

Acta Médica

Grupo Ángeles

Volumen **2**
Volume

Número **4**
Number

Octubre-Diciembre **2004**
October-December

Artículo:

Perforación esofágica por desgarro al descenso de una prótesis dental, reporte de un caso

Derechos reservados, Copyright © 2004:
Grupo Ángeles Servicios de Salud

Otras secciones de
este sitio:

-  [Índice de este número](#)
-  [Más revistas](#)
-  [Búsqueda](#)

*Others sections in
this web site:*

-  [Contents of this number](#)
-  [More journals](#)
-  [Search](#)



Perforación esofágica por desgarró al descenso de una prótesis dental, reporte de un caso

Alexis Bolio Galvis,* Klelia Medina Chávez,** Javier Luna Martínez ***

Resumen

La perforación del esófago es una lesión mortal que requiere la atención del especialista para la supervivencia del enfermo. La mayoría de las perforaciones del esófago ocurren como resultado de la realización de endoscopias terapéuticas o ingestión de cuerpos extraños. La hemorragia, penetración, perforación, mediastinitis y piotórax son complicaciones que pueden desarrollarse. Se reporta el caso de un paciente quien presentó perforaciones esofágicas múltiples, varias en el esófago cervical y una en el esófago torácico después de tragar su prótesis dental. Las perforaciones fueron resueltas por accesos quirúrgicos cervical y torácico. El enfisema mediastinal fue resuelto con el lavado del mediastino y la colocación de un tubo pleural a nivel mediastinal, la evolución postoperatoria fue excelente.

Palabras clave: Esófago, perforación esofágica, cuerpo extraño.

Summary

Perforation of the esophagus is a deadly injury that requires expert management for survival. Most esophageal perforations occur as a result of therapeutic endoscopy or ingestion of foreign bodies. Hemorrhage, penetration, perforation, mediastinitis, and pyothorax may develop. A patient is reported who sustained multiple esophageal perforations, several at the cervical esophagus and one at the thoracic esophagus after swallowing his dental prosthesis. The perforations were resolved by neck and thoracic surgery. Mediastinal emphysema was resolved with lavage of the mediastinum and intrathoracic mediastinal and pleural tubing, the patient outcome was excellent.

Key words: Esophagus, esophageal perforation, foreign bodies.

INTRODUCCIÓN

Actualmente, la causa más común de perforación esofágica es la instrumentación del esófago. La incidencia de perforaciones del esófago ha aumentado con el uso de procedimientos endoscópicos cada vez más invasivos. El diagnóstico depende de un alto grado de sospecha y reconocimiento de rasgos clínicos, se confirma por un esofagograma o la realización de endoscopia. La evolución después de la perforación del esófago depende de la causa y la situación de la lesión, la presencia de enfermedad esofágica subyacente, el intervalo entre la lesión y la iniciación del tratamiento. La reparación primaria reforzada de la perforación es el manejo más frecuentemente empleado en las reparaciones quirúrgicas del esófago. El manejo conservador de las perforaciones esofágicas consiste en la aplicación de antibióticos y nutrición parenteral o enteral, lo cual tiene particularmente éxito en lesiones pequeñas demostradas por un esofagograma con medio hidrosoluble o con una esofa-

* Hospital Ángeles del Pedregal.

** Médico General, Hospital Central Sur de Alta Especialidad de Petróleos Mexicanos.

*** Jefe del Departamento de Cirugía General del Hospital Central Sur de Alta Especialidad de Petróleos Mexicanos.

Correspondencia:

Dr. Alexis Bolio Galvis
Hospital Ángeles del Pedregal
Periférico Sur 3707 Torre Clínica Cons. 1182,
Col. Héroes de Padierna,
Del. Magdalena Contreras, C.P. 10700,
México Distrito Federal.
Correo electrónico: kyabolio@hotmail.com

Aceptado: 26-07-2004

goscopia sin que exista alteración pleural o sintomatología.¹ Sin embargo, para las perforaciones grandes con contaminación extensa del mediastino y pleura, una exclusión esofágica es primordial para salvar la vida. En pacientes vistos después de 24 horas, el tamaño de la perforación y la cantidad de infección mediastino-pleural, en lugar del tiempo transcurrido, dicta el tratamiento óptimo. El tratamiento conservador lleva el riesgo de desarrollar a corto plazo neumotórax o mediastinitis séptica.

