

Cartas al Editor

Estimado editor:

Respetuosamente me dirijo a usted con el propósito de solicitarle me permita hacer algunas consideraciones relacionadas con el interesante artículo que recién publicaron Noriega-Maldonado y colaboradores¹ en la prestigiosa revista que usted dirige.

Quisiera en primer término, referirme a la enorme cantidad de pacientes víctimas de algún tipo de accidente que observaron en un periodo relativamente corto, lo que me hace suponer la posibilidad de que un estudio epidemiológico basado en ese número de enfermos hubiera dado como resultado un trabajo tanto o más interesante que el relacionado con la perforación esofágica. De esa cantidad, 30,480 casos, se desprende que observan casi 17 individuos accidentados diariamente, lo que traduce una envidiable casuística que ya quisiéramos tener quienes nos preparamos de estar en centros especializados en traumatología de una ciudad de las características del Distrito Federal.

Por otro lado, quisiera exponer a los autores que en principio no me parece muy afortunado referirse a su universo de trabajo como grupo de "mayor impacto", porque querría decir que los menores de 15 y mayores de 49 años son grupos de "menor impacto", lo que de ninguna manera coincide con lo que consideramos como impacto del fenómeno en la edad pediátrica.

Respecto al análisis estadístico a que hacen referencia, en realidad no debió haber sido mencionado, pues no es un análisis como tal, mucho menos de carácter estadístico. Las variables estudiadas no permiten hacerlo y el número de pacientes es muy pequeño.

Finalmente, quisiera manifestar a los autores que en el grupo de pacientes que sufrieron perforación del esófago cervical por una herida penetrante, cinco por proyectil de arma de fuego y uno por instrumento punzocortante, hubiera sido deseable que se refirieran las lesiones asociadas concomitantes, casi siempre

presentes cuando el mecanismo de producción del accidente es el mencionado.

Pero si no las hubo, lo cual me parecería extraño, entonces considero que este grupo de enfermos fue sometido a procedimientos quirúrgicos demasiado drásticos, si tomamos en consideración que la posibilidad de mediastinitis es inexistente y que la ubicación y las barreas naturales en torno del órgano lo blindan, lo cual lo hace tributario de manejo conservador no operatorio,^{2,3} a no ser que el diagnóstico haya sido equivoco o haya alguna otra lesión.

Para terminar, estoy totalmente de acuerdo en que la perforación, la intratorácica del esófago, independientemente de que el diagnóstico se haga oportuna o tardíamente, es la condición traumática más peligrosa que puede afectar al tubo digestivo. Pero también estoy cierto que la afectación estrictamente cervical es, así mismo, la de mejor pronóstico, de ahí que procedimientos operatorios mutilantes no deban ser normas de manejo.

Carlos Baeza-Herrera,
Académico titular de la Academia Mexicana de Cirugía.
Profesor titular del Curso de Cirugía, UNAM.
Jefe del Departamento de Cirugía,
Hospital Pediátrico Moctezuma.

Referencias

1. Noriega OM, Guevara LT, Belmares JAT. Perforación esofágica. Cir Ciruj 2005;73:431-436.
2. Baeza HC, García LMC. Perforación esofágica. En: Baeza HC, editor. Traumatología pediátrica. México: Proyectos Editoriales; 1997. pp. 89-96.
3. Baeza HC. Perforación esofágica en pediatría. Panam J Trauma 1996;2:426-429.

Distinguido editor:

Antes que nada tenemos gran alegría por la gran controversia creada por nuestro artículo en la prestigiosa revista *Cirugía y Cirujanos*, por lo que agradecemos la preocupación y el tiempo que nuestros colegas le otorgan a este tipo de publicaciones.

En ningún momento aludimos a pacientes con algún tipo de accidente. Nos referimos a pacientes que sufrieron traumatismo, independientemente de la magnitud del mismo, y que ingresan

ron al Servicio de Urgencias de nuestro hospital en el periodo de estudio. Traumatismo, de acuerdo con la Real Academia Española, es una lesión de los órganos o los tejidos por acciones mecánicas externas. Accidente lo define como un suceso eventual o acción de que involuntariamente resulta daño para las personas o las cosas.¹

Por otra parte, el promedio anual de pacientes atendidos en el Servicio de Urgencias en nuestro hospital es de 26,000 pacientes; de éstos, los traumatizados que ingresan al Servicio de Ur-

gencias de nuestro hospital es de 6,100 casos. En estos momentos estamos realizando un estudio epidemiológico prospectivo sobre estos casos, por lo pronto podemos adelantar que una de cada cuatro cirugías realizadas (de urgencia o no) es en paciente traumatizado, y que 23 % de los pacientes que ingresan a urgencias de nuestra institución lo hace por esta causa.

