

Perforación esofágica tardía secundaria a erosión crónica por placa de fijación cervical como complicación poco frecuente. Reporte de caso

Andrés M. Aguilar-Jaramillo*, Sandra S. May-López, Miguel Camacho-Nájera, Rolando Armienta-Sarabia, Ma. Elena Hernández-Gómez y Uriel Martínez-Segundo

Servicio de Endoscopia Gastrointestinal, Hospital Regional General Ignacio Zaragoza, Ciudad de México, México

Resumen

La perforación esofágica por la presencia de una placa de fijación cervical en la luz del esófago como complicación crónica de una cirugía con instrumentación cervical es un hallazgo endoscópico no reportado en la literatura en un paciente estable pero que conlleva una gran morbilidad y mortalidad.

Palabras clave: Perforación esofágica. Erosión, Placa de fijación

Late esophageal perforation secondary to chronic erosion by cervical fixation plate as a rare complication. Case report

Abstract

Esophageal perforation due to the presence of a cervical fixation plate in the lumen of the esophagus as a chronic complication of surgery with cervical instrumentation is an endoscopic finding not reported in the literature in a stable patient, but which entails great morbidity and mortality.

Keywords: Esophageal perforation. Erosion. Fixation plate.

*Correspondencia:

Andrés M. Aguilar-Jaramillo
E-mail: andre_ss20@live.com

Fecha de recepción: 17-10-2024
Fecha de aceptación: 30-10-2024
DOI: 10.24875/END.24000020

Disponible en internet: 16-07-2025
Endoscopia. 2025;37(2):54-56
www.endoscopia-ameg.com

0188-9893/© 2024. Asociación Mexicana de Endoscopia Gastrointestinal, publicado por Permayer México SA de CV, todos los derechos reservados.

Introducción

La perforación esofágica secundaria a una cirugía de instrumentación cervical tiene una incidencia del 0.3-0.9%¹ y una tasa de mortalidad del 6-34%². Es la complicación más grave de todas las perforaciones del tubo digestivo³. El mecanismo o etiología por el cual se produce puede ser intraluminal, espontáneo y extrínseco (cuerpos extraños), siendo la última la más infrecuente³. Las complicaciones que se pueden presentar son disfagia, infección de tejido blando local, infección de tejidos profundos, sepsis, mediastinitis infecciosa y la muerte⁴.

Presentación del caso

Mujer de 64 años de edad con antecedente de abordaje anterior cervical con colocación de material protésico a nivel de C5-C7 hace seis años por patología degenerativa de la columna cervical, donde se produce una perforación esofágica, la cual es manejada con cierre primario + gastrostomía en el mismo acto quirúrgico; a los pocos días del posquirúrgico presenta fistula esófago-cutánea con gasto siálico, el cual se maneja de forma conservadora (Figs. 1 y 2). Ante el cese de gasto de fistula se inicia tolerancia de alimentos con adecuada respuesta; a los dos años presenta leve disfagia a sólidos, para lo cual se realiza panendoscopia de control, la cual reporta estenosis 20% franqueable a nivel de cricofaríngeo. La paciente continúa con valoraciones frecuentes de manera anual por parte del servicio de endoscopia, sin embargo, ante la presencia de mayor disfagia a sólidos y en el último mes a líquidos, se realiza valoración endoscópica a los seis meses de su último control donde se identifica estenosis esofágica 50% + material de osteosíntesis en la luz esofágica a nivel del cricofaríngeo, hallazgo no encontrado en su último control (Fig. 3). Paciente al momento de su valoración hemodinámicamente estable, sin respuesta inflamatoria, sin sepsis, sin dolor; sin embargo, con alto riesgo de osteomielitis a nivel cervical, por lo cual se envía al servicio de cirugía de columna para valoración de los hallazgos descritos.

