carla Fuster Such, Maria Del Carmen Ojados Hernández, Maria Del Carmen Alcántara Zafra, Sandra Sánchez Jiménez, Renzo Javier Andrade Gonzales
Centro	Hospital General Universitario Reina Sofía (murcia)

EXPOSICIÓN DEL CASO

Varón de 41 años que refiere disfagia a sólidos tras ingesta de un trozo de pulpo y acude a Urgencias por imposibilidad de expulsarlo tras el vómito. A su llegada se contactó con endoscopista de guardia, realizando extracción de cuerpo extraño impactado con asa de diatermia en el quirófano, apreciando en la revisión inmediata laceración de la mucosa esofágica. Tras finalizar el procedimiento endoscópico el paciente presentó un súbito deterioro del estado general y del nivel de conciencia. A la exploración física en el quirófano se identifica taquicardia, taquipnea, hipotensión arterial y presencia de crepitantes a la palpación cervical bilateral, compatibles con enfisema subcutáneo. Se realizó un TC de tórax simple, en el que se identificó enfisema subcutáneo cervical, neumotórax bilateral, neumomediastino y neumatosis de la pared esofágica. Se completó estudio con TC abdominal con contraste oral e intravenoso, en el que se identificó progresión de la neumatosis a la pared del estómago y al sistema venoso portal hepático (a través de las venas perigástricas), sin extravasación de contraste oral a nivel esofágico. No obstante, debido al antecedente endoscópico y los hallazgos radiológicos, se diagnosticó de perforación esofágica. Fue ingresado en la UCI de nuestro hospital con antibioterapia de amplio espectro, presentando muy buena evolución, y siendo alta hospitalaria a la semana.

DISCUSIÓN

La perforación esofágica es una patología relativamente rara que consiste en la disrupción de la pared con presencia de aire ectópico en estructuras y espacios adyacentes, que difieren en función de la localización cervical y/o intratorácica de la lesión, disecando desde el espacio mediastínico, subcutáneo, pleural e incluso peritoneal. Su origen puede ser espontáneo, como en los síndromes de Boerhaave (ruptura completa) o Mallory-Weiss (laceración mucosa); o traumático, por cuerpos extraños o de origen iatrogénico, cada vez más frecuente debido al aumento del número de procedimientos invasivos, siendo las dilataciones esofágicas endoscópicas las de mayor riesgo. Se presenta clínicamente con un empeoramiento del estado general brusco, taquicardia, taquipnea severa sin tiraje respiratorio e hipotensión arterial, que suele acompañarse de dolor torácico lacerante. Ante la sospecha clínica de perforación esofágica suele realizarse inicialmente un esofagograma con contraste yodado, por su menor tiempo de absorción; aunque si existe sospecha de fístula respiratoria se debe administrar un contraste baritado, ya que el yodo puede provocar edema pulmonar. Si no se identifica perforación, debe realizarse un estudio de TC toracoabdominal simple y con contraste oral e

intravenoso, que permita el diagnóstico y localización de la perforación, presencia de aire ectópico (neumomediastino, neumotórax, neumoperiteno...); así como la identificación y seguimiento de posibles complicaciones (mediastinitis, abscesos...). Las complicaciones más frecuentes de la perforación esofágica son infecciosas, siendo la mediastinitis la de mayor morbimortalidad, debido a la estructura anfractuosa del mediastino y su dificultad para el drenaje espontáneo de colecciones líquidas. Debido a esto, el tratamiento antibiótico precoz de amplio espectro es una de las medidas preventivas más importantes en los pacientes con perforación de víscera hueca y afectación mediastínica.

CONCLUSIÓN

La perforación esofágica es una patología rara de causa espontánea o traumática, siendo esta la más frecuente, que se presenta clínicamente con un emporamiento del estado general, taquipnea severa y dolor torácico. Las pruebas de imagen de elección son el esofagograma y/o la TC toracoabdominal con contraste oral e intravenoso, que permita el diagnóstico, extensión y complicaciones de la perforación, así como su seguimiento.

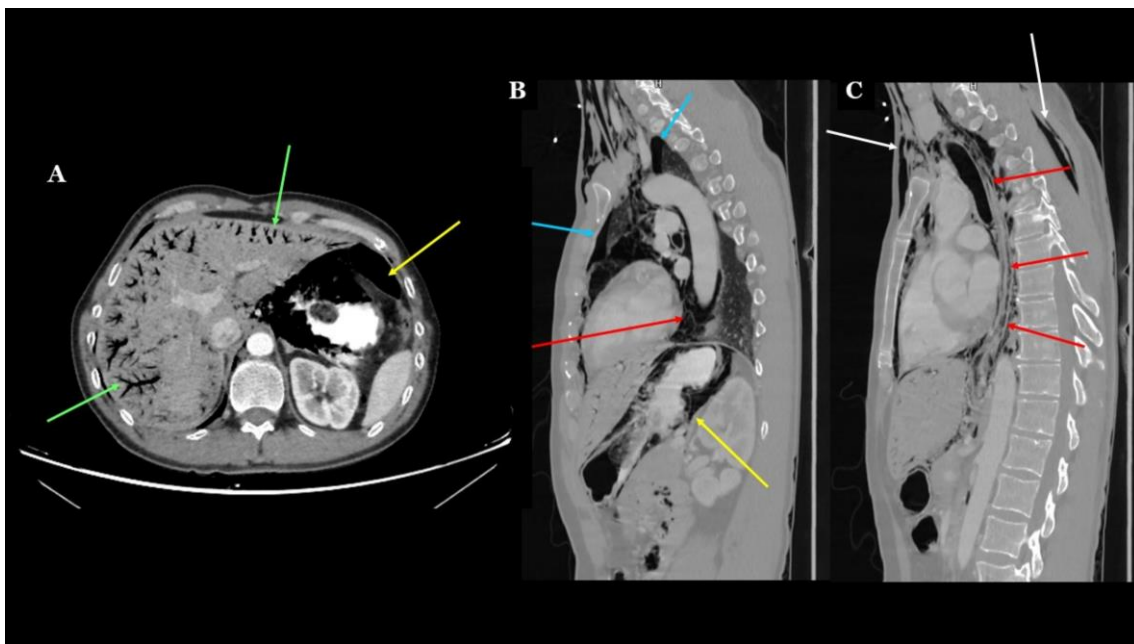


Imagen A: Corte axial de TC abdominal con contraste oral e intravenoso, identificando neumatosis portal periférica (flechas verdes) y neumoperitoneo (flecha amarilla), visualizando contraste oral en cámara gástrica. Imagen B: Corte parasagital izquierdo de TC de tórax simple en el que se observa neumotórax (flechas azules), neumomediastino anterior, medio y superior (flecha roja) y neumatosis de la pared gástrica (flecha amarilla). Imagen C: Corte sagital medio de TC de tórax simple con enfisema subcutáneo cervical anterior y posterior (flechas blancas), neumomediastino y neumatosis de la pared esofágica en prácticamente toda su extensión (flechas rojas).

BIBLIOGRAFÍA

- Young CA, Menias CO, Bhalla S, Prasad SR. CT Features of Esophageal Emergencies. *RadioGraphics*. 2008; 28(6): 1541-1553.
- Fadoo F, Ruiz D, Dawn S, Webb WR, Gotway M. Helical CT Esophagography for the Evaluation of Suspected Esophageal Perforation or Rupture. *AJR*. 2004; 182:1177-1179.
- Giménez A, Franquet T, Erasmus JJ, Martínez S, Estrada P. Thoracic Complications of Esophageal Disorders. *RadioGraphics*. 2002; 22: 247-258.