USO DE STENT ESOFÁGICO CUBIERTO DE DOBLE MALLA POR PERFORACIÓN ESOFÁGICA CON BLISTER DE MEDICAMENTO

USE OF ESOPHAGEAL STENT COVERED WITH DOUBLE MESH FOR ESOPHAGEAL PERFORATION WITH DRUG BLISTER

Autor: Dr. Oscar Manuel Cedillo Torres

Coautores: Dr. Rubén Gutiérrez Alvarado/ Enf.Tec. Blanca Estela Quintana Cervantes

Hospital General de Xoco, SEDESA. Servicio de Endoscopia Gastrointestinal

INTRODUCCIÓN

Actualmente, la causa más común de perforación esofágica es la instrumentación del esófago. La incidencia de perforaciones del esófago ha aumentado con el uso de procedimientos endoscópicos cada vez más invasivos. El diagnóstico depende de un alto grado de sospecha y reconocimiento de rasgos clínicos, se confirma por un esofagograma o la realización de endoscopia. La evolución después de la perforación del esófago depende de la causa y la situación de la lesión, la presencia de enfermedad esofágica subyacente, el intervalo entre la lesión y el inicio del tratamiento. La reparación primaria reforzada de la perforación es el manejo más frecuentemente empleado en las reparaciones quirúrgicas del esófago.

Según el estudio de la Sociedad Americana de Endoscopia Gastrointestinal realizado en 1976, la perforación esofágica ocurre en 0.03% de las endoscopias superiores y en 0.25% de las dilataciones del esófago con globo. La segunda causa más común de perforación del esófago es la ingesta de un cuerpo extraño.

CASO CLINICO:

Paciente masculino de 67 años quien cuenta con los siguientes antecedentes de importancia:

Originario de la CDMX. Ocupación: comerciante. Religión: católica. Escolaridad: licenciatura.

ANTECEDENTES PERSONALES PATOLOGICOS: RTUP hace 15 años, niega alérgicos, traumáticos, transfusionales, así como infecto-contagiosos y crónico degenerativos. Tabaquismo y alcoholismo negados.

Refiere uso eventual de AINES (aspirina y paracetamol) secundario a lumbalgia crónica.

PADECIMIENTO ACTUAL: Inicia su padecimiento 72 horas previo a su ingreso al referir ingesta de analgésico secundario a dolor lumbar, presentando disfagia y dolor en epigastrio transfictivo, irradiado a hombro izquierdo de intensidad 8/10, así como nauseas sin llegar al vómito, refiere ingesta de líquidos y sólidos con poca tolerancia, agregándose fiebre y malestar general, motivo por el cual se ingresa a unidad hospitalaria para su atención.

EXPLORACIÓN FÍSICA: signos vitales TA 101/78 mmHg, FR 18 rpm, FR 20 rpm, Temp 38 ºC, Sat 92%. Consciente, con ligera palidez de tegumentos, cráneo normocefalo, mucosas con deshidratación leve, cuello sin adenomegalias, sin crepitaciones, sin ingurgitación yugular. Tórax con adecuada mecánica ventilatoria, con murmullo vesicular de ambos hemitórax, RsCs rítmicos de buena intensidad y frecuencia. Abdomen plano, blando, depresible, con dolor a la palpación profunda en epigastrio, con peristalsis presente, sin datos de irritación peritoneal. Genitales y extremidades integras.

LABORATORIOS AL INGRESO: *Biometría hemática:* leucocitos 16.4 10\*3/uL, neutrófilos 77.7%, hemoglobina 14.8 g/dL, hematocrito 44.5%, plaquetas 152 10\*3/uL. *Química sanguínea:* glucosa 126 mg/dl, creatinina 1.4 mg/dl, BUN 30 mg/dl, urea 64 m g/dl. *Electrolitos sericos:* sodio 138 mmol/L, Potasio 3.9 mmol/L, amilasa 43 U/L, lipasa 7 U/L. *Tiempos de coagulación:* TP 11.2 seg, TTP 29.8 seg, INR 1.02, . Procalcitonina 0.49 ng/ml.

TAC TORACO-ABDOMINAL: Se observa ensanchamiento de mediastino con presencia de gas a nivel de tercio medio y distal de esófago, e imagen sugestiva de cuerpo extraño.

Se solicita estudio endoscópico el cual se realiza y se obtienen los siguientes hallazgos:

ESOFAGO de forma, calibre y distensibilidad conservada en sus dos tercios superiores, en su tercio distal con mucosa hiperemia y congestiva a los 35 cm de la ADS con cuerpo extraño (blíster) de medicamento con bordes afilados, uno de ellos enclavado en cara lateral derecha del esófago con presencia de fibrina y escaso sangrado, se retira con pinza de cuerpo extraño observando perforación de 4 mm con salida de burbujas y abundante fibrina, la UEG se observa a los 40 cm de la ADS y el pinzamiento coincide. ESTOMAGO y DUODENO: de características normales sin lesiones.

TRATAMIENTO: se decide colocar STENT ESOFÁGICO totalmente cubierta con válvula antireflujo de 20 mm X 120 mm de marca TAE WOON MEDICAL, el cual se coloca por fluroscopia y guiado a la altura de la perforación esofágica sin complicaciones.

Se vigiló durante 72 hrs el paciente, con manejo de doble esquema de antibiótico, ceftazidima y metronidazol, así como analgésicos y antieméticos. Paciente que cursó con adecuada evolución, mejorando parámetros de laboratorio y alivio el dolor retroesternal, Se solicita tomografía de tórax al 5to día en la cual se observa disminución del gas en mediastino. Al 7mo día se inicia dieta líquida con adecuada tolerancia, sin datos de respuesta inflamatoria sistémica por lo que se decide su egreso hospitalario por mejoría y se cita en 2 meses para retiro STENT.

DISCUSIÓN

La mayoría de las perforaciones esofágicas se tratan quirúrgicamente, la mortalidad es alta (22%). Los factores pronósticos importantes son el tiempo que transcurre entre el evento y el diagnóstico, el tamaño y características de la perforación, y la presencia de inflamación local o sepsis. En pacientes tratados dentro de las primeras 24 horas la supervivencia es alta (92%), sin embargo, en los pacientes que tardan 24 o más horas después de la lesión, la mortalidad es alta (40% a 50%). La mayoría de las complicaciones (64%) ocurren después de las 24 horas posteriores a la reparación quirúrgica. El diagnóstico temprano e intervención son necesarios para prevenir la morbilidad y mortalidad después de la perforación del esófago. La mayoría de las perforaciones del esófago son asociadas con un mal pronóstico y requieren el tratamiento quirúrgico inmediato.

Las perforaciones espontáneas del esófago en las que no se realiza algún procedimiento quirúrgico temprano son asociadas con una morbi-mortalidad alta. Las perforaciones esofágicas crónicas con comunicación a la cavidad mediastinal pueden ser tratadas con drenajes internos de la cavidad hacia el esófago para convertir la perforación transmural en una disección intramural del esófago.

En nuestro paciente, varios detalles merecen ser recalcados, el paciente presentó una baja probabilidad de morbi-mortalidad debido al intervalo entre la perforación y el manejo endoscopico como era esperado, el paciente presentó mediastinitis leve, lo que fue de mejor pronóstico. El uso de prótesis cubiertas de inicio en tratamiento de perforaciones esofágicas se ha convertido en un procedimiento habitual con una tasa alta de éxito y baja de complicaciones.