

HERIDAS DEL ESOFAGO UNA PRUEBA AL CRITERIO QUIRURGICO

Dr. Milton Mendoza Blanco (M.A.S.V.C.) *

Dr. José Méndez Ferre (M.A.S.V.C.) **

Dr. Alcides Beaujon (M.A.S.V.C.) **

Dra. Rebeca Medina B. ***

Las serias dificultades que debe afrontar el Cirujano para en la Cirugía de urgencia diagnosticar preoperatoriamente las lesiones esofágicas cervicales o Torácicas, los problemas de su reconocimiento transoperatorio, su corrección quirúrgica habitualmente seguida de severas complicaciones Postoperatorias, constituyen un verdadero reto en la actualidad no superado, al criterio quirúrgico en todas sus expresiones.

Todas las vicisitudes que en este sentido hemos vivido, se expresan en el presente trabajo, en nueve pacientes admitidos en nuestro hospital durante los últimos cinco años.

MATERIAL Y METODOS

Siete pacientes varones que en el último quinquenio ingresaron al Hospital "Miguel Pérez Carreño" con lesiones esofágicas producidas como consecuencia de agresiones físicas por actos de violencia, 3 por arma de fuego, 3 por arma blanca y 1 con objeto contundente (piedra), se analizan en detalle. Cinco estaban comprendidos entre los 16 y 19 años de edad, uno de 24 y el mayor de 54 años. Dos pacientes de 35 y 15 años de edad con perforación iatrogénica post dilatación esofágica por secuelas de quemaduras por cáustico y del sexo femenino, completan la casuística.

* Trabajo presentado en las XXXIX Jornadas Intercapitulares de la Sociedad Venezolana de Cirugía. San Cristóbal, Julio, 1982.

* Cirujano Adjunto y Coordinador Docente del Post-Grado de Cirugía, Hospital "Miguel Pérez Carreño".

** Cirujanos Adjuntos Suplentes.

*** Residente del Post-Grado de Cirugía General.

MANIFESTACIONES CLINICAS

Cinco ingresaron en Shock hipovolémico, con severo compromiso respiratorio, con heridas cervicales anterolaterales, 2 producidas por arma de fuego prosiguiendo el proyectil 1 hacia el hemitórax izquierdo y otra hacia el derecho con hemoneumotórax detectado clínica o radiológicamente. Uno por herida con arma blanca y el último con herida provocada por objeto contundente (piedra) en el cuello. En todos la presencia de disnea o polipnea, con salida de aire a través de la herida cervical y la presencia de líquido espumoso estaban presentes. En dos de ellos la deglución de líquido coloreado con azul de metileno inducía a la tos y puso en evidencia la lesión esofágica. En todos estos casos debido a las precarias condiciones ningún otro procedimiento diagnóstico fue indicado y una vez aspirados y colocadas sus venoclisis la operación fue indicada.

El sexto paciente presentaba herida por arma de fuego en región axilar derecha con orificio de salida a nivel del 6to. Espacio intercostal izdo. Shock hipovolémico marcado, con disminución del murmullo vesicular y vibraciones vocales en ambos hemitórax aunque mucho mayor en el derecho, la radiología demostró gran hemoneumotórax derecho con velamiento de los $\frac{2}{3}$ inferiores del mismo, mayor de 1.500 cc al drenaje y hemotórax pequeño, en el hemitórax izquierdo.

Una vez drenado el derecho y en condiciones precarias fue llevado a Quirófano.

El séptimo paciente fue suturado ambulatoriamente 48 horas antes por una herida aparentemente superficial en región laterocervical derecha y reingresó porque notaba salida del líquido ingerido por la herida. La exploración quirúrgica fue indicada de inmediato.

Los dos últimos casos, por perforación instrumental accidental durante las dilataciones esofágicas practicadas al vigésimo quinto (dilatación No. 15) y vigésimo octavo día (2ª dilatación) de la ingesta del cáustico. La paciente de 15 años dilatada precozmente desde su ingreso presentó dolor brusco en epigastrio y ambos hipocondrios durante su décimoquinta dilatación de estenosis localizada en el tercio inferior del esófago; ingresada a la unidad de cuidados intensivos un neumoperitoneo se hizo evidente a las horas con imagen de derrame pleural izquierdo, la toracotomía mínima y drenaje, nutrición parenteral total, antibioterapia y succión nasogástrica permanente fue el tratamiento instituido antes de indicar la intervención 36 horas después. En la paciente de 35 años no dilatada precozmente, con estenosis filiforme del $\frac{1}{3}$ medio e inferior, presentó al segundo día de su segunda dilatación (dos meses y medio de la ingesta del cáustico), dolor abdominal intenso en epigastrio con imagen de neumoperitoneo a la radiología del reingreso, la intervención fue indicada.

