

112094



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE MEXICO

FACULTAD DE MEDICINA
DIVISION DE ESTUDIOS DE POSTGRADO
HOSPITAL DE ESPECIALIDADES
CENTRO MEDICO NACIONAL SIGLO XXI
INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL

PRINCIPALES CAUSAS DE PERFORACION ESOFAGICA EN EL SERVICIO DE GASTROCIRUGIA DEL HOSPITAL DE ESPECIALIDADES DE CMN. SIGLO XXI. EXPERIENCIA DE 1990 AL 2000.

T E S I S

QUE PARA OBTENER EL TITULO DE ESPECIALIDAD EN CIRUGIA GENERAL

PRESENTA:

DR. ALVARADO GALICIA, JESUS

COORDINADOR DE TESIS: DR. NIÑO SOLIS JAVIER. MBCG.



IMSS

MEXICO, D. F.

MARZO 2001

200505



Universidad Nacional
Autónoma de México

Dirección General de Bibliotecas de la UNAM

Biblioteca Central



UNAM – Dirección General de Bibliotecas
Tesis Digitales
Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS ©
PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

Todo el material contenido en esta tesis esta protegido por la Ley Federal del Derecho de Autor (LFDA) de los Estados Unidos Mexicanos (México).

El uso de imágenes, fragmentos de videos, y demás material que sea objeto de protección de los derechos de autor, será exclusivamente para fines educativos e informativos y deberá citar la fuente donde la obtuvo mencionando el autor o autores. Cualquier uso distinto como el lucro, reproducción, edición o modificación, será perseguido y sancionado por el respectivo titular de los Derechos de Autor.

UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE MEXICO
FACULTAD DE MEDICINA

ESTUDIOS DE POSTGRADO

HOSPITAL DE ESPECIALIDADES
CENTRO MEDICO NACIONAL SIGLO XXI.

ESPECIALIDAD DE CIRUGIA GENERAL.

AUTORIZACION DE TESIS..

PRESENTA: DR ALVARADO GALICIA JESUS



DR ROBERTO BLANCO BENAVIDES

JEFE DEL SERVICIO DE CIRUGIA GENERAL. HE. CMN SIGLO XXI IMSS.
JEFE TITULAR DEL CURSO



DR JAVIER MINO SOLIS.

MEDICO DE BASE DEL SERVICIO DE CIRUGIA GENERAL.
MEDICO ASISOR DE TESIS
INVESTIGADOR DEL H.E. CMN SIGLO XXI IMSS.



DR NIELS WACHER RODARTE

JEFE DE ENSEÑANZA DEL HE. CMN SIGLO XXI IMSS.

DEDICATORIA.

A Dios.

A mis padres y hermanos.

A Hegel y Alex.

A mis maestros de toda la vida.

AUTORES

Dr : ROBERTO BLANCO BENAVIDES *

Dr : JAVIER NIÑO SOLIS **

Dr : JESUS ALVARADO GALICIA ***

* Médico Jefe de Servicio de Cirugía General del Hospital de Especialidades
CMN SIGLO XXI

** Medico Adscrito al Servicio de Cirugía General del Hospital de Especialidades
CMN SIGLO XXI

***Médico Residente de cuarto año de la Especialidad de Cirugía General H. E.
C.M.N. SIGLO XXI

INDICE.

| | |
|---------------------------------|------------|
| RESUMEN..... | 1 - 3 pág |
| INTRODUCCION..... | 4 - 9 pág |
| JUSTIFICACION..... | 10 pág |
| PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA..... | 11 pág |
| HIPOTESIS..... | 12 pág |
| OBJETIVOS..... | 13 pág |
| METODOLOGIA..... | 14-16 pág. |
| CONSIDERACIONES ETICAS..... | 17 pág |
| RECURSOS..... | 18 pág |
| RESULTADOS..... | 19-21 pág. |
| DISCUSION..... | 22-23 pág. |
| CONCLUSIONES..... | 24 pág. |
| BIBLIOGRAFIA..... | |
| ANEXOS..... | |

RESUMEN.

