

# Manejo quirúrgico de perforación esofágica

Kevin Alberth Nieto Yrigoin <sup>a</sup>

Juan Carlos Luna Cydejko <sup>b</sup>

Nestor Palacios Bran <sup>c</sup>

Elizabeth Barrera Melgarejo <sup>c</sup>

Alfredo Mares Morote <sup>c</sup>

## RESUMEN

Mujer de 42 años con diagnóstico de acalasia, admitida en la institución para dilatación neumática esofágica. En el procedimiento se evidencia a 20mm de la unión gastroesofágica diagnosticándose perforación esofágica una solución de continuidad de 25 mm. Se maneja con stent metálico autoexpandible totalmente cubierto, rafia del defecto vía laparoscópica y drenaje torácico, paciente pasa a Unidad de Cuidados Intensivos, presenta evolución favorable y obtiene su alta médica en el décimo día de hospitalización.

## Abstract

*A 42-year-old woman with a diagnosis of achalasia, admitted to the institution for esophageal pneumatic dilation. In the procedure, 20 mm from the gastroesophageal junction, a 25 mm continuity solution is evident, diagnosing esophageal perforation. She is managed with a fully covered self-expanding metal stent, laparoscopic defect raffia and thoracic drainage, the patient is transferred to the Intensive Care Unit, presents a favorable evolution and is discharged on the tenth day of hospitalization.*

**Palabras clave:** Perforación esofágica, dilatación neumática, acalasia.

**Keywords:** Esophageal perforation, pneumatic dilation, achalasia.

a. Médico Residente de Cirugía General de la Clínica Internacional sede San Borja.

b. Jefe del servicio de Cirugía General de la Clínica Internacional sede San Borja.

c. Médico Asistente de Cirugía General de la Clínica Internacional sede San Borja

## Introducción

La perforación esofágica es una condición que amenaza la vida, presentando una mortalidad de hasta 40% que puede duplicarse a las 24 horas si esta no es diagnosticada. La ingestión de cuerpos extraños y las iatrogenias son sus causas más comunes<sup>1</sup>.

En 1723 Hermann Boerhaave describió el primer caso de perforación esofágica pero no fue hasta 1940 cuando se realizaron los primeros intentos quirúrgicos de reparación. Con la llegada de los procedimientos endoscópicos y sus complicaciones la incidencia de esta patología fue en ascenso<sup>2</sup>.

Las manifestaciones clínicas son variables, pudiendo ser una razón del retraso en el diagnóstico e inicio de tratamiento. Está demostrado estadísticamente que el lugar y extensión de la perforación impacta en el manejo y supervivencia del paciente<sup>3</sup>.

A pesar de numerosas investigaciones no se dispone un gold estándar para el tratamiento, existiendo diversas estrategias terapéuticas actualmente, por tal motivo se presenta un caso clínico describiendo nuestra experiencia de manejo en esta situación<sup>4</sup>.

## Caso clínico

Mujer de 42 años, procedente de la ciudad de Lima, Perú, con diagnóstico de acalasia, fue admitida en la institución para dilatación neumática esofágica programada. Mientras se realizaba el procedimiento, se evidenció a 20 mm de la unión gastroesofágica una solución de continuidad de 25 mm con sangrado activo, se colocaron clips endoscópicos, sin control del mismo. Se intuba para iniciar ventilación mecánica y solicitan interconsulta al servicio de cirugía general para manejo conjunto de urgencia. (figura 1)

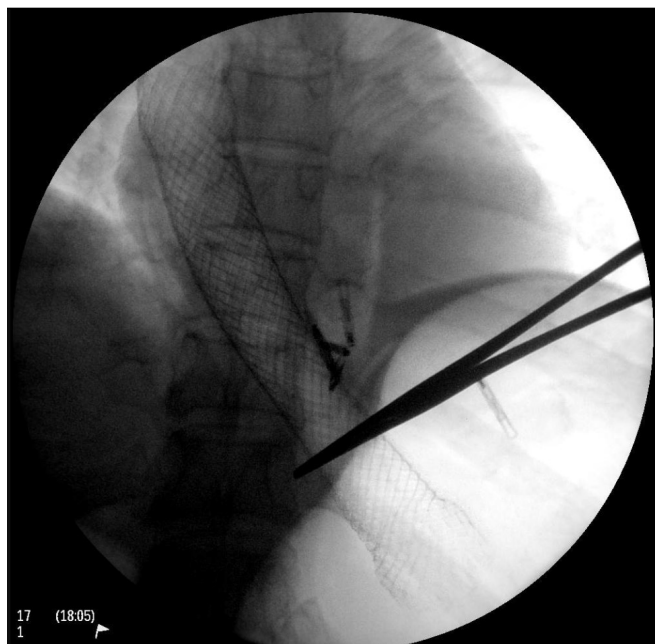


Figura 1: Stent esofágico en tercio distal

Con el diagnóstico de perforación esofágica, se decide intervenir quirúrgicamente por vía laparoscópica y endoscópica para colocación de stent metálico autoexpandible totalmente cubierto con el diagnóstico de perforación esofágica. (figura 2)