HALLAZGOS OPERATORIOS Y EVOLUCION

A) En lo que respecta a los **agredidos por actos de violencia:**

Seis casos se operaron antes de las 3 horas de la agresión cinco de ellos (con lesión cervical), tenían herida de tráquea y tres además lesiones de lóbulos tiroideos y vasos yugulares anteriores. La lesión esofágica fue puesta en evidencia en cuatro pacientes y pasó desapercibida en uno. En los pri-

meros la esofagografía en dos planos (mucoso y muscular) con intestinal dos-cero y seda tres-cero, o con poliglactin 910 (vicryl(R), dos-cero y tres-cero respectivamente fue el procedimiento empleado. Cinco traqueostomías donde además en cuatro de ellos, procedimientos de traqueografía fueron efectuados; dos rafia del tiroides con intestinal 3 cero y una lobectomía parcial debieron ser llevadas a cabo para cohibir la hemorragia, así como ligaduras de los vasos yugulares anteriores. Todos fueron drenados con procedimientos de succión tipo portavac(R) o hemovac(R) o bien con drenes de latex, y en dos toracotomías mínimas con sondas de drenaje 30-32 French fueron colocadas.

El paciente con herida torácica en la toracotomía derecho lesiones del lóbulo superior derecho del pulmón fueron suturadas y una herida del tercio superior del esófago torácico fue comprobada al abrir la brecha de la pleura mediastinal, procediéndose a la esofagografía en dos planos con vicryl(R) 2 cero y 3 cero. Simultáneamente el tórax izquierdo fue drenado obteniéndose 800 cc sin persistir el sangramiento.

La pleura mediastinal se dejó abierta y el tórax derecho fue drenado con 2 tubos paramediastinal y paravertebral 30 French.

El último paciente operado a las 48 horas no presentaba sino una pequeña herida esofágica cuyos bordes se avivaron y suturaron, drenándose el cuello. Salvo este último paciente, que paradójicamente no presentó sino absceso de la herida los otros seis, evolucionaron tórpidamente y una fístula esófago cutánea, 4 tráqueo esófago-cutáneas y una esófago pleuro cutánea se presentaron entre el 4º y 11º día de la intervención. Al deglutir agua teñida con azul de metileno y el estudio radiológico con contraste hidrosoluble demostraron la fuga. La nutrición parenteral total, antibióticos y el mantenimiento del drenaje en cuatro, gastrostomía y alimentación enteral en uno, (en el que la lesión esofágica no se detectó durante el acto operatorio), hicieron evolucionar satisfactoriamente a cinco, cerrándose la comunicación fistulosa entre los 12º y 22 días de iniciado el tratamiento. Solamente el paciente con la contusión severa cervical por la piedra, presentó además necrosis traqueal extensa, broncoaspiración importante, coagulopatía de consumo, insuficiencia renal aguda y sepsis severa que lo condujeron a la muerte a los dieciséis días de operado.

Tardíamente (45 días después de la intervención) uno presentó estenosis esofágica cervical completa que no cedió a las dilataciones operándose a los 2 meses practicándosele resección y anastomosis, re-estenosándose a los 40 días de esa segunda intervención no regresando al hospital al proponérsele nuevas sesiones de dilatación y eventual reintervención.

B) PERFORADOS POST DILATACIONES ESOFAGICAS:

La paciente de 15 años no se encontró lesión perforativa pero pseudomembranas fibrinosas cubrían el esófago abdominal y curvatura mayor del estómago. El cirujano se limitó a drenar la cavidad abdominal y la alimentación parenteral y demás indicaciones pre-operatorias continuaron durante el post operatorio, evolucionando satisfactoriamente, aun cuando 3 meses más tarde presentaba estenosis infranqueable en tercio inferior esofágico; una ileo-colo-

esófago-plastia fue llevada a cabo con éxito y sin complicaciones. No ocurrió igual con la paciente de 35 años quien operada 48 horas después de haber sido dilatada ingresó con signos de sepsis peritoneal, durante la intervención de urgencia la rafia de la lesión perforativa y el drenaje del abdomen no contuvieron el desenlace fatal que por sepsis en insuficiencia renal la llevaron a la muerte a los 6 días de intervenida.

