

Perforación esofágica por dilataciones con balón en un paciente con acalasia

Dr. Mauricio de la Fuente-Lira,* Dr. Roberto Blanco-Benavides**

* Médico Adscrito al Servicio de Cirugía Gastrointestinal, **Jefe del Servicio. Hospital de Especialidades Centro Médico Nacional Siglo XXI, IMSS. México, DF.

Correspondencia: Dr. Mauricio de la Fuente Lira. Paseo de la Reforma 2608, piso 9. Col. Lomas Altas. México, DF. CP 1950. Tel.: 5081 8245 al 50.

Recibido para publicación: 27 de febrero de 2001.

Aceptado para publicación: 11 de julio de 2001.

RESUMEN Objetivo: presentar un caso de perforación esofágica por dilataciones con balón neumático en un paciente con acalasia. **Antecedentes:** la acalasia del esófago es una alteración motora primaria cuya etiología permanece desconocida. Se caracteriza por la disminución, ausencia de peristaltismo o ambas en el cuerpo del esófago y por falta de relajación del esfínter esofágico inferior como respuesta a la deglución. Debido al carácter primario de esta enfermedad, su fisiopatología y las alteraciones funcionales que produce, los tratamientos en todas sus modalidades son paliativos ya sea farmacológico, con dilatación neumática o con cirugía, cuando se produce una lesión esofágica ésta debe ser sospechada y tratada de manera inmediata, porque el retraso en el diagnóstico influye de manera directa en el pronóstico del paciente. **Método:** se presenta un caso de perforación esofágica por dilataciones con balón en un paciente con acalasia. **Conclusiones:** una paliación útil de los síntomas de la acalasia es la dilatación con balón neumático, ésta conlleva cierto riesgo de perforación, por lo que hay que sospecharla en todo paciente que se somete a dilatación esofágica y su condición clínica se ve alterada, el éxito del tratamiento quirúrgico de la perforación esofágica y del control de la sepsis depende directamente de las condiciones previas del paciente y del tiempo transcurrido entre la lesión y la cirugía.

Palabras clave: esófago, perforación, dilatación, neumática, acalasia.

SUMMARY Objective: To present a case of esophageal perforation due to a pneumatic dilatations of the cardia in a patient with achalasia. **Background:** Achalasia of the esophagus is a primary motor alteration with an unknown cause. The principal characteristics are the lower or absent peristaltic waves in the esophageal body and the impaired lower esophageal sphincter relaxation during deglutition. The management is palliative with pneumatic dilatations, pharmacologic therapy or with surgery. When a esophageal perforation occurs, it must be diagnosed and treated as soon as possible because a delay in diagnosis and management affect directly the patient prognosis. **Method:** To present a case of esophageal perforation due to pneumatic dilatations of the cardia in a patient with achalasia. **Conclusions:** An useful palliative management for achalasia is the pneumatic forceful dilatation, however it carries some risk of perforation; in every patient who was treated with dilatations is mandatory to think in perforation when the clinical condition is different after the procedure. The success of surgical management of the perforated esophagus and the control of sepsis and mediastinitis depends directly of the clinical condition of the patient and the time within perforation and surgical therapy.

Key words: Esophagus, perforation, pneumatic dilatation, achalasia.

CASO CLÍNICO

Paciente masculino de 68 años de edad, originario y residente de la ciudad de México, sin antecedentes heredo-familiares de importancia. Cuenta con el antecedente de disfagia progresiva, inicialmente a sólidos y en el

transcurso de tres años a líquidos, se le diagnosticó acalasia seis meses antes de su ingreso, por lo cual inició manejo con dilataciones seriadas con balón neumático. Ingresó con cuadro de dolor toracoabdominal de 24 horas de evolución, intenso, transfiectivo, con irradiación a cara posterior de tórax a nivel de T-10 acompañado de

fiebre de seis horas de evolución, escalofríos y disnea. A la exploración física se le encuentra con franco estado hiperdinámico, febril y con enfisema subcutáneo en cuello. Campos pulmonares con hipoventilación basal bilateral, ruidos cardíacos aumentados en frecuencia, rítmicos y con disminución en su intensidad. Abdomen con dolor intenso en epigastrio, peristalsis disminuida, resistencia muscular voluntaria y sin datos de irritación peritoneal. Acrocianosis. Se realizó radiografía simple de abdomen que demostró disección por aire del mediastino, sin mostrarse aire libre subfrénico (*Figura 1*). Los exámenes de laboratorio demostraban importante respuesta inflamatoria sistémica, con leucocitosis de 25,000, 88% de segmentados polimorfonucleares y 5% de bandas, así como gasometría arterial con acidosis metabólica. Posteriormente se llevó a cabo un esofagograma para localizar el probable sitio de lesión, evidenciándose perforación en el tercio distal del esófago, gran dilatación esofágica así como ondas terciarias, unión esofagogástrica por arriba del diafragma (*Figura 2*), con adecuado paso del medio de contraste, por lo que se corrobora el diagnóstico de acalasia y depósito de medio de contraste en mediastino, a nivel del tercio inferior del esófago en su perfil izquierdo (*Figura 3*). Se llevó a sala de operaciones en donde se realizó toracotomía posterolateral izquierda, esofagectomía subtotal (*Figura 4*), esofagostoma cervical izquierdo y cierre transhiatal de la unión esofagogástrica, colocación de sonda de gastrostomía, además de drenajes en mediastino y pleura izquierda. El paciente evolucionó de manera satisfactoria siendo dado de alta de la terapia intensiva al duodécimo día, posteriormente inició con fiebre, evidenciándose pe-



Figura 1.

