

11209.  
2 ej 25

# UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE MEXICO

FACULTAD DE MEDICINA  
DIVISION DE ESTUDIOS SUPERIORES

INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL  
HOSPITAL DE ESPECIALIDADES  
CENTRO MEDICO "LA RAZA"



## MEDIASTINITIS EN CIRUGIA ESTUDIO RETROSPECTIVO DURANTE TRES AÑOS EN EL HOSPITAL DE ESPECIALIDADES DEL CENTRO MEDICO "LA RAZA"

T E S I S

QUE PRESENTA EL DOCTOR

JOSE DIEZ SAUTTO

PARA OBTENER EL GRADO DE;  
ESPECIALIDAD EN CIRUGIA GENERAL

MEXICO, D. F.

1985

FALLA DE ORIGEN



Universidad Nacional  
Autónoma de México



## **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 está 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.

## CONTENIDO

ANTECEDENTES CIENTIFICOS.....	1
MATERIAL Y METODOS.....	12
RESULTADOS.....	21
CONCLUSIONES.....	23
BIBLIOGRAFIA.....	26

## ANTECEDENTES CIENTIFICOS.

La mediastinitis es un problema que se acompaña de una alta mortalidad (1, 3, 4, 7, 17), considerandose como agente causal a diversos procedimientos operatorios que efectúa el cirujano general, además de las complicaciones derivadas de las lesiones esofágicas, que aunque son más raras, se ha notado un incremento de las mismas, conforme aumenta el número de procedimientos tanto diagnósticos como terapéuticos sobre dicho órgano (4, 7, 10).

Se acredita a Boerhaave en el año de 1723 la descripción de la primera ruptura espontánea del esófago, refiriéndose a un Almirante de la Fuerza Naval Holandesa, quién posterior a la ingesta de abundante comida y bebida presentó malestar estomacal, para lo cual recibió una infusión de una planta bendita (ipecuanona), posteriormente, presentó ruptura del esófago que le produjo la muerte (3, 8, 13, 17, 18), demostrando Boerhaave en la autopsia la causa de la muerte y relacionándola con el vómito.

Inicialmente las lesiones secundarias a traumatismos del esófago eran la principal causa de perforación, pero con la introducción del esofagoscopio en 1881 por Von Micklewicz en Viena (18), aparecieron las perforaciones iatrogénicas en la historia.

En 1899 se acredita a Heidenhain (18) el haber curado por vez primera una perforación esofágica ocasionada -- por un cuerpo extraño (hueso de pollo), a través de un drenaje cervical y Von Hacker evoca el drenaje quirúrgico cervical del mediastino para todos estos casos (18).

En 1916 en Viena, Marschik describe la técnica de mediastinotomía efectuándola a través de una incisión anterior al musculo esternocleidomastoideo, y en ese mismo año -- Gaudiani demostró que un absceso mediastinal por arriba de la cuarta vértebra dorsal se podría drenar satisfactoriamente a través de una incisión cervical y que por debajo de dicho nivel ameritaba una toracotomía, habiendo basado sus observaciones en casos clínicos y disecciones anatómicas (18).

La mediastinotomía extrapleural posterior, descrita por Lillenthal en 1923 (16) fué el manejo de elección en las infecciones mediastinales en la era preantibiótica, pero con la aparición de éstos y con el manejo adecuado de las técnicas quirúrgicas transtorácicas en la Segunda Guerra Mundial, el abordaje transpleural se convirtió en el manejo de elección.

En 1938 Phillips delineó el complejo sintomático de las perforaciones esofágicas iatrogénicas por endoscopías, enfatizando el diagnóstico precoz y la instalación inmediata de

un tratamiento quirúrgico oportuno.

En 1946 Barret (13) revisó y analizó el Síndrome de Boerhaave y las causas por las cuales los pacientes podrían recuperarse, siendo él quien un año más tarde efectuaría el primer cierre de una perforación esofágica con éxito (1, 2, 13).

Posteriormente se han descrito múltiples procedimientos para el manejo de estos serios problemas mediastinales, algunos quirúrgicos y otros más conservadores, pero con la introducción de la nutrición parenteral por Dudrick, Var y Rhoads en 1968, la aplicación de dicha nutrición con una técnica quirúrgica adecuada se ha logrado una disminución de la mortalidad aunque esta sigue siendo elevada.