Discusión

La perforación esofágica durante una cirugía cervical anterior es rara, con una prevalencia desconocida, pero con una importante morbimortalidad (3.92%)⁵. Hay que distinguir dos escenarios en la lesión en esófago que pueden darse, tales como una perforación esofágica que se diagnostica en el transoperatorio, la

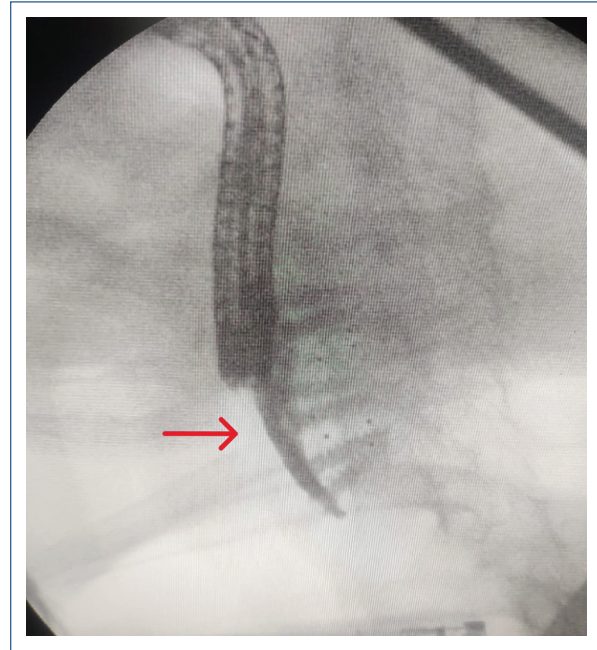


Figura 1. Presencia de placa cervical por fluoroscopia.

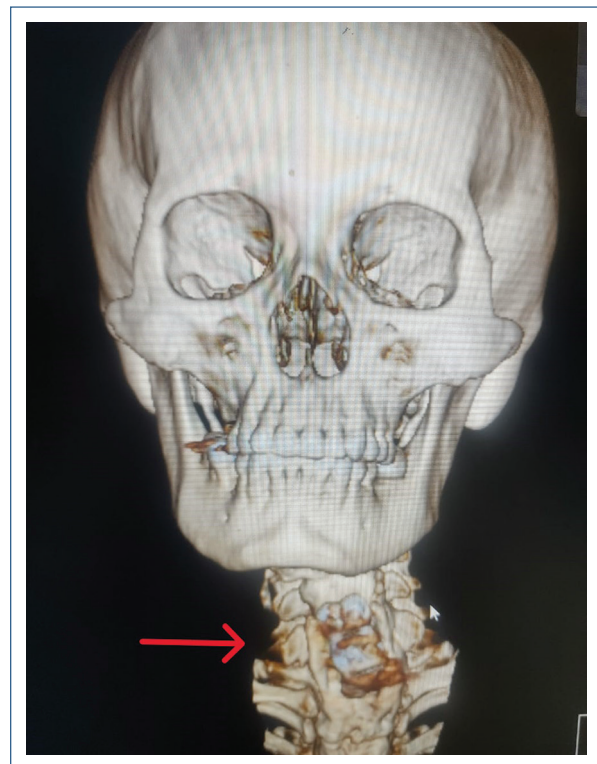


Figura 2. Placa cervical por resonancia magnética.

cual se dio en la primera cirugía del caso, y otro que se presenta como una verdadera fistula esofágica, de presentación tardía, que por lo general ocurre a los 30



Figura 3. Material de osteosíntesis en la luz esofágica posterior a nivel del cricofaríngeo.

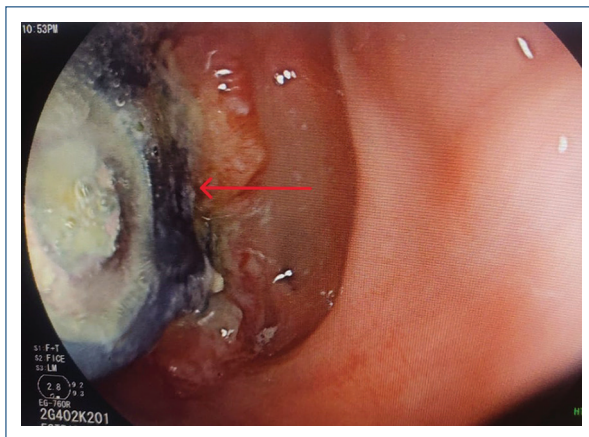


Figura 4. Erosión crónica en esófago.

días de la cirugía y en este caso ocurrió a los 6 años, según la literatura descrita ocurre en menos del 0.1% de los pacientes⁶.