En resumen: Murieron 2 pacientes (22,2%), uno persistió con estenosis esofágica (11,1%) y seis (66,6%) se recuperaron completamente. Pero todos presentaron complicaciones 8 de ellas severas.

COMENTARIOS

Las perforaciones o rupturas esofágicas son de las más graves y con frecuencia fatales perforaciones del tracto gastrointestinal (2,5), constituyen una verdadera emergencia quirúrgica teniendo los cirujanos poca experiencia en la solución de estos problemas por el pequeño número de casos que se presentan (8). En nuestra serie y en otras (7), se observa un aumento de las lesiones esofágicas de origen traumático por arma de fuego y arma blanca en relación a las de origen hiatrogénico que por el uso de instrumentos endoscópicos rígidos antes predominaban (2). Tos intensa al deglutir, aparición de crepitantes pulmonares posterior a la ingesta de líquidos (signo de ONO) (1), esputos sanguinolentos y efisemia subcutáneo en las lesiones del esófago cervical, disnea y evidencia de colección hemática y posteriormente purulenta en algún hemitórax en el caso de lesiones del esófago torácico (2), son las manifestaciones clínicas mayormente descritas.

Por la vecindad con la tráquea las lesiones de ese órgano y su comunicación fistulosa con el esófago cervical son muy frecuentes como lo pudimos observar en nuestra experiencia y la de los autores consultados (1,3,7). El diagnóstico precoz para un tratamiento también precoz es sugerido como indispensable para disminuir la elevada mortalidad (1,2,4,5,7,8), el uso de contraste lodado hidrosoluble (1,5,7,9) pone en evidencia fácilmente las lesiones del esófago torácico en más del 80% de los casos y menos del 50% las del esófago cervical por estar en un espacio comprimido (5,7) el uso del Bario debe limitarse por la incidencia de granulomas (9) y serositis al caer al mediastino (1), nosotros logramos diagnosticar la lesión esofágica y su comunicación traqueal durante el preoperatorio, o su comunicación pleural durante el post-operatorio con agua o solución fisiológica coloreada con azul de metileno.

La exploración cuidadosa e inmediata de toda herida por arma blanca o del cuello debe indicarse (7) al igual que una vez diagnosticada una lesión esofágica torácica en sus $\frac{2}{3}$ superiores debe abordarse lo antes posible por toracotomía derecha y en su $\frac{1}{3}$ inferior por toracotomía izqda. aun cuando estos dependerá de la dirección del agente agresor y hacia el lado donde la fuga se hizo evidente. El abordaje del esófago cervical por incisión que sigue el borde anterior del esternocleidomastoideo es lo indicado (2,6).

Todos los autores coinciden en que deben suturarse las heridas esofágicas en dos planos uno mucoso y otro muscular con adecuado drenaje y protección de antibióticos (1,2,4,7,8) pero difieren en cuanto al uso de suturas irreabsorbibles en los trabajos más antiguos (2,4) en relación al uso de material reabsorbibles en los trabajos más recientes (7 y en nuestra serie).

El uso de la técnica de la "desfuncionalización Esofágica" en aquellas heridas mayores de 8 horas de evolución, ha sido sugerida por Spencer (8) según la técnica preconizada por Johnson, Schwegman y Kirby en 1956 (loc. cit. 8), o recientemente por Schwartz y Mc.Ouarrie (6), según el método preconizado por URSCHEL y colaboradores (loc. cit. 6) en 1974, en la que una vez suturada la herida esofágica cervical o torácica, se practicaba una esofagostomía laterocervical derecha a través de una incisión de 8-10 cms. por delante del borde anterior del esternocleido mastoideo derecho, y se ligaba con una banda de silastic de las usadas en oftalmología para el desprendimiento de retina, el esófago abdominal por una laparotomía mediana supraumbilical a fin de evitar el reflujo gastro esofágico y con la primera medida derivar la secreción de saliva y lograr que cicatrizara mejor la herida suturada, cerrándose la esofagostomía y retirando la banda al comprobarse la impermeabilidad (6), es procedimiento que tomaremos muy en cuenta debido al alto índice de fistulizaciones (75%) que experimentamos en nuestros pacientes, agredidos por actos de violencia.

CONCLUSIONES

De acuerdo a la experiencia recabada y la bibliografía actualizada podemos concluir:

1) Debe la lesión esofágica ser siempre sospechada en toda herida traumática cervical, o torácica que comprometa ambos hemitórax.