La infección aguda del mediastino se puede observar frecuentemente como consecuencia de traumatismos o ser secundaria a propagación de procesos infecciosos adyacentes, pudiendo provenir en ocasiones a partir de infecciones generalizadas con septicemia (19) y otras veces puede ser debida a procedimientos quirúrgicos en los cuales existió lesión esofágica. La perforación del esófago es una de las más serias y rápidamente fatal de todas aquellas que se presentan en el tubo digestivo, como lo había notado ya Sealey en 1963 (1, 7, 8).

La frecuencia de las lesiones esofágicas espontáneas es rara; Rosoff encontró sólo 68 casos de 1,250,000 pacientes que ingresaron en el Centro Médico de la Universidad del Sur de California durante un período de 15 años, aunque se considera que la frecuencia va en aumento (4). La incidencia de lesiones esofágicas varía del 0.2 al 2% de acuerdo con distintos autores, siendo el sitio de mayor frecuencia a nivel del cricofaríngeo, y esto es debido a:

- 1) Su configuración anatómica por su banda muscular posterior.
- 2) A la aplicación de anestesia en forma inadecuada.
- 3) A fallas del anestesiólogo al desinflar el balón esofágico.
- 4) A la protusión o fusión de las vértebras cervicales (6, 11).

La mediastinitis puede clasificarse de acuerdo a su evolución clínica de la siguiente manera:

- a) Mediastinitis aguda no supurada.
- b) Mediastinitis aguda supurada
- c) Mediastinitis crónica. (19)

Los factores etiológicos en las lesiones esofágicas pueden ser:

1.- De causa extraluminal (lesión, trauma o accidente quirúrgico.

2.- De causa intraluminal:

A) Intrínseca: Por aumento de presión en el cuerpo -  
esofágico.

B) Extrínseca: Por mecanismos de presión externa.

a) Cuerpos extraños en esófago con o sin perforación.

b) Perforaciones por causas intraluminales u otras.

c) Ingesta de cáusticos o ácidos.

3.- Complicaciones de lesiones. Presencia de abscesos, fístulas o estenosis (19).

Se ha observado que cuando la infección alcanza el mediastino, la evolución puede seguir hacia una remisión espontánea aunque haya causado una reacción febril o puede evolucionar a la formación y localización de un absceso o bien, la evolución puede ser tan fulminante que no permita que se presente la localización y el proceso se difunda rápidamente y cause la muerte (19).

La lesión esofágica ocasiona contaminación mediastinal con mediastinitis química necrosante inmediata e infec-

ción sobreagregada 8 a 12 horas después (11). La presencia de las bacterias que normalmente se encuentran en la orofaringe y que cuando existe falta de continuidad en el esófago, también se localizan en el mediastino, hace pensar en la posibilidad de que la presión intratorácica negativa forme un flujo de atracción de las mismas hacia este último (5, 7). Una vez presentada la ruptura del esófago es importante considerar la continencia del cardias, pues de existir ocasionará el paso de aire de la boca con un aumento del enfisema y si hay incompetencia del mismo, los vómitos pueden forzar el paso de contenido gástrico hacia el mediastino, acumulándose grandes cantidades a este nivel (8), ocasionando insuficiencia respiratoria, deshidratación e infección sobreagregada (1,7).

La mediastinitis supurada ocasionada por la perforación esofágica puede ocurrir por cuatro vías:

- 1=Ruptura completa de la pared.
- 2=Lasceración de la membrana mucosa acompañandose del desarrollo de un absceso intramural con ruptura subsecuente del mismo hacia afuera.
- 3=Necrosis por presión en la pared, usualmente debida a cuerpos extraños retenidos o impactados.
- 4=Necrosis de segmentos desvascularizados por cirugía intratorácica.

Las lesiones esofágicas por ruptura espontanea o --

Síndrome de Boerhaave, mismas que se han asociado a la emesis, se presentan más frecuentemente en esófagos sanos, localizándose a nivel del tercio inferior en la pared posterolateral, siendo el hallazgo más común durante la cirugía una lesión lineal de 5 a 20 cms. en el lado izquierdo (6, 7, 8).

También se han asociado a las rupturas espontáneas la presencia de úlceras esofágicas en pacientes portadores de historias de larga evolución, con disfagia e indigestión, e incluso se han referido en enfermos con Síndrome de Mallory-Weis (8).

