Caso (076) Perforación esofágica como intento de auto-

extracción de cuerpo extraño

Autores Laín Ibáñez Sanz, Jaime Alonso Sánchez, Raquel Sanz

Lucas, Zhao Hui Chen Zhou, Alfonso Escobar Villalba, Elena

Martínez Chamorro

Centro Hospital Universitario 12 De Octubre

EXPOSICIÓN DEL CASO

Paciente varón de 50 años que con motivo de una impactación esofágica tras ingerir un diente de ajo decide su auto-extracción con una cuchara. Tras varios intentos infructuosos desarrolla un importante edema facial, sialorrea y dolor cervical por lo que decide solicitar atención pre-hospitalaria quienes realizan una traqueostomía de emergencia por sospecha de reacción anafiláctica. A su llegada a urgencias, dado que el enfermo se encuentra estable y con la vía aérea asegurada, se decide realizar una TC cervico-torácica con CIV donde se identifica un extenso enfisema subcutáneo facial, cervical y torácico, un cuerpo extraño en esófago cervical y una pequeña colección para-esofágica izquierda. Ante el diagnóstico de perforación de esófago cervical se procede a una endoscopia para extracción de cuerpo extraño donde se confirma una perforación esofágica caudal al seno piriforme izquierdo. Finalmente se realiza cervicotomía izquierda donde se sutura un desgarro de 15 mm del esófago cervical.

DISCUSIÓN

La perforación de la vía digestiva alta (boca, faringe y esófago cervical) es un hallazgo infrecuente que normalmente debuta como un enfisema subcutáneo muy importante que suele asustar mucho tanto a los pacientes como a los médicos. Está descrito como una técnica habitual entre la población penitenciaria mediante la realización de cortes en la mucosa oral y sublingual seguidos de maniobras de valsalva ya que, habitualmente es confundido con un angioedema por una reacción anafiláctica, y por lo tanto es criterio de derivación hospitalaria urgente.

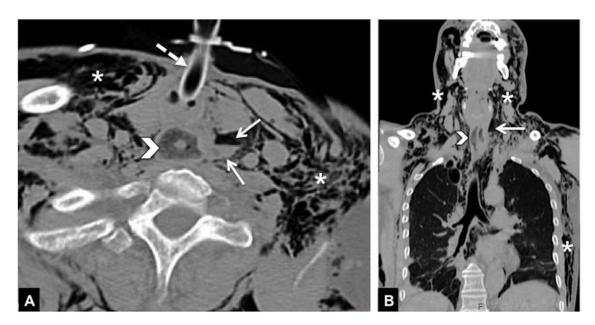
Otras causas de enfisema subcutáneo masivo en cabeza y cuello son las perforaciones y roturas de la vía aérea principal. Tanto en estos casos como en la perforación esofágica, la detección del punto exacto de rotura es muy difícil mediante técnicas de imagen de tal manera que la valoración endoscópica suele estar indicada en caso de dudas diagnósticas.

Por último, otras causas de enfisema subcutáneo facial son las fracturas de senos paranasales y tras extracciones dentarias.

En pacientes con un trauma penetrante cervical con sospecha de perforación de la vía aerodigestiva alta estaría indicado realizar un Angio-TC con CIV para valorar estructuras vasculares arteriales. La utilización de contraste oral es controvertida y la ausencia de fuga no excluye por completo la perforación.

CONCLUSIÓN

La presencia de enfisema subcutáneo facial y cervical extenso en ausencia de un trauma facial obliga a descartar perforación de la vía aérodigestiva, siendo en muchos casos muy difícil determinar por imagen el lugar exacto de la perforación.



TC cérvico-Torácico con CIV. Ventana de pulmón. A) Corte transversal a la altura del primer anillo traqueal coincidiendo con la traqueostomía de emergencia (flecha discontinua). B) Reconstrucción coronal. En ambas imágenes se observa un cuerpo extraño impactado en esófago cervical (cabeza de flecha) y una colección paraesofágica izquierda con un nivel hidroaéreo (flechas blancas) que marcan el lugar de la perforación. Debido a que los desgarros son muy pequeños y la resolución de la TC se encuentra muy limitada en cabeza y cuello, es muy infrecuente que en pacientes con un trauma penetrante cervical de la vía aerodigestiva podamos identificar directamente el lugar exacto de la perforación. En estos casos un extenso enfisema subcutáneo (asteriscos) que diseca todos los espacios cervicales, faciales y torácicos, puede ser el único signo radiológico que sugiera una perforación.

BIBLIOGRAFÍA

- 1- Goudarzi M, Navabi J. Self-induced subcutaneous facial emphysema in a prisoner: report of a case. Ear Nose Throat J. 2011 Jun;90(6):E5-6. doi: 10.1177/014556131109000616.
- 2- Borst GJ, Leenen LPH, Vriens PWHE, Hietbrink F. Penetrating Neck Injury in Two Dutch Level 1 Trauma Centres: the Non-Existent Problem. Eur J Vasc Endovasc Surg. 2019 Sep;58(3):455-462. doi: 10.1016/j.ejvs.2019.04.020.