La perforación esofágica (PE.) es una patología con una alta mortalidad que va del 20% al 30%, ~~esto contrasta con una incidencia muy baja del 1%.~~

Un dato de importancia fundamental para la sospecha clínica de la PE, es el antecedente de manipulación quirúrgica, instrumental o endoscópica realizada sobre éste órgano. (1,2,3,4)

Es así que en más del 60% de los casos, la etiología es de tipo iatrógeno, como lo comentan los diversos reportes bibliográficos a nivel mundial. (4,5,6,7,8)

En el siguiente estudio determinamos las principales causas de Perforación Esofágica (PE), en la población del servicio de Gastrocirugía del Hospital de Especialidades de CMN Siglo XXI de enero de 1990 a diciembre del 2000.

Mediante el análisis de datos de archivos clínicos de pacientes atendidos en ésta unidad hospitalaria, se realizó un estudio de tipo no experimental, retrospectivo, transversal, descriptivo y observacional de pacientes con PE.

Los expedientes se seleccionaron bajo criterios rigurosos de inclusión y exclusión y dentro del periodo de tiempo preestablecido.

Se analizaron un total de 10 expedientes clínicos y 8 hojas de reporte de egreso del servicio de gastrocirugía que reunieron criterios preestablecidos.

De éstos expedientes solo 17p/100% de ellos se incluyeron en el estudio por reunir las características deseadas.

Estos expedientes se analizaron rigurosamente mediante analisis de distribución de categorías, frecuencias, pruebas de tendencia central, medidas de variabilidad así como su incidencia .

Los resultados obtenidos fueron que se atendieron un total de 17 pacientes en un periodo de 10 años, los cuales tuvieron una edad promedio de 42.7

años. La edad mínima de presentación fue de 28 años y la máxima de 74

años. La relacion hombre:mujer fue de 1:1, el principal antecedente de patología

esofagica detectada fue el reflujo gastroesofágico en 12pacientes /70.58%

El síntoma más común fue el dolor, de localización abdominal

en un 64.7% y el esófago abdominal se perforó en un 82.3%.

Un segundo sitio de perforación fue el esófago torácico con un 17.6% de los casos y la gravedad fue mayor en las lesiones torácicas. De las causas de perforación esofágica encontramos que se presentó después de procedimientos del tipo : funduplicatura en un 41.17%/7p, seguido de la instrumentación esofágica por dilatación en un 29.41%/5p. Las de origen por causticos en un 17,64 %/3p y espontanea en el 11.76%/2p.

En el siguiente estudio se demostró que las principales causas de PE en el servicio de Gastrocirugía, tenían el antecedente de importancia de algún evento médico-quirúrgico realizado en el esófago en el 70.58%/12p. de los casos.

También las principales causas de perforación esofágica fueron posterior a funduplicatura, después de dilataciones esofágicas seguidas de las causadas por cáusticos y de origen espontaneo en su minoría .

La incidencia local fue de 1.7 casos por año, con una mortalidad de 35.29%/6p

INTRODUCCION.

La Perforación Esofágica (PE.) es la lesión más peligrosa y mortal de todo el tubo digestivo.(1) Afortunadamente ésto contrasta con su muy baja incidencia, pero con una muy alta mortalidad, que va del 20% hasta un 60% en reportes bibliograficos. (2,3,8,8)

Un factor importante para hacer el diagnóstico de la PE, es el antecedente de manipulación instrumental, quirúrgica ó endoscópica a éste nivel. (2,3,4) Es así que la principal causa de perforación esofágica en la literatura medica , es atribuida al caracter iatrógeno de éstas lesiones en más del 50% de las ocasiones. (5,6,7,8,8)

Históricamente los primeros reportes formales de la PE fueron hechos por Boerhaveé en 1724 (6) y el segundo estudio formal de seguimiento fué hecho por los investigadores Barret y Clagett en 1947.(5,7) Finalmente los investigadores Cohn F, Hubbard J. y cols en 1989 realizaron una revisión de la literatura médica que incluía a las 8 más grandes series bibliográficas hechas hasta entonces y las compararon con datos

obtenidos de su propia revisión de 7 años en sus hospitales.(6,8,10)

De ésta revisión se demostró que la principal causa de PE en más del 50% de los pacientes fué después de la manipulación de éste organo tras evento quirúrgico, instrumental o endoscópico, seguida de la de origen espontaneo y finalmente la postraumática.(6,7,8,)

También se demostró que los avances médico-tecnológicos como :

instrumentaciones esofágicas, realización de endoscopías con instrumental rígido o flexible y los procedimientos quirúrgicos en el esófago y estómago han aumentado la incidencia de eventos de PE. en relación a décadas pasadas. (1,2,6,8,10)