Los cuerpos extraños pueden ocasionar lesión tanto directamente como por su estancia en el esófago o durante su retiro (6). Hay diferencias entre la ruptura postraumática y la postemética, pues en la segunda la presión intraluminal se asocia a la fuga de gran cantidad de jugo gástrico al mediastino, con la consecuente sepsis (7).

Las lesiones por instrumentación pueden ser a 3 niveles, correspondientes a las estrecheces anatómicas: En primer lugar esfínter cricofaríngeo en el esófago cervical, en segundo, en el estrechamiento aórtico en el tórax y por último en la unión cardioesofágica (18, 19).

También pueden presentarse perforaciones durante -- las biopsias esofágicas, intubaciones esofágicas por sondas --

de Sengstaken-Blakemore, balones hidrostáticos para dilata -  
ciones y aplicación de tubos semirrígidos para By-pass en -  
pacientes con neoplasias (6,11). Las quemaduras por ácidos o  
cáusticos pueden ocasionar desde un daño mínimo en la mucosa  
hasta quemaduras severas con la consecuente perforación y --  
formación de fístulas; la sepsis mediastinal por las perfo--  
raciones puede ocasionar por último la lesión de la pleura -  
mediastinal conllevando al paciente hacia una infección muy  
severa y finalmente a la muerte.

El cuadro clínico va a variar de acuerdo a la altu -  
ra a la que se encuentra la lesión (6); así las lesiones sub -  
diafragmáticas van a ocasionar un cuadro de abdomen agudo, --  
las lesiones a nivel torácico suelen acompañarse de dolor y -  
Síndrome de Derrame Pleural, así como enfisema (8); de hecho  
cualquier paciente con dolor epigástrico o torácico de varias  
horas de duración posterior a una endoscopia deberá conside--  
rarse como posible portador de esta patología (7), refiriendo  
se en la literatura que en el 50% de los casos con lesiones -  
no espontaneas se va a encontrar cianosis, enfisema subcuta--  
neo, dolor abdominal e hidrotórax. Las lesiones a nivel cervi  
cal van a cursar con dolor, el cual puede llevar al paciente  
incluso al colapso y éste se acompaña de edema localizado en  
cuello, crepitación y rigidez del músculo esternocleidomastoi  
deo.

El dolor que se presenta en los casos de mediastinii

tis suele localizarse en epigastrio, ser subesternal bajo e irradiarse a los puntos inferiores del tórax y flancos, pudiéndose irradiar también a nivel de la espina en la región dorsal baja o bien referirse al cuello y a los hombros. La intensidad del dolor puede ser tan severa que pudiera compararse al de una pancreatitis, al de un infarto agudo del miocardio o al de un aneurisma de la aorta. Por otro lado - puede haber vómitos precediendo al dolor y acompañarse rápidamente de datos de colapso vascular y choque, con el conjunto sintomático que ambas condiciones implican.

Cuando las perforaciones se deben a dilataciones neumáticas para el manejo de la acalasia, la sintomatología es prácticamente la misma que la mencionada para las endoscopias (20). Cuando se sospecha infección mediastinal secundaria a la fuga de anastomosis intratorácica o contaminación -- durante la elaboración de las mismas, el proceso suele tener una evolución incidiosa durante los primeros ocho a diez días posteriores a la operación, con elevaciones térmicas y derrame pleural, aunque en ocasiones la contaminación mediastinal es manifestada por dolor tan importante que pudiera hacer pensar en tromboembolia pulmonar, ya que incluso puede acompañarse de choque, y en estos pacientes debe de investigarse de inmediato la posibilidad de escape del contenido esofágico (21).

El diagnóstico de perforación esofágica y mediastinitis es difícil ya que como se mencionó, el cuadro clínico -imita otras catástrofes clínicas tales como pancreatitis aguda, úlcera péptica perforada, infarto agudo al miocardio y el neumotorax espontáneo (10).

Entre los estudios de apoyo podemos contar con cambios en estudios simples rayos X que demuestren neumomediastino, enfisema en cuello, neumoperitoneo, derrames pleurales, neumonitis e hidroneumotorax (8, 13). También se puede apreciar en la telerradiografía de torax el signo de la V de Nacclerio que consiste en un aumento de densidad detrás del borde cardíaco izquierdo debido a neumonitis química con la que cursa (17), pero el diagnóstico definitivo debe basarse en la corroboración de fuga de material de contraste durante el esofagograma.