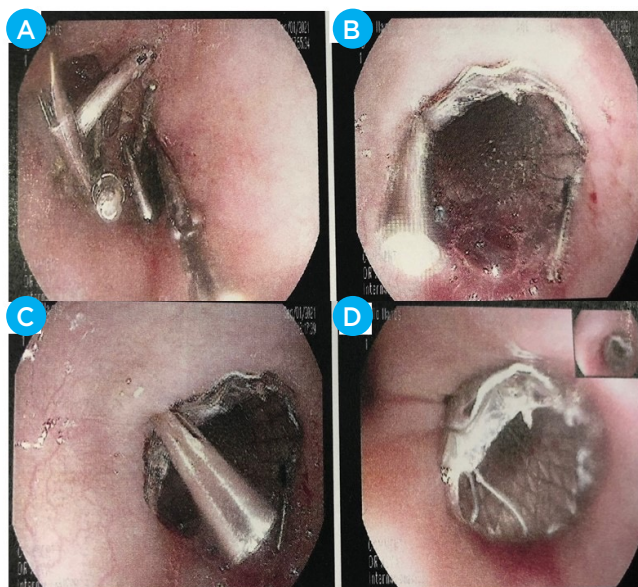


Figura 2: Imágenes endoscópicas  
A: se evidencia solución de continuidad de 25mm a 2cm sobre UEG, la cual está a 36 cm de la ADS; con clips en su borde  
B, c, d: stent metálico esofágico totalmente cubierto de 12 cm x 23 mm

Durante la laparoscopia se disecciona y divide los pilares diafragmáticos con posterior disección roma del esófago distal encontrándose solución de continuidad de 3 cm de longitud que afecta a la porción torácica del esófago con presencia de líquido inflamatorio lo que confirma el diagnóstico. Posteriormente se realiza rafia del defecto con puntos simples de prolene 3/0. Se realizó la prueba de azul de metileno para corroborar impermeabilidad de la sutura, siendo negativa bajo visualización endoscópica y laparoscópica. Se colocó tubo de drenaje torácico izquierdo por riesgo de mediastinitis.

Finalmente, paciente pasa con funciones estables a la Unidad de Cuidados Intensivos donde permaneció 8 días recibiendo antibioticoterapia. En su segundo día se inició dieta por sonda nasoyeyunal y ventilación espontánea; con el paso de los días presenta evolución clínica, radiográfica y laboratorial favorables; es dada de alta en el día 10 sin complicaciones, tolerando vía oral, con dieta blanda y tratamiento antibiótico y analgésico. (figura 3) (tabla 1)



**Figura 3:** Estudio radiológico de la zona esófago-gástrica, realizado con sustancia hidrosoluble iónica donde se muestra adecuado pasaje de la sustancia de contraste por Stent y no se evidencia fugas.

**Tabla 1**  
Resultados de laboratorio

	4-9-21	5-9-21	6-9-21	7-9-21	8-9-21	11-9-21
Hematies (x10 <sup>6</sup> cel/uL)	3.44	3.65	3.98	3.89	3.85	3.94
Leucocitos (x10 <sup>3</sup> cel/uL)	7.02	8.19	9.05	9.49	9.62	11.65
Plaquetas (x10 <sup>3</sup> cel/uL)	158	209	256	275	344	541
PCR (mg/L)	236.38	85.41	139.14	155.13	126.2	67.26

### Discusión

La perforación esofágica es un desafío diagnóstico y terapéutico debido a la rareza de la condición y la variabilidad en la presentación. El manejo quirúrgico se basa principalmente sobre pequeños estudios retrospectivos y opiniones de expertos<sup>5</sup>.

Independientemente de la etiología, la perforación esofágica es una urgencia quirúrgica. La fuga del contenido esofágico y gástrico en el mediastino crea una inflamación necrosante que puede conducir a sepsis, falla multiorgánica y muerte<sup>6</sup>.

En este caso, se realizó lo más recomendado por estudios previos, desde el manejo preoperatorio, operatorio y postoperatorio, gracias a que se contó con el material humano, equipos y ambientes adecuados para el mejor manejo y así obtener una evolución favorable como sucedió con nuestro paciente.

Las opciones de manejo incluyen terapia endoscópica y cirugía. Siendo los objetivos: prevenir la contaminación, tratar la infección, restaurar la continuidad del tracto digestivo y proporcionar apoyo nutricional<sup>7</sup>.

