

Perforación esofágica en un niño de 4 años: reporte de caso

Christian Palacios ⁽¹⁾
 Eduardo Villacís ⁽²⁾
 Sergio Poveda ⁽³⁾
 Cesar Oviedo ⁽⁴⁾



Este artículo está bajo una licencia de Creative Commons de tipo Reconocimiento - No comercial - Sin obras derivadas 4.0 International

OPEN ACCESS

1 Médico, Cirujano General; Hospital Vozandes Quito.
 2 Médico, Cirujano Pediatra; Hospital Vozandes Quito.
 3 Médico, Cirujano Torácico; Hospital Vozandes Quito.
 4 Médico, Gastroenterólogo-Endoscopista; Hospital Vozandes Quito

Correspondencia:

Dr. Christian Palacios
 E-mail: crispalacios@gmail.com

Recibido: 13 - Noviembre - 2014

Aceptado: 30 - Diciembre - 2014

Palabras clave: Endoscopia, Perforación esofágica, Reporte de Caso.

Forma de citar este artículo:

Palacios C, Villacís E, Poveda S, Oviedo C. Perforación esofágica en un niño de 4 años: reporte de caso. Rev Med Vozandes 2014; 25: 67 - 68

Introducción

Desde que en 1724 el médico holandés Hermann Boerhaave describió el caso del Gran Almirante de Holanda, quien murió como consecuencia de una ruptura espontánea de esófago, han existido muchos reportes de perforación esofágica y a través del tiempo se ha modificado el manejo de este tipo de lesiones ^(1,2).

Las perforaciones esofágicas ocurren más frecuentemente en áreas anatómicas donde el lumen esofágico es estrecho: unión cricofaríngea, arco aórtico, bronquio principal izquierdo y unión gastro-esofágica. Una variedad de causas etiológicas se han reportado, incluyendo la ruptura espontánea, lesión traumática, cuerpos extraños o ingestión de cáusticos, y procedimientos médicos como la esofagoscopia con o sin dilatación, endoscopia, inserción de tubo gástrico, intubación endotraqueal y catéteres de succión respiratoria. La perforación esofágica es poco común en niños, pero debido a que con mayor frecuencia presentan ingesta de cuerpos extraños, pueden sufrir graves complicaciones, especialmente si la atención es luego de las primeras 24 horas ^(3,4).

Presentación del Caso

El caso fue un niño de 4 años de edad, con antecedente de ingesta de pila de reloj, la cual fue extraída por esofagoscopia rígida. Permaneció hospitalizado durante 6 días, con tratamiento antibiótico. Se inició tolerancia oral con respuesta adecuada y fue dado de alta. Quince días luego del alta, el paciente inició un cuadro de odinofagia, disfagia para sólidos y posteriormente a líquidos; sialorrea y baja de peso. Se le realizó un esofagograma, evidenciando una estenosis esofágica y fístula tráqueo-esofágica (**foto 1**), por lo cual fue ingresado para manejo por especialidad. El paciente estaba hemodinámicamente estable y sin fiebre. Al examen físico presentaba sialorrea y silbilancias en campo pulmonar izquierdo. Bajo anestesia general se le realizó una esofagoscopia y broncoscopia, observándose perforación esofágica y fístula hacia tráquea, a 6 cm sobre la carina, de aproximadamente 2 cm de diámetro; (**foto 2**).

Fue intervenido quirúrgicamente y se encontró una perforación de esófago, a nivel de C7, con orificio de 1.5 cm en tráquea y 2 cm de diámetro en esófago, con trayecto fistuloso entre las dos estructuras. Se realizó reparo primario e interposición de muscular; (**foto 3**). Se retiró el dren al día 4 y a los 8 días se realizó esofagograma de control, sin evidenciar fuga de contraste; (**foto 4**). Se inició vía oral con adecuada tolerancia, su evolución fue favorable y fue dado de alta hospitalaria al día 12.

Comentario

La perforación esofágica es una emergencia quirúrgica asociada con una alta morbilidad y mortalidad. No existe un consenso sobre el manejo adecuado de esta condición. Cuando la terapia inicia den-

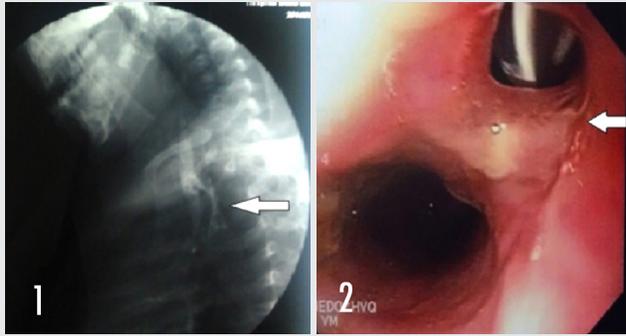


Foto 1. Esfagograma del paciente: Se evidencia fístula con fuga del contraste hacia la traquea;
Foto 2. Esofagoscopia del paciente: Presencia de fístula traqueo-esofágica a 6 cm sobre la carina.