La esofagoscopia puede ser útil en ocasiones para determinar el sitio de la lesión y cuando se sospecha de fístulas, esta podrá asociarse a la broncoscopia con un trago de azul de metileno para localizarla (15).

El tratamiento debe enfocarse en su fase inicial al manejo del choque, restitución de líquidos y control de la sepsis.

Se han evocado dos tipos de manejo, uno conservador que consiste básicamente en succión gástrica, nutrición parentéral y asistencia ventilatoria adecuada (10, 11), advirtiéndose con éste distintos resultados, sugiriéndose sobretodo -- cuando son perforaciones pequeñas por instrumentación, sin datos de sepsis y sintomatología mínima, y por otro lado se ha propuesto el manejo quirúrgico temprano, considerándose las -- primeras 24 hrs. posteriores a la perforación el tiempo ideal para la reparación. Gaudiani, Howell, Prinz y Pichleman recomiendan un drenaje cervical cuando la lesión es por arriba de la cuarta vértebra torácica, y drenaje transpleural izquierdo -- cuando es por debajo de este nivel (5, 18), existiendo otros procedimientos aceptables que van desde el cierre primario de la lesión sin drenaje, con drenaje y llegando incluso hasta la esofaguectomía cuando la sepsis no es susceptible de controlarse por otros medios. Para casos especiales de problemas transoperatorios, existen otros métodos de reparación de la lesión en forma inmediata (8, 9).

Es importante considerar como un soporte coadyuvante al manejo una adecuada antibioticoterapia, el tratar se evitar el reflujo y un buen soporte nutricional (5, 9, 15, 17).

## MATERIAL Y METODOS.

Se revisaron 212 pacientes a cargo del servicio de Cirugía General del Hospital de Especialidades del Centro Médico "La Raza", que fueron sometidos a tratamiento quirúrgico de esófago incluyendose distintos tipos de cirugía, durante el periodo comprendido entre julio de 1981 y julio de 1984, y de este grupo se analizó 11 casos que presentaron complicaciones que conllevaron a los enfermos a desarrollar mediastinitis y que son el motivo de análisis del presente trabajo; - No se mencionan en éste otro tipo de complicaciones, por no - corresponder al objetivo del estudio.

Se incluyeron los siguientes parámetros para su análisis: edad, sexo, enfermedades cardiopulmonares preexistentes, enfermedades oncológicas, estado nutricional, enfermedades -- graves subyacentes, las cirugías previas, la vía de abordaje quirúrgico, la calidad de la cirugía ( si era electiva o de - urgencia) y el tiempo de evolución entre el procedimiento qui - rúrgico y el diagnóstico de mediastinitis.

El diagnóstico fué sospechado en base a los datos - de la historia previa de los pacientes, empleandose corro- -- boración con estudios radiológicos simples y en dos casos -- se empleó el esofagograma para corroborar la fuga de material

de contraste hacia el mediastino. Además en todos los pacientes se solicitó exámenes de laboratorio tanto para el diagnóstico como para el control de la evolución. En ningún caso fué posible la corroboración histopatológica, por no haberse podido efectuar estudio postmortem.

La edad de los pacientes estudiados fluctuó entre los 32 y los 69 años, con un promedio de 52 años; fueron siete hombre y cuatro mujeres, tres pacientes cursaron con un grado moderado de desnutrición, otros tres fueron obesos y el resto no presentó alteraciones en cuanto a este parámetro.

En cuanto a problemas subyacentes se encontró que seis pacientes presentaron enfermedad pulmonar obstructiva crónica, algunos hasta por cinco años y uno de ellos se acompañó de manifestaciones de Cor Pulmonale crónico, el resto de los pacientes no tenía alteraciones en la esfera cardiopulmonar.

