



REVISTA DE GASTROENTEROLOGÍA DE MÉXICO

www.elsevier.es/rgmx



COMENTARIO EDITORIAL

Tratamiento de la perforación de esófago, revisión de nuestra experiencia en un hospital de tercer nivel en los últimos 19 años

Treatment of esophageal perforation: A review of our experience at a tertiary referral hospital spanning the past 19 years



La perforación esofágica es una urgencia quirúrgica y su pronta identificación y tratamiento es indispensable para disminuir su morbimortalidad. En este artículo los autores hacen una revisión de la experiencia de una institución de tercer nivel en México para el manejo de la perforación esofágica. En la revisión de su serie de casos, la causa principal fue el síndrome de Boerhaave y la segunda causa fue la asociada a procedimientos endoscópicos.

Dependiendo de la literatura revisada, se considera que más de la mitad de las perforaciones esofágicas son iatrogénicas, asociadas principalmente a procedimientos endoscópicos¹⁻³. Otras causas importantes son: 1) el síndrome de Boerhaave, 2) la ingesta de cuerpos extraños, 3) el trauma, 4) la perforación transoperatoria y 5) el cáncer. El diagnóstico suele ser más tardío cuando la perforación es no asociada a un procedimiento, ya que la sospecha clínica es baja y se confunde con otros diagnósticos como infarto agudo al miocardio o neumonía.

Los principios de manejo de la perforación esofágica incluyen un diagnóstico temprano, la estabilización del paciente y la decisión de hacer o no un tratamiento quirúrgico. El diagnóstico y tratamiento temprano son de los factores principales para disminuir la morbimortalidad. Como los autores concluyen en su artículo, el principal predictor de supervivencia en la perforación de esófago es el intervalo de tiempo entre la lesión y el diagnóstico y por tanto del tratamiento temprano. La fuga del contenido gastroesofágico hacia el mediastino produce un proceso

inflamatorio severo que puede producir sepsis, falla multiorgánica y muerte. Se ha descrito que la mortalidad es prácticamente el doble cuando existe un retraso en el tratamiento de 24 horas o más³. Los autores concluyen que en los pacientes que se realizó diagnóstico y manejo temprano la sobrevida fue del 100%, mientras que en los pacientes con diagnóstico y tratamiento tardío la mortalidad fue del 100%. Estos hallazgos refuerzan la evidencia de que el diagnóstico y manejo temprano es esencial.

Una vez que se sospecha el diagnóstico, el tratamiento debe iniciarse inmediatamente incluyendo ayuno, resucitación con soluciones, antibióticos de amplio espectro que cubran bacterias aerobias y anaerobias como ampicilina/sulbactam, piperacilina/tazobactam o carbapenémicos. Se debe agregar cobertura antifúngica en casos seleccionados (inmunosuprimidos, en tratamiento con esteroides, acalasia, etc.) o que no mejoren con el tratamiento. El paciente debe ser vigilado en la unidad de terapia intensiva y preparado para cirugía.

La mayoría de los pacientes requerirá tratamiento quirúrgico, aunque en casos seleccionados el manejo no quirúrgico puede ser una opción. El uso de stents cubiertos puede ser una opción en casos seleccionados como en pacientes con múltiples comorbilidades, sepsis avanzada o perforaciones esofágicas muy grandes en los que el riesgo quirúrgico es muy alto⁴. Una condición importante para considerar es que además de colocar el stent, se debe drenar el contenido extraesofágico adjunto a la perforación para tener un buen resultado. Se han identificado factores asociados a falla del stent incluyendo: lesión en esófago cervical, lesión a través de la unión esofagogástrica, lesión > a 6 cm y otra fuga distal asociada. El uso de clips endoscópicos puede utilizarse en casos seleccionados también. Puede estar indicado en defectos pequeños con mucosa sana circundante. Al igual que con la colocación de stents es

Véase contenido relacionado en DOI: [10.1016/j.rgmx.2021.02.009](https://doi.org/10.1016/j.rgmx.2021.02.009), García-Moreno V, et al. Tratamiento de la perforación de esófago, revisión de nuestra experiencia en un hospital de tercer nivel en los últimos 19 años. Rev Gastroenterol Mex. 2022;87:405–410.

