

11209
44

BENEMÉRITA UNIVERSIDAD
AUTÓNOMA DE PUEBLA

INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL
DELEGACIÓN ESTATAL EN PUEBLA
CENTRO MÉDICO "MANUEL ÁVILA CAMACHO"
DIVISIÓN DE CIRUGÍA

TRATAMIENTO DE LAS PERFORACIONES Y FÍSTULAS
ESOFÁGICAS, EXPERIENCIA EN EL HOSPITAL
DE ESPECIALIDADES DEL IMSS PUEBLA.

**TESIS
DE POSGRADO**

QUE PARA OBTENER EL TÍTULO DE:

CIRUJANO GENERAL

PRESENTA:

DR. ÁNGEL CABRERA FERNÁNDEZ

ASESOR:

DR. PEDRO REYES PARAMO
JEFE DE DIVISIÓN DE CIRUGÍA

PUEBLA, PUE.

2002.

**TESIS CON
FALLA DE ORIGEN**



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.

**INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL
DELEGACIÓN ESTATAL EN PUEBLA
CENTRO MEDICO NACIONAL
GENERAL DE DIVISIÓN MANUEL AVILA CAMACHO
HOSPITAL DE ESPECIALIDADES
SERVICIO DE CIRUGÍA GENERAL.**

***TRATAMIENTO DE LAS PERFORACIONES Y
FÍSTULAS ESOFÁGICAS, EXPERIENCIAS EN EL
HOSPITAL
DE ESPECIALIDADES DEL IMSS PUEBLA.***

Dr. Angel Cabrera Fernández.

Residente de 4to año de Cirugía General, Del Hospital de Especialidades, Centro Médico Nacional Manuel Ávila Camacho, IMSS, Puebla, Puebla.

Matricula:10506489, Domicilio: Av. Alfredo Toxqui No 57 San Sebastián de Aparicio.
Telefono:2-22-27-75.

Dr. Pedro Reyes Páramo.

Jefe de División de Cirugía del Hospital de Especialidades Centro Médico Nacional Manuel Ávila Camacho IMSS Puebla.

2 Norte 2005, Centro. Teléfono 2-42-45-20

Matricula 6741185.

Puebla



2002

AGRADECIMIENTOS

AMIS PADRES POR EL APOYO QUE ME DIERON.

A MIS HERMANOS.

AL DOCTOR: PEDRO REYES PARAMO POR EL APOYO INCONDICIONAL
QUE ME BRINDO



ANTECEDENTES CIENTÍFICOS:

Las lesiones esofágicas son relativamente raras, pero se encuentra asociada a una alta morbilidad y mortalidad, esto secundario a los síntomas inespecíficos que refieren los pacientes cuando presentan una perforación de esófago. (1) La mortalidad en el trauma de esófago suele variar entre 10 y el 30% en las diferentes series. Los resultados dependen del diagnóstico precoz, el tratamiento temprano, el sitio y la gravedad de la lesión, las técnicas operatorias y algunos avances adicionales como la alimentación parenteral total, el cuidado intensivo y el buen uso de antibióticos.(2)

La sobrevivida del paciente realizando un diagnóstico antes de las 24 hrs es de 87%, después de las 24 hrs disminuye en un 55%.(1-9)

Williams y Wilkins realizaron un estudio retrospectivo con 43 pacientes , encontrando que la realización de un cierre de esófago mas de 16 horas aumenta el riesgo de complicaciones.(3-9)

Las heridas y perforaciones del esófago se presentan con graves manifestaciones clínicas según el lugar o nivel de la lesión. La morbilidad se debe, fundamentalmente, a infección cervical o torácica.(2)

Actualmente existe reportes donde pacientes con el virus de la inmunodeficiencia humana presentan perforaciones esofágicas espontaneas posterior aun choque séptico.(4)

Un estudio realizado en el transcurso de 10 años en el colegio americano de tórax se encontró que las causas más comunes de perforaciones de esófago son las producidas por espinas de pescado en un (43%). Por iatrogenia (25%), y por síndrome de Bornaave's (21%)(5).

Otra de las causas de perforación esofágica son las ocasionadas por intubación las cuales son relativamente raras y se diagnostican 24 horas posterior al evento.(6) así como los trasplantes pulmonares bilaterales son otra causa de perforación esofágica secundario a la desvascularización del mismo.(7)

En los niños la principal causa de perforación esofágica es la iatrogénica secundaria alas dilataciones realizadas en enfermedades de esófago como la atresia de esófago por reflujo y en las endoscopias, la perforación es mas frecuente en esófago toracico.