Cuatro pacientes tuvieron padecimientos oncológicos que ameritaron cirugía, uno de ellos por carcinoma epidermoide de esófago y los otros tres por adenocarcinoma de la unión cardioesfágica. Dentro de los antecedentes que se analizaron también, por considerarlos de importancia, fueron la presencia

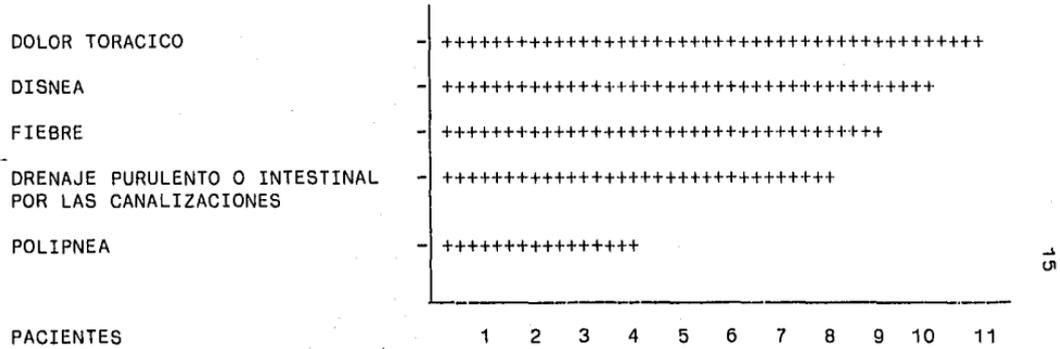
de pancreatitis necrótico-hemorrágica en un paciente, Enfermedad de Barret en otro y artritis reumatoide en otros dos, uno de ellos con úlcera péptica y el otro con Síndrome de Mallory-Weiss.

En cuatro casos la indicación de la cirugía fué la presencia de hernia hiatal con reflujo, en dos casos se efectuó gastrectomía total por presencia de cáncer y en otros dos se efectuó esofaguetomía por el mismo problema, uno con transposición de colon y en el otro caso este procedimiento se dejó pendiente. En un paciente se efectuó gastrectomía total por sangrado de tubo digestivo por úlceras de stress y se efectuó una toracolaparotomía en un paciente con enfermedad de Barret. Una cirugía fué de urgencia y el resto electiva.

El cuadro clínico fué manifestado por la presencia de dolor torácico, hipertermia superior a los 38.4°C, disnea, polipnea y apreciación de fuga de material intestinal por las canalizaciones o aumento del drenaje pleural y/o presencia de material purulento por dichas sondas. (cuadro 1).

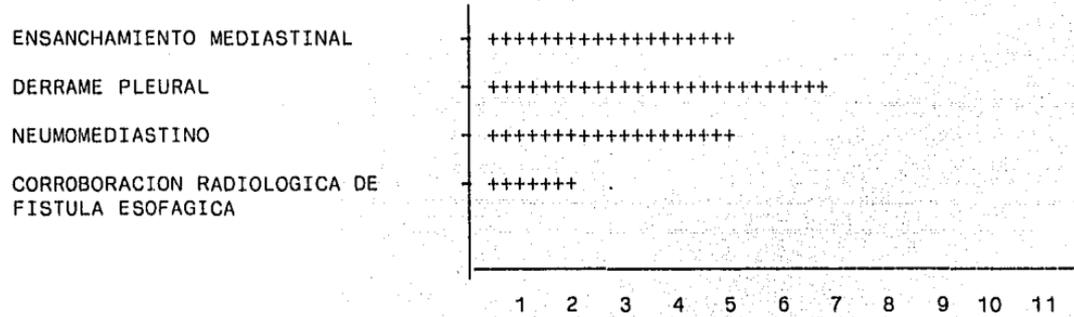
Entre los hallazgos radiológicos (cuadro 2), encontramos datos de derrame pleural, ensanchamiento mediastinal,

HALLAZGOS CLINICOS EN 11 PACIENTES CON MEDIASTINITIS



CUADRO N° 1

# HALLAZGOS RADIOLOGICOS



CUADRO N° 2

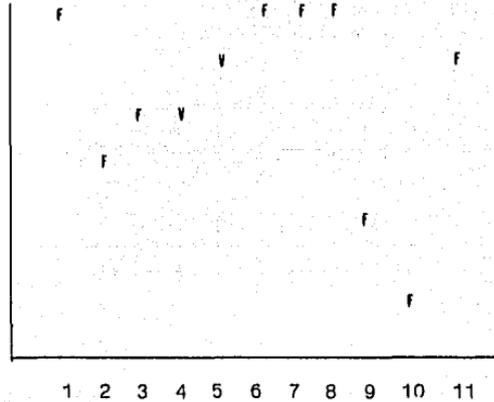
MANEJO DE LOS PACIENTES CON MEDIASTINITIS