Los diversos estudios realizados dividen a las causas de PE. de la siguiente manera: según Cohn y Hubbard en etiologías por instrumentación en el 49% de los casos, en ruptura espontanea un 18%, en trauma penetrante directo un 18%, en cirugía periesofágica un 6%, por cuerpos extraños un 5% y finalmente por trauma por aplastamiento un 2%. (10)

Otros autores como Altar H., Hankins R. y cols en 1990 clasificaron las causas de PE por sitio de lesión anatómica, quedando divididos de la siguiente manera. (6,11) -ver cuadro 1-

Cuadro. 1

Causas Intraluminales : 48 %

| | |
|------------------------------|------|
| Instrumentación..... | 36% |
| —endoscopias..... | 19% |
| —dilatación..... | 13% |
| —intubación..... | 3.1% |
| —escleroterapia..... | 0.9% |
| cuerpos extraños..... | 3.1% |
| lesión neumática..... | 3.1% |
| ingestión por cáusticos..... | 4.6% |

Causas Extraluminales : 31%

| | |
|---------------------------|--------|
| heridas penetrantes..... | 17.16% |
| trauma por contusión..... | 4.66% |
| lesión quirúrgica..... | 9.36% |

Causa Espontanea :17%

| | |
|----------------------------|-----------------------------|
| Enfermedad Asociada | PE Preexistente 3.1% |
| tumor..... | 3.1% |
| esofagitis..... | 0. % |

La evolución clínica de la PE varía también en relación a su etiología y sitio anatómico lesionado. (6,8,10) Así por ejemplo las lesiones de PE a nivel cervical; afectan mas frecuentemente las zonas II y III del cuello, tienen baja mortalidad y morbilidad si son atendidas rápidamente, incluso algunas se manejan de forma conservadora. Las principales causas de PE cervical son: instrumentación, herida por arma de fuego, arma blanca y finalmente trauma directo al esofago. (10,11)

La PE a nivel torácico tiene como características ser la zona con mayor mortalidad y de peor pronóstico.(8,9,10) La estrecha relación con órganos vitales como: corazón, pulmones, grandes vasos y mediastino hace que sea más peligrosa la lesión por PE. Esto se debe a que por medio del sitio de PE se alcanza más rápido la diseminación bacteriana (anaerobios, Gram -) a nivel local y hematogeno traduciéndose en instalación rápida de un choque séptico irreversible y mortal. (10,11)

También actúan poderosas enzimas catalíticas provenientes de la saliva que degradan rápidamente todos los tejidos a su paso, formando un medio de cultivo excelente para las bacterias.(11) Las principales causas de PE en este sitio son: instrumentación, de tipo espontaneo, por cuerpos extraños, después de cirugía pararesofágica o gástrica y lesión externa por compresión. Las lesiones en éste sitio requieren de una de exploración quirúrgica inmediata. (10,11,12,13)

A nivel del esofago abdominal las lesiones de PE permanecen en un rango intermedio de gravedad entre las lesiones cervicales y torácicas.(6,8,10)

Estas lesiones se caracterizan por presentarse después de manipulación local ya sea quirúrgica, instrumentales -dilataciones esofágicas-, endoscópicas y muy seguidas de las de tipo espontáneo o por ingesta imprudencial de sustancias cáusticas. Las lesiones deben ser manejadas agresivamente mediante exploración quirúrgica inmediata para sellar o derivar el esófago lesionado. (8,10)

El cuadro clínico de todas estas lesiones no varía mucho, el principal antecedente de importancia para el diagnóstico es la manipulación esofágica reciente. (8,9,10)

El síntoma característico es el dolor intenso en el sitio de PE en un 70% de los pacientes; la disfagia se presenta en un grado variable, la presencia de enfisema subcutáneo, la hemoptisis o la instauración directa de un shock séptico se presentan en menor proporción. (12,13,14).