Nuestro universo de trabajo son todos los pacientes con perforación esofágica, independientemente de la edad, y no sólo los del grupo de edad mencionado en la carta, que sí es el de mayor impacto económico y de presentación del fenómeno perforación esofágica (al menos en nuestro estudio), ya que no tuvimos pacientes menores de 15 años con esta patología. En ningún momento nos referimos a "mayor impacto" como grupo de edad; la parte del escrito a que hace referencia es "el grupo de edad de mayor impacto económico", y definitivamente el grupo pediátrico es el que aporta menos recursos para el entorno familiar.

Respecto al comentario del análisis estadístico estamos de acuerdo; es un análisis básico y como puede o no mencionarse, decidimos hacerlo. Obviamente no puede presumirse un análisis sofisticado con un grupo tan pequeño de pacientes, pero es necesario demostrar un análisis de una patología, que más que nada pudiera considerarse como experiencia.

De los pacientes con perforación esofágica cervical, uno fue por trauma cerrado de abdomen superior, en quien el diagnóstico se hizo una semana posterior al evento ya que hasta entonces acudió el paciente a recibir atención; presentó absceso cervical profundo, el cual se manejó con drenaje y gastrostomía al confirmar el diagnóstico con tránsito esofágico. Los otros cinco pacientes que tuvieron lesión esofágica cervical fueron por trauma penetrante: a tres se les hizo el diagnóstico oportunamente, dos de los cuales se manejaron con cierre primario y drenaje cervical y otro conservadoramente por presentar una lesión puntiforme, confirmada también mediante tránsito esofágico; a los dos pacientes restantes el diagnóstico se realizó en forma tardía y en ambos el tratamiento fue quirúrgico (cuadro I del artículo), uno de estos pacientes falleció debido a sepsis.² Por cierto, sí se hace énfasis en las lesiones asociadas. Además, consideremos que los criterios para el manejo conservador de esta patología se encuentran bien definidos desde 1979 por Cameron, con buenos resultados.³

Por otra parte, el tratamiento de la perforación del esófago cervical no se basa en la presencia o ausencia de lesiones asociadas sino en la magnitud o gravedad de la misma, y principalmente en la prontitud con que se lleva a cabo el diagnóstico.

Estamos de acuerdo en que la perforación del esófago cervical diagnosticada y tratada de forma oportuna es la de mejor pronóstico, llegando a realizar de forma quirúrgica procedimientos sencillos que involucren un cierre primario con un drenaje cervical; sin embargo, cuando el diagnóstico y el tratamiento se retrasan por más de 24 horas, se incrementa el riesgo de complicaciones como abscesos, mediastinitis, sepsis, etcétera; en estos casos el tratamiento siempre es quirúrgico, pudiendo ir desde un drenaje cervical hasta la resección esofágica, sin ser esta la conducta rutinaria ante dichos casos, como lo mencionamos en nuestro artículo.^{2,4-12}

Atentamente

Octavio Noriega-Maldonado y Lorenzo Guevara-Torres

Referencias

1. Diccionario General de la Lengua Española VOX. 22^a edición. España: Espasa Calpe; 2001. Disponible en: <http://www.rae.es/>
2. Noriega-Maldonado O, Guevara-Torres L, Belmares-Taboada JA. Perforación esofágica. Cir Ciruj 2005;73:431-436.
3. Cameron JL, Kieffer RF, Hendrix TR, Mehigan DG, Baker RR. Selective nonoperative management of contained intrathoracic esophageal disruptions. Ann Thorac Surg 1979;27:404-408.
4. Goldstein LA, Thompson WR. Esophageal perforations: a 15 year experience. Am J Surg 1982;143:495-503.
5. Salo JA, Isolauri JO, Heikkila LJ, et al. Management of delayed esophageal perforation with mediastinal sepsis. Esophagectomy or primary repair? J Thorac Cardiovasc Surg 1993;106:1088-1091.
6. Flynn AE, Verrier ED, Way LW, Thomas AN, Pellegrini CA. Esophageal perforation. Arch Surg 1989;124:1211-1214.
7. Urschel HC Jr, Razzuk MA, Wood RE, Galbraith N, Pockey M, Paulson DL. Improved management of esophageal perforation: exclusion and diversion in continuity. Ann Surg 1974;179:587-591.
8. Morgan RA, Ellul JP, Denton ER, Glynn M, Mason RC, Adam A. Malignant esophageal fistulas and perforations: management with plastic-covered metallic endoprostheses. Radiology 1997;204:527-532.
9. Liedman B, Johnsson E, Lundell L. Treatment of iatrogenic perforations with covered stents in patients with oesophageal cancer. Eur J Surg 2001;167:672-674.
10. Adam DJ, Thompson AM, Walker WS, Cameron EW. Oesophagogastrectomy for iatrogenic perforation of oesophageal and cardia carcinoma. Br J Surg 1996;83:1429-1432.
11. Orringer MB, Stirling MC. Esophagectomy for esophageal disruption. Ann Thorac Surg 1990;49:35-42.
12. Gupta NM. Emergency transhiatal oesophagectomy for instrumental perforation of an obstructed thoracic oesophagus. Br J Surg 1996;83:1007-1009.