DRENAJE PLEURAL CERRADO  
 DRENAJE ABIERTO DE MEDIASTINO Y PLEURA  
 MANEJO MEDICO PURO  
 DRENAJE DE MEDIASTINO POR VIA CERVICAL  
 ESOFAGOSTOMIA Y YEYUNOSTOMIA POR VIA -  
 ABDOMINAL  
 ESOFAGOSTOMIA CERVICAL, RESECCION GASTRI  
 CA Y PLASTIA DIAFRAGMATICA ABDOMINAL

PACIENTES

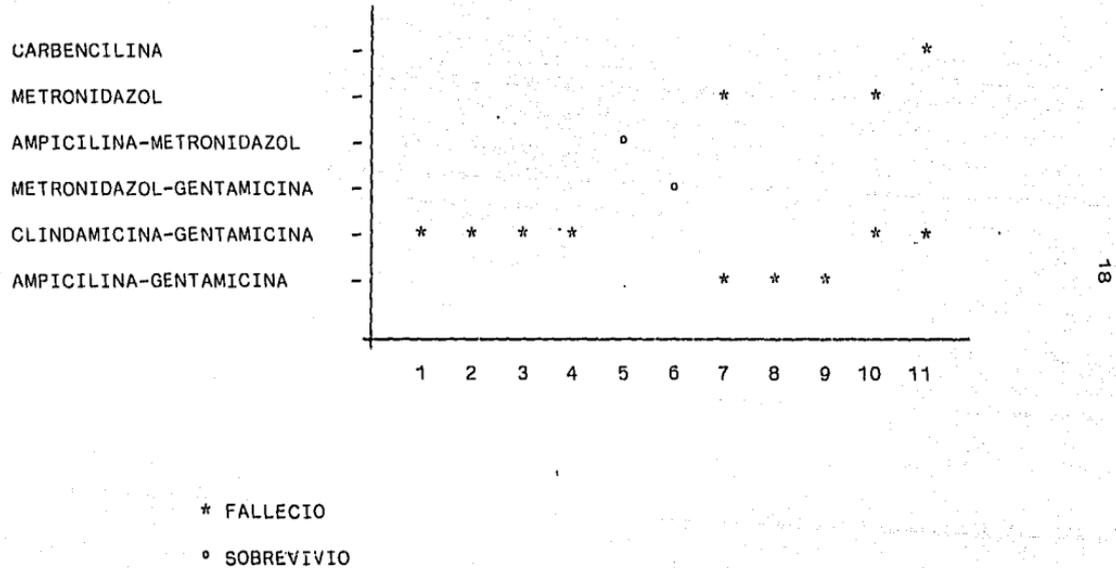
V Sobrevivió

F Falleció



CUADRO Nº 3

ESQUEMA DE ANTIBIOTICOS EN RELACION A LA SUPERVIVENCIA



CUADRO N° 4

neumomediastino y se evidenció fuga de material de contraste a partir de esófago en dos pacientes. En dos casos en que se contó con estudio bacteriológico, se reportó *Pseudomona* en uno y *Serratia marcensis* y *Escherichia coli* en el otro. Todos los pacientes mostraron leucocitosis con desviación a la izquierda.

El manejo de los pacientes (cuadro 3) incluyó el drenaje mediastinal en nueve de ellos, ya sea por vía cervical o a través del hemitorax izquierdo, además de medidas generales, terapia ventilatoria, soporte nutricional y antibioticoterapia con distintos esquemas (cuadro 4).

La evolución de los pacientes fué desfavorable - en 9 casos, los cuales fallecieron entre 4 y 28 días posteriores al desarrollo del cuadro de mediastinitis con un promedio de 17 días. En dos casos, los cuales habían desarrollado en forma inicial fístulas ésta cerró y pudieron ser egresados a los 6 y 14 días posteriores al control del cuadro de toxiinfección y se reanudó la vía oral. Las causas de las nueve defunciones se consideraron que en ocho hubo deterioro progresivo por la sepsis con desarrollo de insuficiencia organica múltiple, y en un caso, posterior

a una evolución estable durante 21 días con manejo con nutrición parenteral total, la paciente presentó en forma súbita - datos de Insuficiencia Respiratoria, con paro cardiorrespiratorio irreversible, lo que se atribuyó a regurgitación del - contenido gástrico con nueva fuga a mediastino.