Los síntomas que presentan estos pacientes son disfagia, disnea, fiebre, cianosis, dolor abdominal, y enfisema subcutáneo.(8).

También las perforaciones de esófago se presentan en pacientes que presentan abscesos en mediastino, ya sea por drenaje de los mismos o por el mismo proceso infeccioso mediastinitis secundario principalmente a *Candida albicans*.((10-11)

El esófago es un tubo de 23 a 25 cm de longitud, se divide en una porción cervical que se extiende desde el cartilago cricoides hasta la sexta vértebra cervical, una porción torácica que ocupa todo el tórax, recorriéndolo de arriba hacia abajo en la parte superior, un poco hacia la derecha de la columna vertebral y del tercio inferior un poco hacia el lado izquierdo, con una porción abdominal, de unos 8 a 10 cm, que se inicia en el hiato esofágico y va hasta la unión con el estomago.(14-15)

Cuando la perforación ocurre en el esófago cervical, el drenaje del contenido salival puede ir al mediastino a través de los espacios retro o pretraqueales. Si ocurre en el esófago torácico superior, drena a la cavidad pleural derecha; y si se localiza en la porción inferior, suele derramarse a la cavidad pleural izquierda.

Las presiones intraesofágicas son un factor que contribuye a la diseminación del contenido hacia el exterior y, por lo tanto, al desarrollo de mediastinitis o empiemas. El esfínter cricofaríngeo exhibe presiones de 50-60 Hg y el esfínter esofágico inferior de 20 mm Hg. Por ese motivo los procedimientos terapéuticos deben propender, además, por disminuir las presiones intraesofágicas.

Los tipos y mecanismos de trauma son:

INTRALUMINAL. Puede ser iatrogénico, producido por procedimientos como endoscopias, dilataciones o paso de sondas. También puede resultar de la ingestión de cáusticos o de cuerpos extraños.

EXTRÍNSECO. Producido por heridas penetrantes del cuello, tórax o abdomen, o por trauma cerrado del tórax o el abdomen, incluidas las ondas expansivas y las lesiones iatrogénicas.

ESPONTÁNEO. Resulta de los aumentos exagerados de la presión intraluminal por vómito. En pacientes con enfermedades esofágicas previas, como ocurre en la úlcera de Barret, el espasmo difuso, los tumores la esofagitis, o en entidades como el síndrome de Boerhaave.

(2)

clasificación de las lesiones esofágicas traumáticas por su gravedad:

GRADO 1: Lesión cervical o abdominal/ con menos de 6 hrs de evolución sin colección perilesional.

GRADO 2: A) lesión cervical o abdominal/ 6-12 hrs de evolución sin colección perilesional.

B) Lesión torácica menos de 6 hrs de evolución sin colección perilesional.

GRADO 3: A) lesión cervical o abdominal menos de 12 hrs de evolución con colección perilesional.

B) lesión cervical o abdominal de 12 a 24 hrs de evolución sin colección perilesional.

C) lesión torácica de 6 a 12 hrs de evolución sin colección perilesional. (12)

Las causas de perforación son iatrogénicas en 60%, traumáticas en un 25% y espontáneas en un 15%.

Por endoscopia se reportan el 0.5%(3-4)

MÉTODOS DE DIAGNÓSTICO:

La mejor manera de hacer un diagnóstico precoz es manteniendo un alto índice de sospecha. Una lesión del esófago es evidente cuando existe salida de saliva a través de la herida traumática. Debe pensarse en tal lesión por el sitio y el trayecto de la herida, especialmente si está ubicada en la vecindad del esófago o si atraviesa el mediastino, hay enfisema subcutáneo o salida de aire a través de la herida. Además, cuando hay sangre en las secreciones digestivas, disfagia, odinofagia, neumomediastino o derrame pleural. Si el diagnóstico no se hace en las primeras horas el paciente presenta dolor retroesternal progresivo, fiebre, taquicardia e intoxicación y termina desarrollando en un tiempo variable, un severo estado séptico.

Los exámenes más empleados para aclarar el diagnóstico son la radiografía simple y con contraste de cuello y la radiografía simple del tórax, antero-posterior y lateral.