<https://doi.org/10.1016/j.rgmx.2022.07.001>

0375-0906/© 2022 Publicado por Masson Doyma México S.A. en nombre de Asociación Mexicana de Gastroenterología. Este es un artículo Open Access bajo la licencia CC BY-NC-ND (<http://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/4.0/>).

importante que el contenido extraluminal esté drenado. El manejo conservador puede llegar a hacerse en pacientes con diagnóstico temprano, con una perforación contenida y con fuga mínima del contenido esofágico. El ayuno, los líquidos y los antibióticos se utilizan mientras el paciente esté estable, pero con cualquier deterioro se debe realizar cirugía.

El tratamiento quirúrgico se requiere en la mayoría de los casos y se deben considerar como regla los siguientes principios: 1) debridar el tejido necrótico, 2) identificar claramente los bordes de la mucosa para suturar, 3) suturar con puntos separados absorbibles la mucosa y con puntos separados no absorbibles la capa muscular. El sitio de la perforación es otro factor importante que considerar. En general las perforaciones cervicales se tratan más fácilmente y con menos complicaciones que las perforaciones torácicas o intraabdominales.

En algunos casos de perforación de esófago cervical en los que no se puede visualizar el sitio de lesión, se puede colocar un drenaje únicamente considerando que no debe haber una obstrucción distal. La realización de una esofagostomía derivativa está indicada cuando el paciente está inestable, cuando no se pueda reparar el defecto debido al tamaño o a la friabilidad del tejido, o que exista patología esofágica previa. La esofagectomía se puede considerar en paciente que presente obstrucciones distales a la perforación como la asociada a acalasia, estenosis o cáncer. La esofagectomía solo debe hacerse si el paciente está estable y la contaminación de los tejidos es mínima.

En resumen, los principales factores asociados a la morbimortalidad de la perforación esofágica son: retardo en el diagnóstico, localización de la perforación, tipo de reparación y etiología de la perforación. El diagnóstico temprano es crítico, el retardo de más de 24 horas aumenta significativamente la mortalidad. La localización de la perforación es un determinante importante de la morbimortalidad, siendo menor para la perforación cervical, seguida de la perforación abdominal y la que tiene mayor morbimortalidad es la perforación torácica. El cierre primario es el estándar de tratamiento para las perforaciones torácicas, abdominales y las cervicales que sean visibles.

Financiación

No se recibió patrocinio de ningún tipo para llevar a cabo este artículo.

Conflicto de intereses

El autor declara no tener ningún conflicto de intereses.

Referencias

1. Merchea A, Cullinane DC, Sawyer MD, et al. Esophagogastroduodenoscopy-associated gastrointestinal perforations: a single-center experience. *Surgery*. 2010;148:876–80, <http://dx.doi.org/10.1016/j.surg.2010.07.010>.
2. Kavic SM, Basson MD. Complications of endoscopy. *Am J Surg*. 2001;181:319–32, [http://dx.doi.org/10.1016/s0002-9610\(01\)00589-x](http://dx.doi.org/10.1016/s0002-9610(01)00589-x).
3. Brinster CJ, Singhal S, Lee L, et al. Evolving options in the management of esophageal perforation. *Ann Thorac Surg*. 2004;77:1475–83, <http://dx.doi.org/10.1016/j.athoracsur.2003.08.037>.
4. Sharma P, Kozarek R, Practice Parameters Committee of American College of Gastroenterology. Role of esophageal stents in benign and malignant diseases. *Am J Gastroenterol*. 2010;105:258–73, <http://dx.doi.org/10.1038/ajg.2009.684>.

G. Torres-Villalobos*

Departamento de Cirugía Experimental, Instituto Nacional de Ciencias Médicas y Nutrición «Salvador Zubirán», Ciudad de México, México

* Autor para correspondencia. Departamento de Cirugía Experimental, Instituto Nacional de Ciencias Médicas y Nutrición «Salvador Zubirán», Avenida Vasco de Quiroga No.15, Colonia Belisario Domínguez Sección XV, Tlalpan, Ciudad de México, 14080. Teléfono: 5543466430.
Correo electrónico: torresvlgm@yahoo.com.mx