

PERFORACION DE ESOFAGO.

ARGÜELLO GOMEZ A., BARREIRO FERNANDEZ A., BLANCO PIÑA A. ³

RESUMEN: Se expone el caso de una perforación del esófago como consecuencia de una intubación endotraqueal anestésica, falleciendo a los 5 días por unshock séptico.

Introducción:

En el curso de una anestesia general sobrevino una perforación esofágica después de una tentativa de intubación traqueal. Esta complicación es rara, pero potencialmente grave por el riesgo de mediastinitis.

No siempre es posible prevenir una perforación del esófago ni saber si se ha dañado el mismo. Por ello es necesario tener en consideración que se pueden producir estos accidentes para aplicar un tratamiento lo antes posible, de ello depende en un porcentaje elevado la curación de la perforación y la vida del lesionado.

En el caso que se expone a continuación hubo una demora en el diagnóstico de la rotura esofágica.

Observación:

Varón que ingresa en un centro sanitario para la práctica de una resección trasuretral de próstata por presentar una hipertrofia benigna de la misma. Durante la intubación el médico anestesista tuvo que realizar 4 ó 5 intentos para conseguir la intubación endotraqueal, manifestando que fué debido a una rigidez cervical y que precisó de más medicación en la inducción. En otro aparte se dice que la intubación fué difícil por culpa de un diente.

La intervención se realizó sin más complicaciones. En la tarde de ése mismo día, en la consulta rutinaria, se queja de dolor en el cuello. Al día siguiente se aprecia una deformidad en el cuello debido a un enfisema subcutáneo, dolor precordial y disfagia. Entre las pruebas que se le practicaron, figura una radiografía de tórax, en la cual aprecian enfisema subcutáneo y sin neumotórax.

A los tres días de la intervención, presenta fiebre elevada, ante la agravación del estado general es trasladado a otro centro sanitario. A su ingreso le practican Rx de tórax y una TAC torácica, observando presencia de derrame pleural bilateral, neumotórax, enfisema mediastínico y mediastinitis.

Por esofagoscopia se evidencia una rotura del esófago, pared posterior, al principio del mismo, de forma circular, con un diámetro de 1 cm.

Ante la gravedad del cuadro deciden una intervención quirúrgica practicando una toracotomía de drenaje. Pasa a la UVI y fallece a los 5 días de la primera intervención.

Informe de Autopsia: Herida incisa, quirúrgica, en cara lateral hemitórax derecho, de 30 cm. Presencia de abundante pus en mediastino. Pulmones con un peso de 1010 gr. el derecho y 1020 el izquierdo. Esófago, rotura de 1 cm en la cara posterior, en la porción proximal. Causa de la muerte, shock séptico por mediastinitis.

Comentarios:

Boherhaave hizo la primera descripción de una rotura de esófago en 1724, hoy el Síndrome de Boheraave (Harrison) se identifica con la rotura espontánea del esófago que aparece después de vómitos

³ Médicos Forenses. Clínica Médico Forense de Vigo (Pontevedra).

y suele ocurrir en el esófago distal.

La rotura traumática del esófago, es una complicación que se puede presentar después de una intubación endotraqueal, de una nasogástrica, después de dilataciones esofágicas y en aquellos casos que han permanecido con sonda más de 10 días. La presencia de cuerpos extraños en el esófago también puede ocasionar la rotura del esófago por presión y necrosis de la mucosa esofágica.

Igual incidencia de perforaciones del esófago en las intubaciones tienen las perforaciones de la faringe, en éste caso suelen ser a nivel de las fosas piriformes.

Este accidente tiene una frecuencia baja en proporción con el número de intubaciones que se efectúan. No existen criterios que permitan sospechar la perforación del esófago.

El esófago comienza a nivel del borde inferior del cartílago cricoides (a la altura de C4) y finaliza en el cardias. En el adulto la boca del esófago se encuentra a unos 15 cms. de la arcada dentaria y tiene una longitud de 23 a 28 cms.

El esófago presenta tres estenosis fisiológicas:

1. Estenosis superior: boca esofágica de Killian; causada por el músculo cricofaríngeo.
2. Estenosis media: cruce del arco aórtico.
3. Estenosis inferior: cardias.

En el esfínter superior es el lugar en el cual se producen la mayor parte de las perforaciones de tipo instrumental (70%). En este lugar la pared posterior del esófago descansa sobre la fascia de los cuerpos vertebrales y en ésta zona la musculatura es más débil, sólo hay musculatura estriada.