Las patologías que pueden confundirse con la PE son: la pancreatitis aguda, el infarto agudo al miocardio y la perforación gástrica por enfermedad ácido péptica. (14,15) El mejor estudio diagnóstico de la PE

es el trago con medio hidrosoluble -gastrofin-.⁽¹⁴⁾ Su alta sensibilidad y especificidad con tomas radiológicas en decubito dorsal, decubito lateral y de pie lo hace altamente sensible en un 99% aún ante las lesiones más pequeñas. ⁽¹⁴⁾

Del manejo de la PE este debe ser agresivo; el asegurar la ventilación, la estabilidad cardiovascular y el apoyo temprano con antibióticos de amplio espectro son los pilares fundamentales del manejo inicial. ^(13,14,15,16)

La corrección quirúrgica inmediata de la PE es el siguiente paso a realizar, mediante el cierre primario en dos planos y el uso de flaps pleurales o musculares son de gran utilidad. ^(13,14,15,16)

También se sugiere en el caso de lesiones difíciles de cerrar de forma primaria que se manejen con esofagostoma, resección local y realización de gastrostomía para que en un segundo tiempo quirúrgico se reconecte el tránsito intestinal ^(15,16)

JUSTIFICACION.

La perforación esofágica (PE.) es la lesión más catastrófica de todo el tubo digestivo, pero afortunadamente es muy baja su incidencia siendo de menos del 1%. (1,2,3,4)

Esta lesión en la mayoría de las ocasiones tiene relación con la manipulación médico-quirúrgica del esófago previo a la PE. (2,3,4.)

Las principales causas reportadas han sido después de lesiones quirúrgicas y las lesiones posteriores a instrumentación médica local en más del 50% de las ocasiones como se reportan en la literatura mundial .(3,4,5.)

Así que la sospecha clínica de ésta lesión y el antecedente de instrumentación local o quirúrgica, dan la pauta para el diagnóstico en más del 50% de los casos.(4,5,6).

La determinación de las principales causas de PE en esta unidad hospitalaria en la última década tienen gran valor clínico-diagnóstico.

También es importante conocer la incidencia y la mortalidad local en un período de 10 años

PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

**¿Cuales son las principales causas de Perforación Esofágica en la última
decada en el servicio Gastrocirugía del Hospital de Especialidades de CMN
Siglo XXI de enero de 1990 a diciembre del 2000?**

HIPOTESIS.

¿Cuales son las principales causas de Perforación Esofágica del Servicio de Gastrocirugía del H. Especialidades de CMN SIGLO XXI de Enero de 1990 a Diciembre del 2000 ?.

OBJETIVOS .

Identificar las principales causas de Perforación Esofágica en el servicio de Gastrocirugía del HE. CMN Siglo XXI de 1990 al 2000.

Conocer la incidencia y la mortalidad de la Perforación Esofágica en la población del servicio de Gastrocirugía del H.E. de CMN Siglo XXI en la última década 1990 al 2000.

METODOLOGIA .

1.- DISEÑO DEL ESTUDIO

No Experimental, retrospectivo, transversal, descriptivo, observacional.

2.-UNIVERSO DE TRABAJO

Expedientes clínicos de la Población Derechohabiente del Instituto Mexicano del Seguro Social, atendidos en el Hospital de Especialidades de CMN SigloXXI. que recibieron atención médico-quirúrgica por el servicio de Gastrocirugía por el diagnóstico de Perforación Esofágica (PE) de enero de 1990 a diciembre del 2000.

3.-VARIABLES .

VARIABLE INDEPENDIENTE

Pacientes con perforación Esofágica

TIPO DE VARIABLE .

Cualitativa.

CATEGORIA DE LA VARIABLE.

Genero: masculino o femenino

Edad en años.

VARIABLE DEPENDIENTE

Todas las causas de Perforación Esofágica

VARIABLE OPERACIONAL.

Busqueda de todos los archivos clínicos con diagnóstico de Perforación Esofágica hecho de enero de 1990 a diciembre del 2000, atendidos por el servicio de Gastrocirugía del HE de CMN Siglo XXI.

TIPO DE VARIABLE.

Cualitativa.

4.-TAMAÑO DE LA MUESTRA

Muestra no probabilística en que se revisan los archivos de pacientes con reportes de Perforación Esofágica del servicio de Gastrocirugía en un periodo de 10 años de 1990 al 2000.

5.- CRITERIOS DE SELECCION.

Todos los pacientes con diagnóstico de Perforación esofágica que recibieron atención médica por el servicio de Gastrocirugía del Hospital de Especialidades de CMN Siglo XXI de enero de 1990 a diciembre del 2000.

CRITERIOS DE NO INCLUSION.