Todos los datos fueron analizados estadísticamente con el método de la Ji Cuadrada, modificada de Jates.

## RESULTADOS.

De los 212 pacientes intervenidos 11 desarrollaron mediastinitis, siendo 10 secundaria a procedimientos quirúrgicos y uno como consecuencia a perforación traumática durante su estudio endoscópico; ésto corresponde al 5.1% de los casos manejados de esófago en el servicio.

Posterior al análisis estadístico, se encontró que ni la edad ni el sexo tienen significancia alguna. Tampoco existe relación con las enfermedades oncológicas ni con los padecimientos cardiovasculares previos. La valoración nutricional en esta serie no reportó datos de importancia, y no se encontró relación con el antecedente de cirugías previas ni con la vía de abordaje quirúrgico que se haya empleado en la cirugía inicial.

Lo que si mostró tener importancia en cuanto a la mortalidad, fué el diagnóstico tardío del problema, con una Ji cuadrada de 6.23, para una  $(p < 0.005)$ , y también mostró - significancia las enfermedades concomitantes graves, con una Ji cuadrada de 8.29  $(p < 0.005)$ .

La mortalidad global de los pacientes con medias-tinitis fué del 81.8%, siendo en el 77.7% de los casos, el desarrollo de insuficiencia orgánica multiple secundaria a la sepsis la causa directa de la muerte. En un caso la defunción fué por la pancreatitis necrótico-hemorrágica con la que ya cursaba el paciente y en otro con perforación durante la endoscopia, se consideró la regurgitación de material gástrico con desarrollo de insuficiencia respiratoria severa y paro cardiopulmonar como la causa.

De los distintos esquemas de antibióticos, emplea dos en esta serie de pacientes, no existe evidencia de que alguno de ellos fuera de mayor utilidad o mejorara en parte los malos resultados de esta entidad clínica.

En el 72% de los pacientes se empleó nutrición parenteral total, pero tampoco mostró este procedimiento significancia estadística para disminuir la mortalidad.

## CONCLUSIONES.

Aunque en el presente estudio se analizan un número pequeño de casos, los resultados demuestran en forma precisa la gravedad de esta complicación en la cirugía de esófago, por el porcentaje tan elevado de mortalidad que tienen estos pacientes en el servicio de Cirugía General.

En los dos pacientes sobrevivientes del estudio, no se encontró antecedentes de desnutrición, enfermedad cardiopulmonar previa, ni enfermedades graves asociadas, pero sólo tuvo significancia estadística esta última. Tampoco hubo relación con el tratamiento recibido, por lo cual no nos sirven de parámetro para manejos a futuro.

De acuerdo a la literatura, es de vital importancia un diagnóstico temprano, ya que de este va a depender el manejo a establecer y obviamente el pronóstico, habiéndose pregonado en los casos de detección temprana de la lesión (menos de 24 horas de ocurrida la perforación), la reparación quirúrgica de ésta (9), a pesar de que hay quienes abogan por el manejo médico sobre todo cuando éstas son pequeñas y no hay datos de contaminación importante (13). En los casos de perforación con una evolución más prolongada, algunos autores preconizan bajo ciertas circunstancias la corrección quirúrgica de

las lesiones (14).

Nosotros no estamos de acuerdo en los manejos conservadores, pues consideramos que éstos han sido la causa de la elevada mortalidad de nuestra serie, como consecuencia de mantener con el esófago lesionado un foco de reinfección que no permite el control de la sépsis y que la perpetúa, comprometiendo al huésped hasta la muerte.

Es probable que en presencia de un esófago lesionado o al haber dehiscencia de una anastomosis intratorácica, la presión negativa de la cavidad pleural y la aspiración -- continua que ejercen las sondas de pleurotomía funcionan succionando el contenido desde orofaringe, esófago, estómago e incluso de duodeno, acarreamo los gérmenes que habitualmente se encuentran en éstos sitios hacia el mediastino, ocasionando una contaminación continua, y que a pesar de que se -- apliquen varios esquemas de antibióticos, no va a ser posible la erradicación de la sépsis de ésta cavidad.

También se hace manifiesto que las enfermedades graves concomitantes son un factor importante en el pronóstico, y que por supuesto nos obliga, en ellos a tratar de corregir a la brevedad el problema séptico antes de que aparezcan insuficiencias orgánicas sobreagregadas.

