

Manejo endoscópico de perforación esofágica por colocación de sonda en Sengstaken-Balkemore. Reporte de caso

César Fermín Cervantes-Viloria*, Janet Ledesma-Ortíz, Luis Carlos Fernández-Álvarez

Servicio de Endoscopia y Fisiología Digestiva, Hospital Regional Puebla ISSSTE. Puebla, Puebla

Introducción

La hemorragia de várices esofágicas o gástricas es una complicación catastrófica de la enfermedad hepática crónica. Las modalidades de tratamiento incluyen; terapia farmacológica, endoscópica, cirugía, radiología intervencionista y uso de sonda de Sengstaken-Blakemore.

Esta última se ha utilizado como maniobra de rescate en caso de hemorragia aguda, cuando alguna otra modalidad, generalmente la terapia endoscópica ha fallado o no se encuentra disponible. La tasa de éxito en el control de la hemorragia con esta técnica se ha reportado hasta en 90%.

La aspiración de secreciones es la complicación más común del taponamiento con sonda (10-20%). La rotura esofágica es una complicación rara y generalmente fatal asociada a esta técnica. La identificación temprana de la lesión y el manejo temprano de la misma son fundamentales en el pronóstico de estos pacientes.

Objetivo

Reporte de un caso y revisión de la literatura.

Paciente femenino de 56 años de edad. Antecedente de insuficiencia hepática crónica secundaria a infección por VHC, estadio Child B. Ligadura de várices esofágicas un año previo a su ingreso.

Acude a urgencias posterior a 5 episodios de hematemesis en su domicilio, y 3 evacuaciones melénicas.

A su ingreso con datos de choque hipovolémico, coagulopatía y anemia aguda. Se lleva a cabo estabilización hemodinámica, administración de hemoderivados y manejo con terlipresina a dosis recomendadas.

Resultados

Se realiza endoscopia a las 8 hrs de su ingreso, encontrando varices esofágicas grandes, sin estigmas de hemorragia, várices cardiales ingurgitadas con punto hematoquístico. Se lleva a cabo escleroterapia con cianoacrilato, y posterior a inyección de 1 ml del mismo presenta tos, tras lo cual se observa salida de inyector de trayecto varicoso, y hemorragia profusa que impide la visibilidad. Se decide colocación de sonda de Sengstaken-Blakemore con la técnica habitual, aspirando líquido hemático, previa auscultación de abdomen y hasta los 55 cm de las narinas. Se infla balón distal con 200 cc de aire. Al traccionar se percibe resistencia por lo que se desinfla, y se realiza revisión endoscópica encontrando desgarro esofágico de 40 mm en territorio de varices esofágicas, con hemorragia secundaria. Se aprecia gran coágulo en región de cardias. Se realiza colocación de clips en extremo distal de desgarro, logrando reducción de 10 mm. Finalmente se coloca PMA totalmente cubierta de 20x100m, verificando su posición por RX. Fue valorada por cirugía, sin embargo no se autorizó su realización por parte de familiares. La paciente cursó con

Autor de correspondencia:

*César Fermín Cervantes-Viloria
E-mail: drsurgendos@gmail.com
0188-9893/© 2019. Asociación Mexicana de Endoscopia Gastrointestinal, publicado por Permanyer México SA de CV, todos los derechos reservados.

Fecha de recepción: 02-08-2019

Fecha de aceptación: 16-08-2019

DOI: 10.24875/END.M19000071

Endoscopia. 2019;31(Supl 2):135-136

www.endoscopia-ameg.com

estabilidad hemodinámica en las siguientes 48 horas, y sin desarrollo de enfisema subcutáneo o datos de respuesta inflamatoria sistémica. Desarrolló hemotórax izquierdo, el cual fue manejado con sonda pleural, sin datos de infección durante su estancia. Continuó con alteraciones de la coagulación a pesar de maniobras correctivas. No presentó datos de mediastinitis en los 20 días que permaneció en hospitalización, finalmente, comenzó con evacuaciones melénicas abundantes y datos de choque hipovolémico, tras lo cual falleció. No se autorizaron maniobras invasivas posterior al inicio de la hemorragia, por lo que no se realizó nueva endoscopia.

Conclusiones

La ruptura esofágica como complicación secundaria al manejo de la hemorragia variceal, es particularmente una lesión letal. La colocación de sonda de balones si bien preserva la vida en la hemorragia refractaria, se acompaña de riesgo de complicaciones graves.

Se debe conocer a profundidad la técnica de colocación de la sonda de Sengstaken-Blakemore, y hacer uso de las herramientas que puedan corroborar el adecuado posicionamiento de la misma.

El manejo endoscópico de estas lesiones con PMA, es una opción en pacientes con riesgo quirúrgico alto o en quienes no aceptan cirugía.

Referencias

1. Sengstaken RW, Blakemore AH. Balloon tamponage for the control of hemorrhage from esophageal varices. Ann Surg 1950; 131:781-9.
2. Gossat D, Bolin TD. An unusual complication of balloon tamponade in the treatment of esophageal varices: a case report and brief review of the literature. Am J Gastroenterol 1985;80:600-1.
3. McCormick PA, et al. How to insert a Sengstaken-Blakemore tube. Br J Hosp Med 1990 Apr, 43(4):274-7.
4. Chee-Fah C, et al. Esophageal rupture due to Sengstaken-Blakemore tube misplacement. W J Gastroenterol. 2005 Nov 7;11(41):6563-6565.
5. Lin CT, et al. Sengstaken-Blakemore tube related esophageal rupture. Rev Esp Enferm Dig. 2010 Jun;102(6):395-6.
6. Yoshida H, et al. Treatment Modalities for bleeding esophagogastric Varices. J Nippon Med Sch 2012;79(1).
7. Trine, Sk. Et al. Lethal esophageal rupture following treatment with Sengstaken-Blakemore Tube in management of variceal bleeding: A 10-year autopsy study. Forensic Science International 2012;222:19-22.
8. György L, et al. Role of endoscopic clipping treatment of oesophageal perforations. World J Gastrointest Endosc 2016: Jan-10; 8(1): 13-22.
9. Nadler J, et al. Outcomes in variceal hemorrhage following the use of a balloon tamponade device. Am J Emerg Med 2017;35-10:1500-1502.