Pacientes que no estén dentro del periodo de tiempo enero de 1990 a diciembre del 2000 que no hayan sido atendidos por el servicio de Gastrocirugía, que no sean del hospital de Especialidades de CMN Siglo XXI y que hayan tenido perforación esofágica por etiología neoplásica.

6.-PROCEDIMIENTOS.

Se revisarán un total de 12 expedientes clínicos y de 5 hojas de control de egreso del servicio de gastrocirugía ya que no existían en su totalidad los expedientes clínicos .

Se recolectarán los datos de los archivos de pacientes con diagnóstico de PE comprendidos de enero de 1990 a diciembre del 2000 del servicio de Gastrocirugía del Hospital de Especialidades de CMN Siglo XXI.

Se elabora hoja de recolección de datos donde se integran las variables de estudio, se anotan las causas de perforación esofágica edad sexo.

El investigador principal (Medico Residente) realiza la captura de información

ANALISIS ESTADISTICO.

Se realizó la fase descriptiva de rangos, promedios, medias, medianas, desviación standart, razones y proporciones de las variables se manejo la incidencia y la mortalidad de la patología en una década.

CONSIDERACIONES ETICAS.

El estudio no tiene implicaciones de riesgos para los pacientes

Los datos de los pacientes se guardarán en secreto estricto.

Se mantendrá el anonimato de los pacientes estudiados.

RECURSOS PARA EL ESTUDIO.

1.-HUMANOS

Médico Asesor , Médicos Asesores del estudio, médico residente investigador.

2.-MATERIALES .

**Hojas de papel , lapices. bolígrafos, copiadora, computadora, impresora
expedientes clínicos , reportes de egreso del servicio de Cirugía General**

3.-FINANCIEROS.

Los del investigador.

RESULTADOS

La recolección de datos nos dio los siguientes resultados: del periodo de tiempo de enero de 1990 a diciembre del 2000 se presentaron un total de 17 casos (100%) de pacientes con presencia de perforación esofágica.

De estos el 52.94%(9p) fueron mujeres y el 47.05% (8 p) fueron varones.

El rango de edad mínima fue de 28 años y como máxima de 74 años. Con un promedio de edad fue de 42.7 años.

CUADRO 1

CATEGORIA / Frecuencias Absolutas / Frecuencias Relativas / Frecuencias Acumuladas.

| Edad / años | Frecuencias Absolutas | Frecuencias Relativas | Frecuencias Acumuladas |
|-------------|-----------------------|-----------------------|------------------------|
| <18 | 0p | 00.00% | 0p |
| 20-29 | 3p | 17.64% | 3p |
| 30-39 | 8p | 47.05% | 11p |
| 40-49 | 1p | 5.88% | 12p |
| 50-59 | 2p | 11.76% | 14p |
| 60-69 | 2p | 11.76% | 16p |
| 70-79 | 1p | 5.88% | 17p |
| >80 | 0p | 0.00% | 17p |

*** Distribución de pacientes por categorías en relación a edad en el estudio realizado**.

GRAFICO 1.

De antecedentes de importancia clínica en 14 pacientes (82.35%) presentaron patología local previa y en el 17.64% (3p) no se presentó dicha patología.

De la principal patología identificadas destacó la ERGE en el 70.58% (12p), de los pacientes, el uso de causticos en el 17.64% y el 11.76% de tipo espontaneo.

El síntoma que más se presentó fue el dolor abdominal en el 64.70%(11p), el dolor torácico 17.64%(3p). El enfisema subcutáneo la disnea y la disfagia cada uno con un 5.8 %(un paciente). De los signos clínicos más comunes, se presentó fiebre en el 58.82%(10p), taquicardia en un 58.82%(10p). Leucocitosis en el 17.64% (3p) e hipotensión en un 11.76% (2p).

El diagnóstico se hizo con el antecedente clínico en un 82.35% (14p) y el 17.64% (3p) se corroboró con estudios de rx torax -aire subdiafragmático - y trago de hidrosoluble. El segmento esofágico más afectado fue el abdominal en un 82.35% (14p), la localización torácica se presentó en un 17.64% (3p) y ha nivel cervical ningún caso. Cuadro 2.