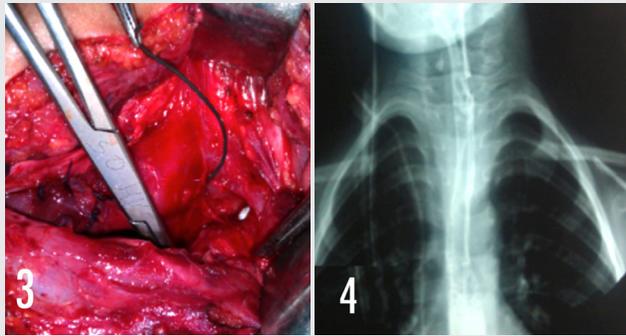


Foto 3. Reparación primaria de la fístula y refuerzo con haz de músculo esternocleidomastoideo.
Foto 4. Esfagograma postoperatorio del paciente: Paso adecuado del contraste y sin evidencia de fuga.

tro de las primeras 24 horas, la mortalidad reportada es del 10% al 25%; y asciende al 40% a 60% cuando se retrasa el tratamiento^[5]. La mayoría de las perforaciones esofágicas son iatrogénicas y representan el 59% de todos los casos, mientras que las perforaciones espontáneas (15%), la ingestión de cuerpo extraño (12%) y traumas (9%) son menos comunes^[1].

En la clínica de la perforación esofágica a nivel cervical se encuentra dolor cervical, disfagia, disfonía y enfisema subcutáneo. Esto diferencia de los pacientes con perforaciones intratorácicas que a menudo se presentan con signos y síntomas de mediastinitis: taquicardia, taquipnea, fiebre y leucocitosis. Las perforaciones del esófago intra-abdominal se presentan como un abdomen agudo. El diagnóstico de perforación esofágica con radiografía convencional del tórax puede mostrar una silueta ensanchada mediastinal, aire mediastínico o líquido, o ambos; ya sea en el espacio pleural o raramente neumopericardio. El examen radiológico puede ser normal en 12% a 33% de los casos. Pero la esofagografía con contraste sigue siendo el estándar de oro para el diagnóstico, ya que confirma el diagnóstico y localiza el lugar de la perforación^[6].

La elección del tratamiento depende de la etiología, sitio de la perforación, condición del paciente y el grado de

contaminación. El manejo actual de una perforación esofágica en niños se ha enfocado hacia el tratamiento conservador, con la intervención quirúrgica reservada solo para aquellos que clínicamente empeoran en el tratamiento expectante^[1]. Antibióticos de amplio espectro se dan típicamente por 7 a 14 días, en un esfuerzo para prevenir las infecciones locales y sistémicas. Las posibles indicaciones para efectuar una cirugía correctiva de la perforación esofágica incluyen: perforación postemética temprana, inestabilidad hemodinámica, perforación intra-abdominal, extravasación de contraste en las cavidades corporales adyacentes y la presencia de enfermedad maligna subyacente, obstrucción o estenosis en la región de la perforación^[7].

Conflictos de interés

Los autores declaran no poseer conflictos de interés.

Financiamiento

Fondos propios de los autores.

Contribuciones de los autores

Los autores contribuyeron de forma similar para la elaboración del artículo.

Referencias

1. Brinster CJ, Singhal S, Lee L, Marshall MB, Kaiser LR, Kucharczuk JC. Evolving options in the management of esophageal perforation. *Ann Thorac Surg* 2004; 77: 1475–83.
2. Ozawa S, Kitajima M. Esophageal perforation. In: Fischer JE, ed. *Mastery of Surgery*. 6th edition. Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins; 2012: 919–24.
3. Gander JW, Berdon WE, Cowles RA. Iatrogenic esophageal perforation in children. *Pediatr Surg Int* 2009; 25: 395–401.
4. Garey CL, Laituri CA, Kaye AJ, Ostlie DJ, Snyder CL, Holcomb GW 3rd, et al. Esophageal perforation in children: a review of one institution's experience. *J Surg Res* 2010; 164: 13–17.
5. Kaman L, Iqbal J, Kundil B, Kochhar R. Management of esophageal perforation in adults. *Gastroenterology Research* 2010; 3 (6): 235–44.
6. Kaiser LR, Kucharczuk JC, Rascoe PA. Esophagus: tumors and injury. In: Mulholland MW, ed. *Greenfield's Surgery: Scientific principles and practice*. 5th ed. Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins; 2011: 666–84.
7. Ochiai T, Hiranuma S, Takiguchi N, Ito K, Maruyama M, Nagahama T, et al. Treatment strategy for Boerhaave's syndrome. *Dis Esophagus* 2004; 17: 98–103.