REPORTE DEL CASO

Un paciente masculino de 78 años fue admitido en otra clínica con datos de dificultad respiratoria, vómito en dos ocasiones, disfagia, y dolor torácico severo, por lo que se le realizaron estudios de rayos-X encontrando en la tele de tórax, neumomediastino, neumotórax izquierdo y presencia de cuerpo extraño en el tercio inferior del esófago (*Figura 1*) (prótesis dental). El esofagograma con medio hidrosoluble mostró fuga del material en las porciones cervical y torácica del esófago. Se realizó endoscopia para



Figura 1. Tele de tórax que muestra neumomediastino, aire disecando el esófago y presencia de una prótesis dental en el interior del esófago.

intentar el retiro de la prótesis siendo este intento fallido por lo que es enviado a nuestra unidad para manejo.

El paciente se recibió 30 horas después de haber tragado la prótesis dental. El paciente se encontraba inconsciente con desnutrición grado dos y con intubación orotraqueal; los estudios del laboratorio revelaron leucocitosis de 12,200/muL, con un porcentaje de neutrófilos de 93%. Las concentraciones de TGO, TGP y DHL se presentaron ligeramente elevadas. La electrocardiografía no reveló ninguna anomalía. La radiografía de tórax demostró el neumotórax bilateral, el derecho a tensión, requiriendo la colocación de sondas endopleurales bilaterales, así mismo se corroboró la presencia de neumomediastino (*Figura 2*). No se encontró ninguna anomalía cardíaca en la auscultación. La auscultación pulmonar presentó hipoventilación basal bilateral e hipertimpanismo a la percusión, sin evidencia de enfisema en las regiones cervicales o torácicas. El examen abdominal era normal.

Por lo anterior se decide llevar al paciente a cirugía, el procedimiento comenzó con una toracotomía derecha encontrando secreción inflamatoria abundante, el esófago se localizó en su porción distal, se realizó una incisión de 3-4 cm para extraer la prótesis dental, se encontró una perforación a este nivel, se realizó un lavado de la cavidad torácica cerrando el esófago con puntos separados simples con polipropileno 2-0, se colocó un drenaje con una sonda de pleurostomía de 40Fr al mediastino y una de 28Fr a la porción apical pulmonar. Se realizó la exploración cervical del esófago encontrando múltiples perforaciones a este nivel por lo que se decidió cerrar la porción distal del esófago dejando un esofagostoma. El cierre y la



Figura 2. Tele de tórax que muestra neumotórax derecho a tensión y el neumotórax izquierdo simple, también se identifica la presencia de la prótesis dental en el interior del esófago.

ostomía fueron realizados con polipropileno 3-0. Se dejó un drenaje con un Penrose de 3/4. Finalmente se realizó un acceso abdominal para la realización de una gastrostomía tipo Stamm.

El paciente requirió manejo en la terapia intensiva por los siguientes 13 días, se aplicó terapia antibiótica, (metronidazol y merrem) debido a la mediastinitis y a los microorganismos múltiples que fueron encontrados en la secreción pleural (*Torulopsis glabrata*, *Candida albicans* y *Staphylococcus epidermidis*). Sostuvo manejo nutricional enteral por sonda de gastrostomía a base de dieta inmunológica y posteriormente polimérica.

El paciente dejó la terapia intensiva a los 13 días de estancia y pasó posteriormente 7 días en la unidad de cuidados intermedios, tiempo durante el cual presentó una evolución quirúrgica favorable; fue dado de alta a los 25 días realizándose la reanastomosis esofágica y cierre de gastrostomía a los 3 meses posteriores al alta.

La evolución postoperatoria fue satisfactoria, pero un mes después de la reconexión el paciente falleció por presentar infarto agudo del miocardio.

DISCUSIÓN

La edad más común de presentación de cuerpos extraños en el esófago está entre 0 a 9 años (32.6%), generalmente una moneda es el objeto extraño más común. En los adultos los huesos, bolos de carne y los huesos del pescado son los que comúnmente se encuentran. Las dentaduras postizas se encuentran por lo general en los pacientes ancianos.