CATEGORIAS / Frecuencias Absolutas / Frecuencias Relativas / Frecuencias Acumuladas

| | | | |
|-------------------|----|--------|-----|
| POSTFUNDUPICATURA | 7p | 41.17% | 7p |
| POSTDILATACION | 5p | 29.41% | 12p |
| CAUSTICOS | 3p | 17.64% | 15p |
| ESPONTANEA | 2p | 11.78% | 17p |

Distribución de pacientes por causa de PE.
Grafico 2

De las principales causas de perforación esofágica se presentó:

La etiología secundaria a la realización de funduplicatura en un 41.17% (7p), por la realización de dilatación esofágica en un 29.41%(5p), por causticos en

un 17.64% (3p) y de tipo espontanea en un 11.76 % (2p) .

De las medidas de tendencia central para las causas de PE fueron: la moda de 1, mediana de 2.5 el promedio de 4.25, de las medidas de variabilidad tenemos que el rango fue de 5 con desviación media de 4.25 y desviación standart de 3.92

DISCUSION.

La Perforación Esofágica (PE.) es una entidad patológica muy grave en todos los pacientes que logan a padecerla. Las posibilidades de mortalidad es muy alta de un 20 al 60%.

Por fortuna la incidencia reportada es de menos del 1% en diversos estudios incluso a 30 años de revisión. En nuestro estudio la incidencia tambien fué muy baja en una decada aproximadamente de 1.7c.por año, con una mortalidad de 35.29%/6p de 1990 al 2000.

De estos casos la edad promedio de presentación fue de 42.7 años de edad con un rango de edad mínima de 28 años y de edad máxima de 74 años, siendo muy similar en los reportes bibliográficos consultados. (4,5,8,7)

La presencia de patología previa local tambien fué importante en nuestro estudio, ya que las patologías más comunes se relacionaban con el esófago -ERGE, estenosis esofágica-. El antecedente de manipulación local jugo un papel importante en la sospecha clínica de PE para diagnosticar y realizar un tratamiento médico quirúrgico oportunos..

En lo que respecta a la presencia de sintomatología en relación al sitio de perforación también en nuestro estudio la relación del sitio de perforación y la irradiación del dolor fue muy estrecha como se comenta en la literatura.^(7,8,9,10)

En relación del nivel anatómico de la perforación se observó en nuestro estudio que se perforó más frecuentemente el esófago abdominal en relación a procedimientos médico-quirúrgicos locales (funduplicaturas, dilataciones esofágicas) seguido de causas por causticos y de etiología espontánea, esto contrasta en la literatura ya que en la mayoría de los estudios a 10 y 30 años el sitio de mayor perforación fue el esófago torácico y en nuestro estudio fue el esófago abdominal. Otro punto importante de discusión es el análisis de la mortalidad, ya que los expedientes estaban incompletos para realizar un seguimiento adecuado de la mortalidad.

CONCLUSIONES

Las principales causas de PE en el servicio de Gastrocirugía fueron en primer lugar la que se presentó después de funduplicatura, seguida de la dilatación esofágica, por causticos y finalmente la de tipo espontaneo.

En el 70.58% /12p de los casos la PE fue después de la manipulación médico-quirúrgica del esofago .

La incidencia de ésta patología en el periodo de enero 1990 a diciembre del 2000 fue calculada en 1.7casos por año, la cual es muy baja.

La mortalidad fue calculada en un 35.29%/6pen 10 años, la mortalidad fué difícil calcula por falta de seguimiento a largo plazo.

La falta de expedientes completos dificultaron el seguimiento y disminuyeron la posibilidad de calcular la mortalidad adecuadamente.

El sitio de mayor perforación esofágica fue el tercio abdominal, las lesiones en éste sitio fueron de un grado moderado de severidad y mortalidad según la información bibliográfica y de nuestro estudio.