La radiografía simple de tórax muestra cambios o alteraciones que no son específicos:

- a.) neumotórax
- b) derrame pleural
- c) enfisema subcutáneo



d)ensanchamiento mediastinal.

El esofagograma es el examen primordial para establecer el diagnóstico. Un medio de contraste acuoso crea menos reacción inflamatoria si se demuestra extravasación, pero tiene una precisión diagnóstica menor que la del bario.

Por otra parte, el medio acuoso es más nocivo que el bario cuando hay aspiración traqueobronquial, y por ello en los pacientes en coma se prefiere el bario. Usualmente se comienza con medio acuoso, y si el resultado es negativo se administra bario antes de afirmar que no existe perforación.

El esofagograma, con bario, debe ser practicado en todo paciente con sospecha de herida de esófago tan pronto como se haya logrado su reanimación. La esofagoscopia es muy útil en el curso por una toracotomía por trauma, cuando se sospecha herida del esófago.

En los pacientes con derrame pleural a quienes se le ha colocado toracostomía de tubo, se puede administrar azul de metileno por vía oral para determinar si aparece en el drenaje y así confirmar un diagnóstico de perforación y ruptura de esófago.

La conducta terapéutica depende del sitio de la lesión, de sus características y del tiempo transcurrido entre la herida y el tiempo de la consulta.

La fase inicial del tratamiento conlleva la suspensión de la vía oral, la hidratación parenteral, la administración de antibióticos de amplio espectro y el uso de analgésicos. Como antibióticos se prefiere la penicilina y la clindamicina.

La reparación primaria sólo debe ser emprendida si no han transcurrido mas de 24 hrs después de la lesión. Clásicamente se recomienda aislar la lesión construyendo una esofagotomía cervical temporal, ligando el cardias (para evitar reflujo) y creando una yeyunostomía para alimentación.

Hoy se considera mejor la resección del segmento afectado, exteriorizando el cabo proximal como esofagostomía y cerrando el cabo distal. Controlando el proceso, ulteriormente se restablece continuidad esofágica mediante interposición de colon.

Ocasionalmente se requiere esofagectomía ciega transhiatal cuando se ha producido una gran perforación iatrogénica instrumental por ejemplo en un paciente que ha ingerido sosa causticazca intervención oportuna, en las primeras 24 hrs resulta en tasa de sobrevida del 90% pero éstas descienden al 50% cuando el tratamiento quirúrgico es tardío.

Algunos casos bien seleccionados de perforación instrumental pueden ser ventajosamente manejados en forma no operatoria con antibióticos y rigurosa observación.

HERIDAS DEL ESÓFAGO CERVICAL.

Para el abordaje se prefieren incisiones longitudinales sobre el borde del músculo esternocleidomastoideo si la herida es nítida y no complicada, se sutura. La sutura puede ser en un solo plano con puntos discontinuos inabsorbibles o en dos planos ,uno mucoso con material absorbible y otro muscular con material inabsorbible. Se aconseja dejar drenaje cercano a la sutura, el cual se retira a los diez días, es necesario colocar una sonda nasogástrica para iniciar alimentación por gastroclisis a las 24hrs, por lo general durante 5 a 7 días.

Si la herida presenta gran pérdida de sustancia o comunicación con la traquea, fuera del cierre primario debe intentarse un colgajo muscular vascularizado para interponer entre el esófago y la traquea. Se prefiere usar el haz del esternocleidomastoideo. en estos casos se puede suprimir la vía oral por 5 días y alimentar por una gastrostomía o alimentación parenteral total.

Si la lesión presenta infección, la sutura del esófago no esta indicada, y la herida quirúrgica debe dejarse abierta, es mandatorio el drenaje y es útil una gastrostomía para alimentar al paciente.

Si la herida presenta gran pérdida de sustancia o comunicación con la traquea, fuera del cierre primario debe intentarse un colgajo muscular vascularizado para interponer entre el esófago y la traquea. Se prefiere usar el haz del esternocleidomastoideo. en estos casos se puede suprimir la vía oral por 5 días y alimentar por una gastrostomía o alimentación parenteral total.

Si la lesión presenta infección, la sutura del esófago no esta indicada, y la herida quirúrgica debe dejarse abierta, es mandatorio el drenaje y es útil una gastrostomía para alimentar al paciente.