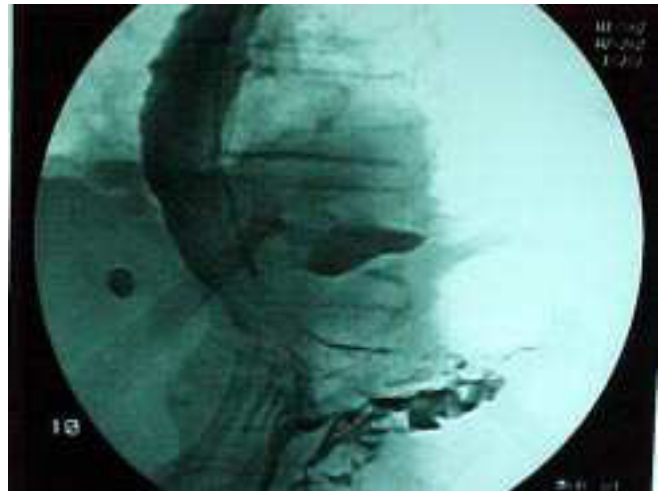


Figura 2.



Figura 3.

queña colección purulenta en pleura izquierda, la misma que fue drenada por ultrasonido y dado de alta a los 25 días de su ingreso.

DISCUSIÓN

La acalasia del esófago es una alteración motora primaria, cuya etiología permanece desconocida. Se caracteriza por la disminución, ausencia de peristaltismo o ambas en el cuerpo del esófago y por falta de relajación del esfínter esofágico inferior como respuesta a la deglución. Debido al carácter primario de esta enfermedad, su fisiopatología y las alteraciones funcionales que produce, los tratamientos en todas sus modalidades son paliativos ya sea farmacológico, con dilatación neumática o con cirugía.



Figura 4.

Una paliación de la acalasia es la dilatación neumática del cardias. El mecanismo por el cual las dilataciones disminuyen la resistencia del cardias no se ha documentado exactamente, pero se habla de ruptura de las fibras musculares circulares esofágicas, aunque histológicamente no se puede documentar la diferencia entre un cardias dilatado y un cardias normal a corto plazo.¹

La complicación inmediata de mayor gravedad que se observa con las dilataciones es la perforación esofágica, la cual se presenta del 1 al 5% de los casos y con una mortalidad del 20 al 80%, dependiendo del retraso en el diagnóstico de perforación esofágica y la presencia de mediastinitis,^{2,3} aun cuando se realice una intervención temprana por perforación, la mortalidad de esta complicación alcanza cifras de hasta 30%.⁴ Cuando se realiza adecuadamente una esofagomiectomía por vía abdominal o torácica, ésta es la terapia más efectiva para paliar los síntomas de acalasia. Noventa por ciento de los pacientes tratados quirúrgicamente obtiene el deseado alivio sintomático, algunos miles de operaciones se han realizado consecutivamente, con una morbilidad operatoria de sólo 2.8%. La más grave de las complicaciones de la miotomía es la sección inadvertida de la mucosa esofágica, la cual produce sólo 2% de complicaciones como empiema. En la Clínica Mayo, más de 600 casos se han operado sin ninguna muerte postoperatoria, estas cifras no pueden ser demostradas ni por el más entusiasta de la dilatación con balón.³⁻⁹

REFERENCIAS

1. Vantrappen G. To dilate or to operate? That is the question. *Gut* 1983; 24:1013-19.
2. Hellemans J. Treatment for achalasia and motor disorders. *Gastroenterology* 1980; 79:144-54.
3. Seymour I. Schwartz, Harold Ellis. Maingot's abdominal operations. Norwalk, Connecticut: Appleton & Lange; 1998.
4. Pasricha PP, Fleischer DE, Kalloo AN. Endoscopic perforations of the upper digestive tract: A review of their pathogenesis, prevention, and management. *Gastroenterology* 1994; 106:787-802.
5. Lloyd M, Nyhus & Robert J. Baker. Mastery of surgery. Boston, Mass.: Little Brown & Co.; 1999.
6. George D, Zuidema. Shackelford's surgery of the alimentary tract. Philadelphia: W.B. Saunders Co.; 1996.
7. Spencer Payne. Heller's contribution to the treatment of achalasia of the esophagus. *Ann Thorac Surg* 1989; 48: 867.
8. Ellis. F.H. et al. Oesophagomyotomy for achalasia: A 22 year experience. *Br J Surg* 1993 80: 882-5.
9. Csendes A, Braghetto I et al. Late results of a prospective randomised study comparing forceful dilatation and oesophagomyotomy in patients with achalasia. *Gut* 1989; 30: 299-304.