Además su manejo requiere evitar ingesta oral, soporte nutricional, antibióticos de amplio espectro, inhibidor de bomba de protones y drenaje de colecciones<sup>7</sup>.

El abordaje endoscópico sugiere el uso de stents plástico removible o metálico autoexpandible a menudo se retira a las 6 u 8 semanas. Al parecer los metálicos parecen ser más eficaces<sup>7</sup>.

El manejo quirúrgico incluye la reparación primaria del defecto, drenaje y en algunos casos esofagectomía<sup>7</sup>.

Puede tratarse mediante cierre primario independiente del intervalo de tiempo entre la lesión y el ingreso hospitalario; pero es dependiente del

estado hemodinámico del paciente, presencia de patologías coexistentes y la idoneidad del músculo esofágico y la capa muscular<sup>9</sup>.

Los principios generales son el debridamiento del tejido desvitalizado, exponer toda la extensión de la mucosa y cerrarla con suturas interrumpidas absorbibles<sup>7</sup>.

El manejo posoperatorio es necesario y estricto para una evolución favorable. Incluye evitar ingesta oral al menos 7 días, apoyo nutricional que debería empezar al segundo o tercer día, antibioticoterapia, esofagograma de contraste en el día 7, permanencia de drenajes hasta la tolerancia oral.

En el 2017 Zimmermann y colaboradores trataron 80 pacientes con perforación esofágica, presentaron una tasa de supervivencia del 82%, la mayor prevalencia de perforaciones estuvo en el tercio distal 49.61%<sup>8</sup>.

En el 2017 Piotr concluyó en su estudio de 16 casos que la causa más común es la iatrogénica, asoció un incremento en la mortalidad en pacientes diagnosticados posterior a 24<sup>9</sup>.

En el 2019 Vu Huu encontró que la tasa de mortalidad de era menor (11.5%) en pacientes con tratamiento quirúrgico y 20% en no tratados quirúrgicamente. Además, concluyó que el intento de reparación primaria dentro de las 72 horas se obtiene un resultado más satisfactorio<sup>7</sup>.

Finalmente, nuestro paciente evolucionó favorablemente gracias al manejo realizado basado en bibliografía actualizada. Actualmente sigue en evaluación continua por consultorio externo sin presentar complicaciones desde alta médica.

## Bibliografía

1. Carrascosa M, Herreras-Martínez R, Trugeda-Carrera S, Terán A, Fernández-Díaz M, Tapia S, Saiz-Quevedo J. Oesophageal perforation. *Lancet Gastroenterol Hepatol* 2018; 3: 654
2. *Med.* 2019 nov; 34 (6): 1173-1180.
3. De la Fuente-Lira M, Blanco-Benavides R. Perforación esofágica por dilataciones con balón en acalasia. *Rev Gastroenterol Mex* 2001, 66(4): 206-208
4. Benites H, Arcana R, Bustamante K, Burgos A, Cervera L, Vera A, Dávalos M. Factores asociados a complicaciones en las dilataciones esofágicas endoscópicas. *Rev Esp Enferm Dig* 2018;110(7):440-445
5. Chirica M, Kelly M, Siboni S, Aiolfi A, Galdino C, Asti E, et al. Esophageal emergencies: WSES guidelines. *World J Emerg Surg* 2019, 26 (14)
6. Eroğlu A, Aydın Y, Yılmaz O. Manejo mínimamente invasivo de la perforación esofágica. *Turk Gogus Kalp Damar Cerrahisi Derg.* 2018 Jul; 26 (3): 496-503.
7. Raymond D. Manejo quirúrgico de la perforación esofágica. [Monografía en Internet]. Walthman (MA): UpToDate; 2020 [acceso 28 septiembre de 2021]
8. Zimmermann m, Hoffmann M , Jungbluth J, Bruch H , Keck T ,Schloerick M. Predictores de morbilidad y mortalidad en Perforación esofágica: estudio retrospectivo de 80 pacientes. *Revista escandinava de cirugía* 2017, 106 (2): 126-132
9. Misiak P., Jabłoński S., Piskorz Ł., Dorożala L., Terlecki A., Wcisło S. Perforación esofágica: terapéutica y diagnóstica desafío. Análisis retrospectivo de informes de casos de un solo centro (2009-2015); *Pol Przegl Chir* 2017; 89 (4): 1-6

---

### Ayudas o fuentes de financiamiento

Ninguna declarada por los autores

### Conflictos de interés

Los autores no reportan conflictos de interés respecto del presente manuscrito.

---

### Correspondencia:

Kevin Alberth Nieto Yrigoin  
Residente de Cirugía General por la UNMSM  
Clínica Internacional

**E-mail:** knieto\_ny@hotmail.com