Otras variantes quirúrgicas empleadas es la faringostomía o esofagostomía proximal a la lesión con cerclaje central y colocación de una sonda gástrica para alimentación

HERIDA DEL ESÓFAGO CERVICAL BAJO CON COMPROMISO DE LA PLEURA.

Se prefiere el abordaje a través de incisiones longitudinales que se pueden continuar con Una esternotomía media y una toracotomía anterolateral a nivel del tercer y cuarto espacio..

HERIDA DEL ESÓFAGO TORACICO ALTO.

Se prefieren incisiones torácicas postero-laterales del lado de la lesión o bilaterales a través del 5 espacio intercostal.

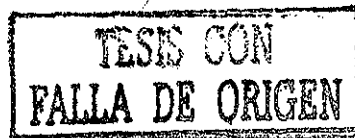
HERIDAS DEL ESÓFAGO TORACICO BAJO

Estas heridas se abordan por toracotomía postero-lateral izquierda a nivel del 6 7 espacio intercostal.

HERIDAS DEL ESÓFAGO ABDOMINAL.

Los casos no complicados se exploran por laparotomía media, a través de la cual se desprende la membrana freno-esofágica y se disecan los ultimo 8-10cm del esófago, luego del cierre primario se recubre la lesión con fundus gástrico como haciendo un procedimiento de NISSEN, En caso complicado debe completarse el tratamiento con esofagostomía cervical, cerclaje distal a la esofagostomía, y gastrostomía para pasar una sonda hasta el yeyuno o si se prefiere una yeyunostomía.

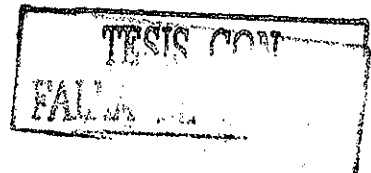
Estudio realizado en un hospital de tercer nivel en Medellín Colombia se encontro que el segmento anatomico lesionado con mayor frecuencia fue el cervical(13).



PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

Las perforaciones y fistulas esofágicas son poco frecuentes según la literatura medica, la etiología es muy diversa y se asocia por su situación anatómica a una alta morbilidad. Es un problema clínico difícil de diagnosticar y constituye un reto quirúrgico.

¿Cuál es el tratamiento utilizado en perforaciones y fistulas esofágicas en el hospital de Especialidades del Centro Médico Nacional "Manuel Ávila Camacho"?



HIPÓTESIS

HIPÓTESIS NULA:

El tratamiento de las perforaciones y fistulas esofágicas es sencillo.

HIPÓTESIS ALTERNA:

El tratamiento de las perforaciones y fistulas esofágicas es muy variable de acuerdo a cada caso, el cual se debe individualizar, representa un reto diagnóstico y terapéutico.

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

OBJETIVOS

OBJETIVO GENERAL:

Analizar el tratamiento de las perforaciones y fistulas esofágicas en el hospital de especialidades del centro medico nacional "Mantel Ávila Camacho".

OBJETIVOS ESPECIFICOS:

- Determinar las causas de perforación y fistulas esofágicas
- Determinar los antecedentes de enfermedades esofágicas subyacente.
- Conocer el sitio anatómico de la lesión
- Conocer el tiempo transcurrido hasta corroborar el diagnóstico de perforación esofágica.
- Conocer el tiempo transcurrido hasta el inicio del tratamiento.
- Determinar el tipo de tratamiento en cada caso de perforación y fistulas esofágicas
- Determinar la mortalidad.

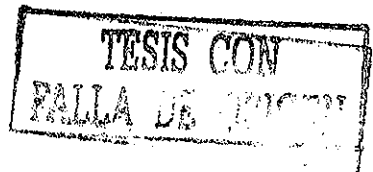
TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

PROGRAMA DE TRABAJO

Las perforaciones esofágicas son de difícil diagnóstico y con alto índice de mortalidad, por lo que se decide realizar el presente trabajo el cual es de tipo descriptivo, retrospectivo, observacional y transversal, para lo cual se identificarán los casos de perforación y fistulas esofágicas, mediante la recopilación de información en el archivo clínico y el archivo del departamento de endoscopia. Se iniciará el estudio recopilando información desde enero del 2000 hasta junio del 2001. La información será recopilada por el médico residente, con asesoría directa de la jefatura de cirugía, teniendo como respaldo los recursos del propio instituto. Se incluirán en el estudio, todo aquel caso reportado con diagnóstico de perforación y fistula esofágicas que cuenten con expediente y que se halla corroborado su diagnóstico con algunos de los estudios paraclínicos con que cuenta el instituto.