2) Debe explorarse siempre en forma exhaustiva, todas las heridas cervicales y las torácicas donde se demuestre disrupción de la pleura mediastinal en el acto operatorio, recomendándose la administración de solución fisiológica coloreada con azul de metileno o el estudio radiológico con contraste hidrosoluble pre o transoperatorio a objeto de detectar el sitio de la lesión.

3) Se recomienda la intervención quirúrgica lo más precoz posible, reseca y avivar los bordes de la lesión esofágica especialmente en las lesiones producidas por arma de fuego y suturar en 2 planos mucoso y muscular con material reabsorbible, (poliglactin 910 vicryl (R) drenando en forma amplia y continua todas las suturas, a fin de guiar la fístula que en forma casi constante aunque reducida en su calibre se presentan.

4) Se sugiere el uso sistemático de procedimientos de nutrición parenteral total siempre que se suturen heridas o perforaciones esofágicas a fin de colocar al paciente en las mejores condiciones para la cicatrización de la misma o la obliteración rápida de la eventual fístula post-operatorio. El recurso de la esofagostomía cervical y la ligadura de la unión esofagogástrica con banda de silastic (6) se sugiere como posible de aplicar en los casos de más de 8 horas de evolución a fin de proteger las suturas.

5) Sospechar la perforación esofágica en los pacientes a quienes se les haya practicado procedimientos de dilatación esofágica por estenosis caústica cuando dolor torácico o en hemiabdomen superior se presenten durante, u horas después de la realización del procedimiento.

RESUMEN

Nueve pacientes con heridas o perforaciones esofágicas, siete de origen traumático y dos iatrogénicos son evaluados.

Todos presentaron complicaciones una sola moderada (abscesos de la herida) y ocho graves (6 fístulas, 4 de ellas traqueoesofágicas, 1 pleural, 1 cutánea directa, además de 3 estenosis esofágicas, una de ellas permanente); dos pacientes murieron: 1 de los agredidos por acto de violencia por broncoaspiración repetida, necrosis traqueal extensa, coagulopatía de consumo e insuficiencia renal, y otra en shock séptico como consecuencia directa de procedimientos de dilatación esofágica por estenosis al 6º día del post-operatorio. Se sugiere el diagnóstico e intervención quirúrgica inmediata utilizando procedimientos con líquidos teñidos, o la radiología con contraste hidrosoluble para la identificación y seguimiento de las lesiones y suturas esofágicas, el uso del poliglactin 910 (Vicryl (R)), drenaje amplio, el uso de la nutrición parenteral total y antibióticos a fin de guiar lo mejor posible la cicatrización y obliteración de la eventual fístula. La esofagostomía cervical con ligadura con banda de silastic del esófago abdominal como recurso en los casos de más de 8 horas de perforados, debe tenerse en cuenta para tan graves casos.

REFERENCIAS

- 1 CARRILLO NELSON,; BUSTAMANTE, A.- "Fístula Tráqueo-esofágica", Bolet. Med. Inf., Hosp. "M. P. Carreño", Vol. 6 No. 16, Oct. 1976 - En. 1977.
- 2 FOSTER JOHN H.- "Esophageal Perforation". Modern Treatment, Vol. 7 No. 6, P.P.: 1284-1300, Nov. 1970.
- 3 GUPTA, R.; BANERJEE, T.- "Traumatic Esophago-Tracheal fistula". Am. Joun. of Surg. Vol. 101, PP: 227-229, Feb. 1961.
- 4 HOOSHANG, B.; et al.- "Spontaneous rupture of the esophagus". Annals of Surg. Vol. 174, No. 2PP: 319-324, Aug. 1971.
- 5 MEYER MORTON, A.; GHAREMANI GARY.- "Complications of Fiberoptic Endoscopy". Radiology, Vol. 115 No. 2 PP: 239-300, May. 1975.
- 6 SCHWARTZ, M.; MC QUARRIE, D.- "Surgical Managment of esophageal Perforation". S. G. Obst. Vol. 151: 5, Nov. 1980.
- 7 SHEELY, C.; KENNETH, M.; DEBAKEY, M.- "Penetrating Wounds of the cervical Esophagus". Am. Joun. Surg. Vol. 130 Dic. 1975.
- 8 SPENCER PAYNE.- "Management of esophageal perforation". Ann. of thor Surg. Vol. 20, No. 4, Oct. 1975.
- 9 VESSAL, KARIM et al.- "Evaluation of Barium and Gastrografin as contrast Media for the diagnosis of esophageal ruptures or perforations. Am. Joun. of Roent. Radium therap. and Nucl. Med., Vol. 123, No. 2, Feb. 1975.