Ante la alarmante situación en que se encuentran los pacientes con mediastinitis, consideramos que el manejo de ellos no debe considerarse como conservador, que requiere de un diagnóstico inmediato para reparar la lesión dejando drenajes adecuados; y que en el caso de que el diagnóstico sea tardío se debe recurrir en primera instancia a desfuncionalizar el esófago para evitar la continua recontaminación del mediastino. Si con esta medida no es suficiente para un rápido control de la sepsis, en 72 horas se debe de considerar la necesidad de sacrificar el esófago para salvar la vida del paciente, y posteriormente se podrá emplear alguna alternativa quirúrgica para la reposición del mismo (8).

Otro punto a considerar durante la intervención -- temprana, es que cuando se dejan sondas de pleurotomía debe de asegurarse un adecuado cierre de las lesiones esofágicas, pues en caso de que exista la más mínima fuga, ésta puede ocasionar una contaminación importante por la presión de aspiración que se ejerce en la cavidad torácica.

BIBLIOGRAFIA.

- 1) Goldstein, L.A.; Thompson, W.R.. Esophageal Perforations: A 15 Year Experience. Am. J. Surg. 1982; 4(143): 495-503.
- 2) Tiller, H.J.; Rhea, W.G.. Iatrogenic Perforation of the Esophagus by a Nasogastric Tube. Am. J. Surg. 1984; --- 3(147): 423-5.
- 3) Banks, J.G. & Bancewicz, J.. Perforation of the Esophagus: Experience in a General Hospital. Br. J. Surg. 1981; --- (68): 580-4.
- 4) Rosoff, L. & White E.J. Perforation of the Esophagus. Am. J. Surg. 1974; 8(128): 207-18.
- 5) Turcot, R.. Anaerobic Mediastinitis and Septic Shock Secondary to Esophageal Perforation. Can. J. Surg. 1979; - 4(22): 382-4.
- 6) Jones R.J. & Samson, P.C.. Esophageal Injury. Ann. Thorac. Surg. 1975; 2(19): 216-26.
- 7) Sawyers, J.L.. Esophageal Perforation. Ann. Thorac. Surg. 1975; 3(19): 233-8.

- 8) Sealy, W.C.. Rupture of the Esophagus. Am. J. Surg. 1963--  
4(105): 505-10.
- 9) Skinner, D.B. & Little A.G.. Management of Esophageal Perforation. Am. J. Surg. 1980; 6(139): 760-4.
- 10) Keszler, P. & Buzana, E.. Surgical and Conservative Management of Esophageal Perforation. Chest 1981; 8(80): 158-62.
- 11) Sarr, M.G., Pemberton, J.H.. Management of Instrumental Perforations of the Esophagus. J. Thorac. Cardiovasc. Surg. - 1982; 2(84): 211-8.
- 12) Michel, L., Grillo, H.C. & Malt, R.A.. Esophageal Perforation. Ann. Thorac. Surg. 1982; 2(33): 203-9.
- 13) Andersen, O.A. & Giustra, P.E.. Nonoperative Management of Contained Esophageal Perforation. Arch. Surg. 1981; 9(116): 1214-7.
- 14) Grillo, H.C. & Wilkins, E.W.. Esophageal Repair Following Late Diagnosis of Intrathoracic Perforation. Ann. Thorac. Surg. 1975; 4(20): 387-99.
- 15) Serrano, M.F.; Alix, T.A. & Borro, J.M.. Perforación Esofágica. Un Reto para la Cirugía. Rev. Clin. Esp. 1978; 4(151): 335-340.

- 16) Zenone, E.A. & Trotman B.W.. Síndrome de Boerhaave. -----  
J.A.M.A. en Mex. 1978; 1(3): 54-5.
- 17) Campbell, T.C. & Neptune W.B.. Ruptura Esofágica Espontanea  
J.A.M.A. en Mex. 1976; 2(1): 159-62.
- 18) Ferguson, T.B. Esophageal Perforations and Mediastinal Sep-  
sis. In Hardy, J.D. Critical Surgical Illnes. Saunders --  
Company. Philadelphia. 1980; 270-89.
- 19) Shackelford, R.T. (Mediastinitis) Lesiones del Esófago. En  
Shackelford, R.T.. Diagnóstico Quirúrgico. Salvat. Barce-  
lona. 1970; 644-649.
-