PACIENTES:

Se analizará el número total de casos, de todas las edades y de ambos sexos, tomando especial interés en las causas que provocan las lesiones, el sitio anatómico de las mismas, el tiempo transcurrido desde la lesión hasta la realización del diagnóstico e inicio del tratamiento, tomando como criterios los reportados en la literatura de (menos de 24 hrs diagnóstico temprano, más de 24 hrs diagnóstico tardío), su evolución y se describirá el tratamiento empleado en cada uno de los casos.



ESTA TESIS NO SALIR
DE LA BIBLIOTECA.

CRITERIOS DE INCLUSIÓN:

- Todos los pacientes con diagnóstico de perforación o fistula esofágica.

CRITERIOS DE EXCLUSIÓN:

- Aquellos que no cuenten con expediente clínico.

VARIABLES Y SU MEDICION:

- Edad.
- Sexo
- Localización anatómica de la lesión
- Causas de la perforación
- Tiempo transcurrido hasta corroborar diagnóstico
- Tiempo transcurrido hasta inicio del tratamiento
- Tratamiento instituido
- Mortalidad.

HOJA DE RECOLECCION DE DATOS

NOMBRE:.....
AFILIACIÓN:.....
EDAD:.....
SEXO:.....
ANTECEDENTES.....
.....

CAUSAS DE LESION:.....

FECHA DE LA LESION:.....

DIAS TRANSCURRIDOS HASTA QUE SE CORROBORA DX:.....

ESTUDIOS REALIZADOS:.....

TELE DE TORAX:.....

TAC:.....

ESOFAGOGRAMA:.....

ENDOSCOPIA:.....

OTROS:.....

MANEJO ESTABLECIDO:.....

TIEMPO DE EVOLUCION HASTA QUE SE INICIA TRATAMIENTO:.....

HALLAZGOS QUIRÚRGICOS:.....

TRATAMIENTO QUIRÚRGICO:.....

EVOLUCION.....

11

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

RESULTADOS:

Evaluamos 7 pacientes, de los cuales 6 fueron hombres (85.7%) y 1 mujer (14%), con una edad promedio de 48 años \pm 18.7 años (rango de 22 a 82 años). Fueron 5 casos de perforación esofágica y 2 de fistula traqueoesofágica. Las causas de perforación esofágica fueron en 2 pacientes complicaciones quirúrgicas (1) Sugiura tiempo torácico, (1) funduplicatura de Nissen, (1) ingesta de cuerpo extraño (palillo de madera), (1) ingesta accidental de cáusticos, (1) herida por proyectil de arma de fuego, 2 casos de fistula traqueoesofágica (1) por intubación prolongada y (1) por infiltración neoplásica.

De los 7 pacientes, 2 tenían antecedentes de enfermedad esofágica subyacente, 1 con varices esofágicas y 1 enfermedad por reflujo gastroesofágico.

El diagnóstico se realizó en 3 pacientes con esofagograma y endoscopia, en 3 pacientes solo con endoscopia, 1 solo con esofagograma.

El sitio anatómico de la lesión fue en esófago cervical en 3 pacientes (43%), a nivel del esófago torácico 2 pacientes (28.5%) y 2 pacientes en esófago abdominal (28.5%).

El tiempo transcurrido hasta corroborar el diagnóstico de perforación esofágica fue en promedio 9.4 días con un rango de 1 a 18 días y en los casos de fistula traqueoesofágica fue de 2 y 4 meses.

En todos los pacientes se inició tratamiento cuando se corroboró el diagnóstico.

La mortalidad fue del 42.8%, fallecieron 3 pacientes, de los cuales 2 tenían perforación esofágica: un masculino de 39 años, con complicación de una cirugía de esófago desarrollo mediastinitis y un paciente femenino de 33 años con perforación esofágica secundaria a ingesta de cuerpo extraño (palillo de madera), presentó mediastinitis y choque séptico, un paciente con fistula traqueoesofágica secundaria a intubación prolongada por traumatismo craneoencefálico severo.