BIBLIOGRAFIA

- 1.-Quintana R, Bartley T D, Wheat M at all. Esophageal perforation analisis of 10 cases .Ann Thorac Surg.1970;10:45-52
- 2.-Thal AP,Tetsuhiko H. Improve Operation for Esophageal Rupture JAMA 1964;188:826-28
- 3.-William JR,Gregory JG, Roger RE at all.Traumatic Esophageal perforation Ann Thorac Surg 1972;14:671-77
- 4.-Barret NR, Spontaneous Peerforation of the Esophagus :Review of the literature and report of three new cases.Thorax 1946;1:48-49
- 5.-McBurney RD. Perforation of the esophagus Acomplication of vagotomy or hiatal hernia repair. Ann Surg. 1969;169:851-52
- 6.-William AW,Hammond E.Espontaneous Rupture pf the esophagus: A 30 years Experience.Ann Thorac Surg1989;47:689-92
- 7.-Vazquez RR,Kurt LRS,Cuellar VM.Grupo de trauma Esofagico :6 afios de Experiencia -Propuesta de protocolo de manejo-Cir Ciruj1997;65:69-72
- 8.-Ohr I,Sunil K,Liakakos TA,Path V. Primary repair of iatrogenic Thoracic Esophageal Perforation and Boerhavee's Syndrome Ann Thorac Surg 1993;55:603-606.
- 9.-Wilson RF,Sarvers ES. Spontaneous perforation of the esophagus Ann Thorac Surg 1971;29:291-97.
- 10.-Cohn HE,Hubbard A. Management of esophageal injuries .AnnThorac Surg 1989;48:309-314
- 11.-Altar S, Hankln JR,Sutter CM Esophageal perforation :A Therapeutic Challenge AnnThorac Surg. 1990; 50: 45-51.
- 12.-Nasher SAM,Pagliero KM,instrumental perforation of the esophagus in Benig Disease Ann Thorac Surg 1987;44:360-62.
- 13.-Yap GR, Obeld NF, Traumatic esophageal injuries :12 years experience at Henry Ford Hospital J.Trauma 1984;24:623-25.
- 14.-DeMeesterTR, Perforation of the esophagus AnnThorac Surg 1986;42: 231-232.

- 15.-Skinner DB, Little AG, DeMeester . Management of esophageal perforation Am J Surg.1980;139:760-762.
- 16.-Bladergroen MR, Lowe JE, Diagnosis and Recommended management of the esophageal perforation and rupture Ann Thorac Surg 1988;42:235-239.
- 17.-Herrera CB, Garcia LMC, Perforacion esofagica en niños Cir Ciruj 1998; 66:16-20.
- 18.-Montero MJC, Ruptura espontanea de esofago :informe de un caso Ciruj Gral. 1998;20 :290-293
- 19.-MacNameeCJ, Meyns B. Pagliero KM , New Method for dealing with late presenting espontaneous Esophageal Rupture Ann Thorac Surg 1999;52:151-153.
- 20.-Gago O, Ritter FN, Martell W. Agresive surgical treatment for the caustic injury of the esophagusand stomach. 1972;13:243-48.

ANEXO 1

HOJA DE RECOLECCION DE DATOS

INVESTIGACION

PRINCIPALES CAUSAS DE PERFORACION ESOFAGICA EN EL HE. DE CMN SIGLO XXI

Nombre del Paciente : _____

Numero Filiación : _____

Sexo : F () M () Edad : _____ años.

Enfermedad Previa Local .

Sí () No()

Tipo _____

PADECIMIENTO ACTUAL.

Síntoma Principal.

Signo Clínico mas Relevante

Diagnostico . Clínico

Sí () No ()

Hidrosoluble

Sí () No ()

Sitio de Perforacion esofagica cervical () torácico () abdominal ()

CAUSAS DE PERFORACION ESOFAGICA DIRECTAS

| CATEGORIA | F. Absolutas | F. Relativas |
|-----------|--------------|--------------|
| < 19 a | 0p | 0.00% |
| 20 - 29 a | 3p | 17.64% |
| 30 - 39 a | 8p | 47.05% |
| 40 - 49 a | 1p | 5.88% |
| 50 - 59 a | 2p | 11.76% |
| 60 - 69 a | 2p | 11.76% |
| 70 - 79 a | 1p | 5.88% |
| > de 80 a | 0p | 0.00% |

-Distribucion de pacientes por categoria en relacion a edad.