Las causas más frecuentes de perforación esofágica extrínseca es la migración de la placa o tornillos flojos (41%), erosión crónica (31%), lesión intraoperatoria por retracción del instrumental quirúrgico (19%) y la extrusión del injerto con posterior penetración (7%)⁷. En este caso el paciente se encuentra sin síntomas sistémicos de una perforación intestinal dado por una integración totalmente cerrada entre la placa de fijación y el esófago, para lo cual se plantean varios mecanismos fisiopatológicos que se han propuesto en casos similares a nuestro hallazgo, como es la erosión y migración intragástrica de la banda gástrica en pacientes

sometidos a cirugía bariátrica. Estos mecanismos son respuesta inflamatoria, isquemia y regeneración de tejidos secundaria al cuerpo extraño añadido a una mala técnica quirúrgica o la presencia de infección en el sitio quirúrgico^{7,8} (Fig. 4). Todas las posibles etiologías descritas son muy infrecuentes en pacientes sometidos a este tipo de cirugía⁷. Sin embargo no se han reportado en la bibliografía los hallazgos descritos en este caso.

Financiamiento

Los autores no recibieron patrocinio para llevar a cabo este artículo.

Conflicto de intereses

Los autores declaran no tener conflicto de intereses.

Consideraciones éticas

Protección de personas y animales. Los autores declaran que para esta investigación no se han realizado experimentos en seres humanos ni en animales.

Confidencialidad, consentimiento informado y aprobación ética. Los autores han seguido los protocolos de confidencialidad de su institución, han obtenido el consentimiento informado de los pacientes, y cuentan con la aprobación del Comité de Ética. Se han seguido las recomendaciones de las guías SAGER, según la naturaleza del estudio.

Declaración sobre el uso de inteligencia artificial. Los autores declaran que no utilizaron ningún tipo de inteligencia artificial generativa para la redacción de este manuscrito.

Referencias

1. Epstein NE. A Review of Complication Rates for Anterior Cervical Discectomy and Fusion (ACDF). *Surg Neurol Int.* 2019;10(100):100.
2. Ko SB, Park JB, Song KJ, Lee DH, Kim SW, Kim YY, et al. Esophageal Perforation after Anterior Cervical Spine Surgery. *Asian Spine J.* 2019;13(6):976-83.
3. Ramos N, Leal A, Adefna R, Izquierdo F, Oliu D. Fístula esofágica después de cirugía espinal. *Rev Cubana Cir.* 2011;50(4):584-9.
4. Vargas J, Basurco A, Laos E, Cabrejos J, Romero R. Fístula esofágica como complicación infrecuente de la fusión cervical anterior. Informe de caso. *Perú J Neurosurg.* 2021;3(2):87-92.
5. Sansur CA, Early S, Reibel J, Arlet V. Pharyngocutaneous fistula after anterior cervical spine surgery. *Eur Spine J.* 2009;18(5):586-91.
6. Ardon H, van Calenbergh F, van Raemdonck D, Nafteux P, Depreitere B, van Loon J, et al. Oesophageal perforation after anterior cervical surgery: management in four patients. *Acta Neurochir (Wien).* 2009;151(4):297-302; discusión 302.
7. Halani SH, Baum GR, Riley JP, Pradilla G, Refai D, Rodts GE, et al. Esophageal perforation after anterior cervical spine surgery: a systematic review of the literature. *J Neurosurg Spine.* 2016;25(3):285-91.
8. Cortés C, Navarrete C, Silva Fuente C. Erosión y migración intragástrica de la banda gástrica como complicación de la cirugía bariátrica. Caso clínico y revisión de la literatura médica. *Gastroenterol Hepatol.* 2007;30(8):465-8.