El tratamiento se individualizó en cada caso, de acuerdo al sitio anatómico de la lesión, tiempo transcurrido al diagnóstico, causa de la lesión; siendo conservador en un caso de complicación quirúrgica (funduplicatura de Nissen), el cual solo recibió nutrición parenteral, antibióticos y vigilancia; en 6 casos fue quirúrgico.

En 1 caso de complicación quirúrgica de Sugiura tiempo torácico fue necesaria la decorticación y drenaje de empiema con exclusión esofágica con esofagostomía cervical y gastrostomía.

En el caso de perforación por ingesta de cuerpo extraño se realizó la extracción de cuerpo extraño al momento de la endoscopia, se requirió del drenaje del empiema bilateral, una esofagectomía distal con esofagostomía cervical fue necesaria incluyendo el drenaje de mediastino y transhiatal.

En el caso de lesión por ingesta accidental de cáustico inicialmente fue manejado solo con ayuno y medidas generales hasta que se corroboró el diagnóstico de lesión gastroesofágica severa, lo cual requirió un manejo más radical como una esofagogastrectomía con esofagostomía cervical además de duodenostomía, posteriormente del apoyo con nutrición enteral por duodenostomía junto a la nutrición parenteral se realizó una transposición de colon con buena evolución.

En el caso de la lesión esofágica, por proyectil de arma de fuego, las múltiples lesiones que incluyeron al hígado, estómago y colon obligaron a una laparotomía y reparación de las lesiones, con cierre directo de la lesión esofágica, el apoyo de nutrición parenteral y elemental por gastrostomía fue necesario; la estenosis secundaria se manejó con dilataciones con buena respuesta.

En casos de fístula traqueoesofágica, un caso de intubación prolongada secundario a un traumatismo craneoencefálico, se realizó el cierre directo de la comunicación, con drenaje esofágico con sonda en T, además del apoyo de nutrición parenteral.

Un caso de infiltración neoplásica de esófago a tráquea que condiciona una comunicación anormal, una gastrostomía fue necesaria y apoyo con dieta elemental, posteriormente se inició una serie de sesiones de radioterapia, con requerimiento posterior de una yeyunostomía por disfunción de la gastrostomía.

Fallecieron 3 pacientes de los cuales 2 tenían perforación esofágica, un paciente de 39 años de edad con complicación quirúrgica desarrollo mediastinitis y una paciente femenina de 33 años de edad con perforación esofágica secundaria a ingesta de cuerpo extraño (palillo), presentó mediastinitis y choque séptico; 1 paciente con fístula traqueoesofágica secundaria a intubación prolongada.

La mortalidad fue del 42%.

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

TABLA I

PACIENTE	EDAD	SEXO	TIEMPO DE DX	LOCALIZACIÓN	CAUSA
1	39	M	14	Torácica	Sugiura
2	62	M	6	Abdominal	Nissen
3	33	F	8	Cervical	Ingesta de cuerpo extraño
4	58	M	18	Torácica	Ingesta de cáusticos.
5	82	M	4 meses	Cervical	Infiltración neoplásica.
6	22	M	1 día	Abdominal	Herida por bala
7	40	M	2 meses	Cervical	Intubación prolongada.

DISCUSIÓN

La perforación esofágica, frecuentemente es mortal si no es diagnosticada y tratada en forma efectiva en las primeras 24 horas. Sin embargo por ser una enfermedad poco común y con una gran variedad de síntomas, de los cuales ninguno es diagnóstico, el retraso en el diagnóstico es frecuente. (1)

La etiología de las perforaciones esofágicas son diversas reportándose en la literatura como iatrogénicas el 60%, traumáticas 25% y espontáneas en un 15 %, reportándose por endoscopia en un 0.5% (3-4)

La mortalidad en el trauma de esófago suele variar del 10 al 30% en las diferentes series

Y este se debe al retazo en el diagnóstico y tratamiento.(2)

Nuestros resultados sugieren que un incremento en el tiempo entre la lesión y el inicio del tratamiento no representa necesariamente resultados adversos.

El tratamiento de la perforación y fistulas esofágicas, es diverso y se debe individualizar a cada caso tomando en cuenta la causa de la lesión, el sitio de esta, el tiempo de evolución que ha presentado, y el tiempo que ha transcurrido desde que se realiza el diagnóstico y se inicia el tratamiento.