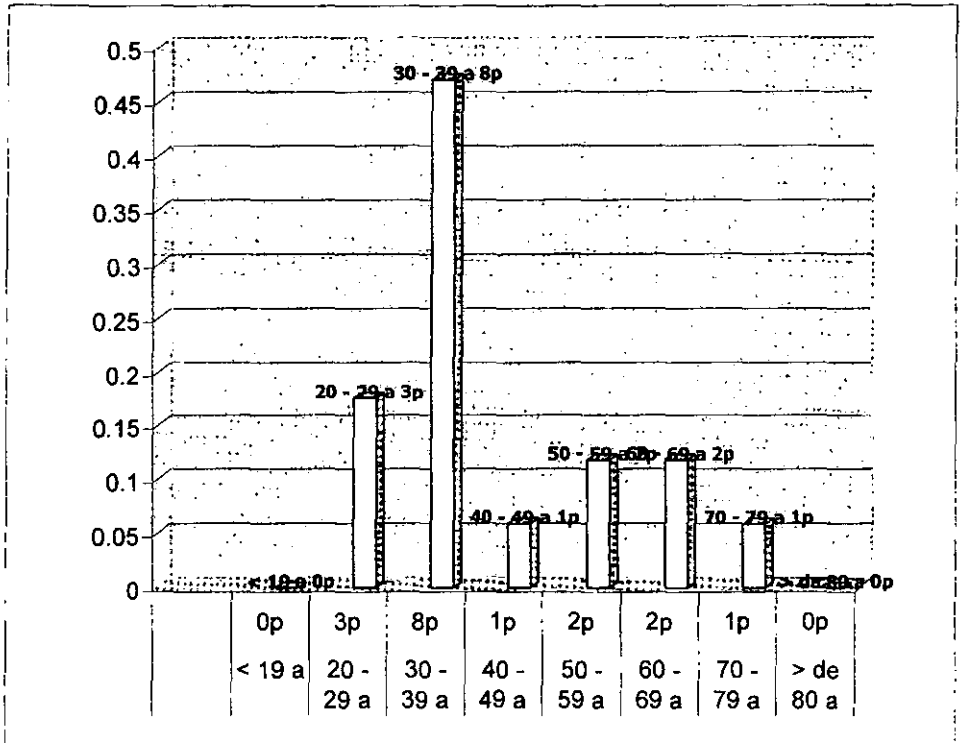


GRAFICO 1

| | | |
|------------------|----|--------|
| P Funduplicatura | 7p | 41.17% |
| P idilatacion | 5p | 29.41% |
| causticos | 3p | 17.64% |
| espontaneas | 2p | 11.76% |

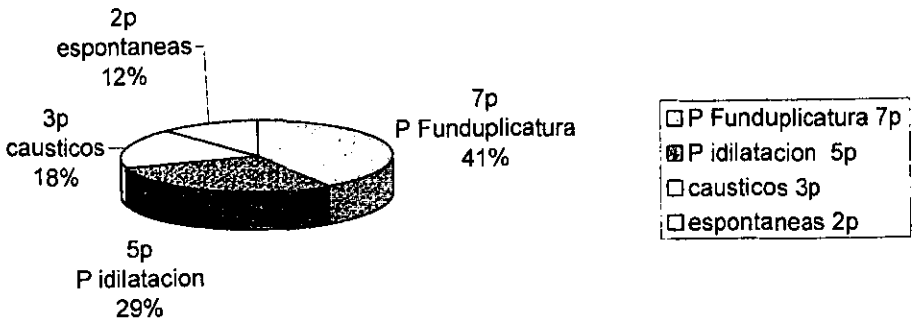
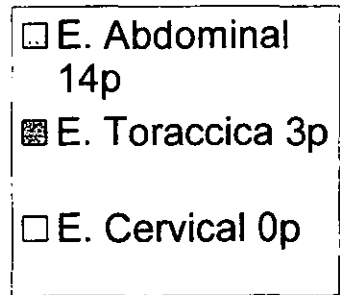
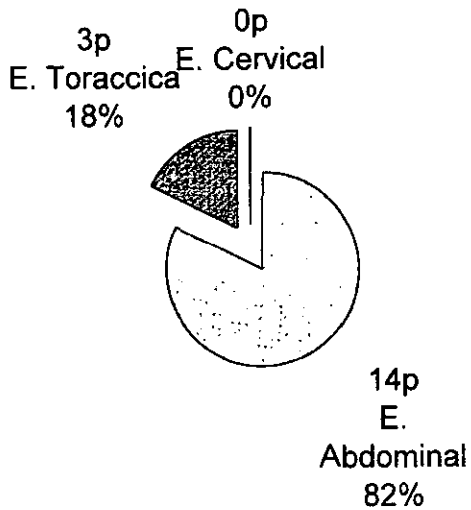


GRAFICO 2

Sitio de PE.

| | | |
|--------------|-----|--------|
| E. Abdominal | 14p | 82.35% |
| E. Toraccica | 3p | 17.64% |
| E. Cervical | 0p | 0.00% |



Sitio de perforaciones esofagica.