

REPORTE DE CASOS

Hospital Clínicoquirúrgico Docente "Miguel Enríquez", Ciudad de La Habana

ESOFAGECTOMÍA SUBTOTAL DE URGENCIA CON SUSTITUCIÓN GÁSTRICA EN EL TRAUMATISMO ESOFÁGICO*

Dr. Armando Leal Mursuli,¹ Dr. Orlando Zamora Santana,² Dr. Evelio T. Ramírez Hernández,¹ Dra. Rosalba Roque González,³ Dra. Françoise T. Izquierdo Lara⁴ y Dr. Radamés I. Adefna Pérez⁴

RESUMEN

El traumatismo esofágico se considera como una de las más complejas lesiones torácicas, y su diagnóstico y manejo de gran dificultad. En la mayoría de las ocasiones se realiza un diagnóstico tardío, cuando ya se han evidenciado signos o síntomas propios de las complicaciones. En el Hospital Clínicoquirúrgico Docente "Miguel Enríquez" existe un grupo multidisciplinario de cirugía torácica, en el cual se han tratado varios casos en esta situación, esto ha permitido valorar las diferentes opciones terapéuticas en cada uno de ellos. Por la importancia del manejo y tratamiento de estos pacientes con perforaciones esofágicas, dicho grupo presentará uno de los casos atendidos en el centro, donde se utilizó la esofagectomía subtotal de urgencia con sustitución gástrica (técnica de Ivor-Lewis), en una paciente con triple perforación esofágica, después de dilatación con bujías de Savary, que evolucionó satisfactoriamente.

Descriptor DeCS: ESOFAGO/lesiones; ESOFAGECTOMIA/métodos; PERFORACION DEL ESOFAGO/cirugía; ESOFAGO/cirugía.

Es conocido que el tratamiento de las lesiones esofágicas siempre será bien establecido y tendrá resultados satisfactorios, de realizarse un diagnóstico temprano y una terapéutica consecuente en relación con una lesión hallada.¹⁻³ Es interesante encontrar

que son múltiples los tratamientos recomendados en las distintas situaciones que en estos casos se pueden presentar, lo que habla también de la naturaleza insatisfactoria de la mayor parte de las técnicas informadas.^{4,5} Presentamos un caso

* Trabajo presentado en el 5to. Congreso Nacional de Gastroenterología, 1998.

¹ Especialista de II Grado en Cirugía General. Asistente.

² Especialista de II Grado en Cirugía General.

³ Especialista de I Grado en Cirugía General.

⁴ Residente de 3er. año en Cirugía General.

de traumatismo esofágico que fue tratado por resección esofágica de urgencia, que en muchos centros constituye la tendencia actual.

REPORTE DEL CASO

Paciente de 33 años de edad, femenina, con antecedentes de trastornos psiquiátricos, que ingiere cáustico en un intento suicida, y presenta progresivamente disfagia, que inicialmente se mostraba con sólidos y luego con líquidos. Solicita atención médica a los 20 días de la ingestión de dicha sustancia, cuando ya manifestaba una disfagia casi total. Se le realizan varios exámenes, entre los que se incluyen radiografía contrastada de esófago, estómago y duodeno, y se aprecia estenosis casi total del esófago (fig. 1). Se comprueba además por esofagoscopia que comienza una marcada estenosis a partir de los 25 cm de la arcada dentaria.

Se valora, al tener en consideración sus antecedentes psiquiátricos y su estado de salud actual, realizar dilataciones esofágicas, y después de una dilatación con bujías de Savary, a las 24 horas manifiesta dolor retroesternal, dolor abdominal y enfisema subcutáneo en el cuello.

Examen físico positivo: TCS: enfisema subcutáneo en toda la región del cuello. Abdomen: doloroso a la palpación en epigastrio, contractura muscular y reacción peritoneal. Frecuencia cardíaca: 100 por minuto.