Son numerosas las causas que se invocan en las perforaciones del esófago, entre ellas están la inexperiencia del instrumentista; debidas a dificultades en la intubación como cuello corto, cuello grueso, micrognatismo, dentadura defectuosa, artrosis de la tèmpero-mandibular, artrosis de vértebras cervicales, trismus y tumores del cuello; también se cita que es causa de perforación los múltiples intentos en la intubación, la intubación nasal y la fragilidad de la pared del esófago en aquellas personas que están sometidas a tratamiento con corticoides. También se invoca a los tubos rígidos, hoy en día la mayor parte de los tubos nasogástricos comercializados están hechos de materiales sintéticos y flexibles. Por ello su naturaleza blanda y flexible está considerada, generalmente, como salvaguarda de las lesiones.

Las consecuencias de estas perforaciones son debidas a la contaminación del espacio periesofágico con los fluidos digestivos corrosivos, comida y bacterias, lo que conduce a una celulitis difusa con infección extensa o localizada. Este espacio se extiende desde la bóveda craneal hasta el diafragma. El mediastino tiene una presión inferior a la atmosférica de ahí la facilidad con que pasa el contenido esofágico. El tejido está poco vascularizado por lo que es altamente susceptible de infección, en especial por los anaerobios. Nueva inoculación puede ocurrir si se practica una ventilación con presión positiva (PPV).

Los síntomas y signos de la perforación esofágica se presentan rápidamente y entre ellos destacan dolor en el cuello o tórax, disfagia, hipersalivación, enfisema subcutáneo e incluso neumotórax. Si el proceso continúa puede aparecer un absceso retrofaríngeo y mediastinitis terminando en sepsis, shock séptico o distress respiratorio.

El diagnóstico puede sospecharse, con frecuencia, con una radiografía de tórax y del cuello que puede mostrar el enfisema subcutáneo y mediastínico, un mediastino agrandado, con tejido hinchado y blando, estrechando las vías aéreas y neumotórax ocasional.

El definitivo diagnóstico de una lesión esofágica depende sobre una confirmación radiológica de la interrupción de la pared del esófago, mediante un tránsito con material de contraste hidrosoluble, o por visualización directa de la lesión por endoscopia. Esta última no está considerada tan útil como la radiografía, puede pasar desapercibida la lesión o agravarla.

También se ha empleado la TAC cuando la radiología ha fracasado en la confirmación diagnóstica.

Los diferentes diagnósticos diferenciales deben realizarse con anginas, perforación de úlcera péptica y un neumotórax espontáneo. Otros diagnósticos posibles incluyen pancreatitis, colangitis, disección aórtica, tromboembolismo pulmonar y precordalgias.

Para el tratamiento existen cuatro principios, Ribert y col., que consisten en: lucha contra la infección; abordaje y tratamiento de la rotura; drenaje de las colecciones y reposo esofágico.

La antibioterapia, es necesaria, debe iniciarse precozmente, de amplio espectro, activa sobre los bacilos Gram negativos y los anaerobios de la flora digestiva.

Existen controversias sobre el momento de la intervención quirúrgica, la mayoría de los autores son partidarios de una intervención quirúrgica desde el principio, que un descuido en la intervención aumentan la morbilidad y la mortalidad de las perforaciones. DUBOST relata un 85% de mortalidad

cuando el diagnóstico fue retrasado de 1 a 4 días, mientras que los tratados quirúrgicamente dentro de las 12 horas primeras se recuperan en poco tiempo y completamente.

Algunos autores, en aquellos casos, de una perforación, diagnosticada rápidamente, que en el tránsito esofágico la fístula esté limitada y los síntomas sean mínimos recomiendan un tratamiento médico que consiste en antibióticos, sonda nasogástrica y alimentación parenteral, así como una vigilancia estricta.

BIBLIOGRAFIA:

- 1.HARRISON, Tratado de Medicina Interna, 11ª edición.
- 2.NORMAN E., Iatrogenic aesophageal perforation dueto tracheal or nasogastric intubation; Can. Anaesth.Soc J. 1986 Mar; 33(2): 222-6.
- 3.O'NEILL James E., Pharyngeal and esophageal perforation following endotracheal intubation. Anesthesiology 60: 487-488; 1984.
- 4.RANCHERE J.Y., Perforation de l'esophage par fausse route lors de l'intubation trachéale. Ann. Fr. Anesth. Réanim., 11: 100-102; 1992.