

Tratamiento endoscópico de perforación esofágica tardía

David Espinosa-Saavedra, Raúl Antonio Zamarripa-Mottú, Oscar Víctor Hernández-Mondragón, Luis Alberto López-Valenzuela

Endoscopia Gastrointestinal, Centro médico Nacional Siglo XXI, UMAE, Hospital de Especialidades, Instituto Mexicano del Seguro Social. Ciudad de México, México

Antecedentes

La rareza de las perforaciones esofágicas, en combinación con la gravedad de sus resultados, hacen a esa condición difícil de diagnosticar de manera oportuna y desafiante para su manejo. Históricamente, el manejo quirúrgico agresivo ha gobernado el tratamiento de esa condición, pero con los avances endoscópicos en los años recientes, el panorama de la perforación esofágica está evolucionando rápidamente con un cambio en las etiologías, un examen más estrecho de los factores predictivos para los resultados, y una proliferación de terapias novedosas.

Reporte del caso

Se trata de un paciente masculino de 62 años de edad, antecedentes de DM tipo 2 y HAS de 25 años de evolución y cardiopatía isquémica de 1 año de evolución, actualmente se mantiene en control. El padecimiento actual inicia 7 días previo a su ingreso al servicio de admisión continua (13/04/17) con ingesta de cuerpo extraño (hueso de pollo), presento disfagia y odinofagia. Los signos vitales en rangos normales, a la exploración física no se encontraron enfisema subcutáneo o estertores crepitantes, los laboratorios con leucocitosis (17360) y la gasometría arterial con acidosis respiratoria descompensada. Se realizó TAC donde se observa cuerpo extraño (hueso) en tercio esofágico superior con evidencia de perforación, no se observa presencia

complicaciones a nivel de mediastino o pulmón. Posteriormente se realiza endoscopia digestiva superior con evidencia de impactación de huso a nivel de tercio esofágico superior, se procede a extracción del mismo con pinza de dientes de ratón, en las zonas de impactación se observa presencia de material necrótico, natas de fibrina y secreción purulenta, se realiza desbridamiento de la zona afectada con retiro del material necrótico con las pinzas de biopsia y con el cepillo de citología, se observan dos heridas menores de 10 mm, se observa perforación menor de 5 mm en la herida que se localiza en cara lateral izquierda, se aplica inyección e irrigación de amikacina (1 gramo) intra y paralesional, se cierran las heridas y perforación con endoclips y finalmente se aplica cianoacrilato intralesional. La evolución del paciente fue satisfactoria, se realizó esofagograma sin evidencia de fuga del medio de contraste, inicio la vía oral y egreso a domicilio a las 48 horas.

Conclusiones

La perforación esofágica espontánea puede ser causada por cuerpos extraños (alimentos), El tratamiento endoscópico puede ser la primera opción de tratamiento en pacientes sin complicaciones sistémicas. Los endoclips (a través del canal de trabajo) pueden usarse para el cierre de perforaciones esofágicas < 10 mm, siempre que el tejido que rodea los bordes sea compatible y viable.

Fecha de recepción: 02-08-2019

Fecha de aceptación: 16-08-2019

DOI: 10.24875/END.M19000092

Endoscopia. 2019;31(Supl 2):210

www.endoscopia-ameg.com

0188-9893/© 2019. Asociación Mexicana de Endoscopia Gastrointestinal, publicado por Permayer México SA de CV, todos los derechos reservados.