Complementarios de interés: radiografía de tórax: signos de enfisema subcutáneo y mediastinal. Imagen de neumoperitoneo izquierdo. Fluoroscopia del esófago con lipiodol: salida de contraste a nivel del esófago torácico y abdominal.



FIG. 1

Se procede a realizar laparotomía y se confirma perforación en el esófago abdominal; el estómago se prepara para la sustitución esofágica y seguidamente se procede a la toracotomía derecha, donde se confirman perforaciones del esófago medio y se realizan esofagectomía subtotal con sustitución gástrica (técnica de Ivor-Lewis), con anastomosis esofagosgástrica alta. La paciente evoluciona satisfactoriamente, se le da de alta a los 12 días con una radiografía contrastada de esófago donde se muestra la integridad y permeabilidad de la anastomosis esofagogástrica (fig. 2) y tolerando perfectamente la vía oral a sólidos y líquidos.

COMENTARIOS

La evaluación de daño esofágico incluye 3 aspectos imprescindibles para dis-



FIG. 2

cutir:⁴⁻⁶ los principios generales y probados del manejo de estas lesiones, el tratamiento de las lesiones detectadas tempranamente y el manejo de las lesiones diagnosticadas de forma tardía.

En el momento actual, parece ser, que las conductas más utilizadas son las siguientes:⁵⁻⁷

- Traumatismos esofágicos que se presentan sin lesiones asociadas y con menos de 12 horas de evolución requieren sutura y parche muscular, pero si ya existen más de 12 horas, sólo está indicado el parche muscular.
- Traumatismos esofágicos con lesiones asociadas (estenosis, acalasia, esclerodermia), requerirán una esofagectomía subtotal con sustitución gástrica de elección.

SUMMARY

Esophageal traumatism is considered as one of the most complex thoracic injuries and its diagnosis and management is very difficult. Most of the times a late diagnosis is made when the characteristics signs or symptoms have been proven. There is a multidisciplinary group of thoracic surgery at the "Miguel Enriquez" Clinical and Surgical Teaching Hospital, where several of these cases have been treated, allowing to evaluate the different therapeutic options for each of them. Due to the importance of the management and treatment of these patients, this group will present one the cases treated in the center, where a female patient with triple esophageal perforation underwent urgent subtotal esophagectomy with gastric substitution (Ivof-Lewis' technique) after having experienced dilatation with Savary's solid probes. The patient's evolution was satisfactory.

Subject headings: ESOPHAGUS/injuries; ESOPHAGECTOMY/methods; ESOPHAGEAL PERFORATION/surgery; ESOPHAGUS/surgery.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Urschel HC, Razzuck MA. Improved management of esophageal perforations: Exclusion and diversion in continuity. *Ann Surg* 1974;179:587-89.
2. Lucas AE, Snow N. Use of de romboid major muscle flap for esophageal repair. *Ann Thorac Surg* 1984;33:619-32.
3. Pillgram-Larsen J, Lovstakken K. Initial axial computerized tomography examination in chest injuries. *Injury* 1993;24:182-86.
4. Cheadle W, Richardson JD. Options in management of trauma to the esophagus. *Surg Ginecol Obst* 1982;155:380-91.

5. Wieman DS, Walker WA. Noniatrogenic esophageal trauma. *Ann Thorac Surg* 1995;59:845-848.
6. Richardson JD, Tobin GR. Closure of esophageal defects with muscle flaps. *Arch Surger* 1994;129:541-54.
7. Asensio JA, Demetriades D, Berne T. Problemas complejos y desafiantes en cirugía traumatológica. *Clin Quirúrgicas Nort* 1996;4:725-48.

Recibido: 18 de febrero de 1999. Aprobado: 30 de marzo de 1999.

Dr. *Armando Leal Mursulí*. Hospital Clínicoquirúrgico Docente «Miguel Enríquez», Ramón Pintó, No. 202, municipio 10 de Octubre, Ciudad de La Habana, Cuba.