Es importante algunos avances adicionales como la alimentación parenteral total, el cuidado intensivo y el buen uso de antibióticos(2), los cuales son manejos medicos que se dieron a nuestros pacientes en el hospital.

La mortalidad reportada en nuestra serie fue de 42.8%, lo cual significa es más alta que la encontrada en la literatura médica.



CONCLUSIONES

- 1.- En 6 casos (86%) el diagnóstico fue tardío (más de 24 hrs), con un promedio de 9.4 días, lo cual condicionó un retraso en el inicio del tratamiento, que a su vez favorece la aparición de complicaciones y eleva el riesgo de mortalidad.
- 2.- El apoyo nutricional resultó ser de vital importancia en todos los casos, ya sea por medio de nutrición parenteral total o con dieta elemental por gastrostomía o duodenostomía según se requirió, independientemente del procedimiento que se halla realizado.
- 3.- Las causas de la perforación fueron muy diversas: dos casos de complicación quirúrgica, uno de ingesta de cáusticos y otro por ingesta de cuerpo extraño, uno por herida por proyectil de arma de fuego, otro por intubación prolongada y otro por infiltración neoplásica de un tumor de esófago.
- 4.- Los principales métodos diagnósticos fueron el esofagograma y la endoscopia los cuales se complementan.
- 5.- El tratamiento se individualizó en cada caso de acuerdo al sitio de la lesión, causa, y tiempo de evolución al momento del diagnóstico, incluyendo manejo conservador con apoyo de nutrición parenteral, hasta cierres primarios, gastrostomías y enterostomías, hasta exclusiones completas con esofagectomías y esofagostomías hasta resecciones que incluyen estómago y esófago, con manejo posterior con transposición de colon.
- 6.- La mortalidad en nuestro estudio fue de 42.8%, la cual es similar a la reportada en diferentes series, y se presentó principalmente en los casos de perforación a nivel esófago torácico.

BIBLIOGRAFÍA:

1. Reeder, Laurie B; MD; DeFilippi, Vincent J. Current Result of Therapy for Esophageal Perforation. MD.America Journal of Surgery 1995;(6):615-617
2. Vivian Arcila, et al. Ruptura del esófago. Rev Colomb Cir.2001(16)14-23
3. Williams y Wilkins;Penetrating Esophageal Injuries:Time Interval of Safety for Preoperative Evaluation-How Long Is Safe?.All Rights Reservad.1997(2):319-324
4. Williams y Wilkins.Successful nonoperative management of delayed spontaneous esophageal perforation in patients with human immunodeficiency virus.MD America Journal of Sugery.2000;(7):2634-2637.
5. Kremer,Ran ,Ben-Nun,Alon;Surgical Management of esophageal perforation-experience of 10 year.American College of Chest Physicians.2000(4):2206S.
6. Ku,Peter K.M. FRCS;Tong Michael C. F.Traumatic Esophageal Perforation Resulting from Endotracheal Intubation.International Anesthesia Research Society.1998(3):730-731
7. Venuta,Federico MD;Esophageal Perforation After Sequential Double-Lung Transplantation.College of Chest Physicians.2000(1):285-287
8. Engum,Scott A.MD. Grosfeld,Jay L.Improved Survival in Children With Esophageal Perforation . American Medical Association.All Rights Reserved.1996;(6):604-611
9. Williams y Wilkins;Penetrating Esophageal Injuries:Multicenter Study of the American Association for the Surgery of Trauma. America Journal of Sugery.2001(2):289-296
10. Williams y Wilkins. Thoracic Esophageal Perforation Secondary to Blunt Trauma. America Journal of Sugery.2000(6):1129-1131
11. Williams y Wilkins.Candida Mediastinitis and Septic Shock Following Occult Esophageal Perforation in a Patient with Posttraumatic Quadriplegia.All Rights Resrved.1995(4):805-808
12. Morales C. H.,Uribe J.A, Gomez F. Factores pronósticos en perforaciones esofágicas.Rev Colomb Cir,2001(16)



13. Carlos Hernando Morales. Factores pronósticos en perforaciones esofágicas. Experiencias clínicas. Facultad de Med. U. de Antioquia. 2001(16)
 14. John M. Loré. Cirugía de cabeza y cuello. 3ª edición. 1998: 974.
 15. Frank H. Netter. Sistema digestivo. Tomo III. 1998: 4-5.
-