La localización más usual para un cuerpo extraño es el tercio medio del esófago.

En la mayoría de los casos la extracción endoscópica es imposible y la única manera para retirar el cuerpo extraño es en quirófano.

Normalmente los pacientes se operan después de que el cuerpo extraño ha estado allí por un periodo largo y generalmente se asocian esofagitis, periesofagitis y mediastinitis severas. Eso hace difícil la localización del cuerpo extraño y hace necesaria una esofagotomía amplia que complica el periodo post-operatorio de forma importante.

Según el estudio de la Sociedad Americana de Endoscopia Gastrointestinal realizado en 1976, la perforación esofágica ocurre en 0.03% de las endoscopias superiores y en 0.25% de las dilataciones del esófago con globo.² La segunda causa más común de perforación del esófago es la ingesta de un cuerpo extraño.³

Las perforaciones de la pared anterior del esófago pueden drenar hacia los espacios pretraqueal o retroesofágico (prevertebral), y por consiguiente, en el mediastino, produciendo mediastinitis severas o fatales.

Aunque la mayoría de las perforaciones esofágicas se tratan quirúrgicamente, la mortalidad es alta (22%).⁴ Los factores pronósticos importantes son el tiempo que transcurre entre el evento y el diagnóstico, el tamaño y características de la perforación, y la presencia de inflamación local o sepsis. En pacientes tratados dentro de las primeras 24 horas la supervivencia es alta (92%). Sin embargo, en los pacientes que tardan 24 o más horas después de la lesión, la mortalidad es alta (40% a 50%). La mayoría de las complicaciones (64%) ocurren después de las 24 horas posteriores a la reparación quirúrgica.⁴ El diagnóstico temprano e intervención son necesarios para prevenir la morbilidad y mortalidad después de la perforación del esófago. La mayoría de las perforaciones del esófago son asociadas con un mal pronóstico y requieren el tratamiento quirúrgico inmediato.

Las perforaciones espontáneas del esófago en las que no se realiza algún procedimiento quirúrgico temprano son asociadas con una morbi-mortalidad alta. Las perforaciones esofágicas crónicas con comunicación a la cavidad mediastinal pueden ser tratadas con drenajes internos de la cavidad hacia el esófago para convertir la perforación transmural en una disección intramural del esófago.⁵

En nuestro paciente, varios detalles merecen ser recalcados, el paciente presentó una alta probabilidad de morbi-mortalidad debido al intervalo entre la perforación y el manejo quirúrgico, como esperábamos el paciente presentó mediastinitis severa, lo que dio un peor pronóstico. Se realizó una cirugía mayor en un hombre anciano con desnutrición grado dos, todo esto nos hizo suponer que el resultado clínico iba a ser fatal pero el paciente se recuperó del procedimiento favorablemente después de una terapéutica adecuada.

La exploración cervical y mediastinal debe reservarse sólo para aquellos enfermos que presenten perforaciones esofágicas demostradas a dichos niveles, o en su defecto que presenten signos o síntomas de infecciones cervicales o mediastinales secundarias a la presencia de cuerpos extraños o perforaciones esofágicas.

REFERENCIAS

1. Cameron JL, Kieffer RE, Hendrix TR, Mehigan DG, Baker RR. Selective nonoperative management of contained intrathoracic esophageal disruptions. *Ann Thorac Surg* 1979; 27(5): 404-8.
2. Silvis SE, Nebel O, Rogers G, Sugawa C, Mandelstam P. Endoscopic complications: results of the 1974 American Society for Gastrointestinal Endoscopy Survey. *JAMA* 1976; 235: 928-30.
3. Selivanov V, Sheldon GF, Cello JP, Crass RA. Management of foreign body ingestion. *Ann Surg* 1984; 199: 187-91.
4. Jones WG II, Ginsberg RJ. Esophageal perforation: a continuing challenge. *Ann Thorac Surg* 1992; 53: 534-43.
5. Kerschmer JE, Beste DJ, Conley SF, Kenna MA, Lee D. Mediastinitis associated with foreign body erosion of the esophagus in children. *Int J Pediatr Otorhinolaryngol* 2001; 59(2): 89-97.