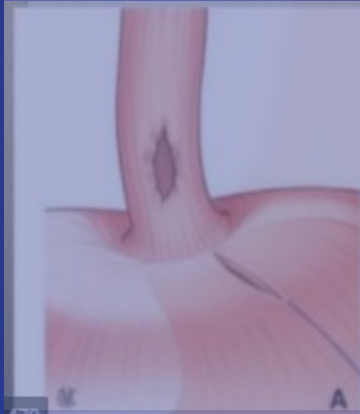




# RUPTURA ESOFAGICA

Esófago

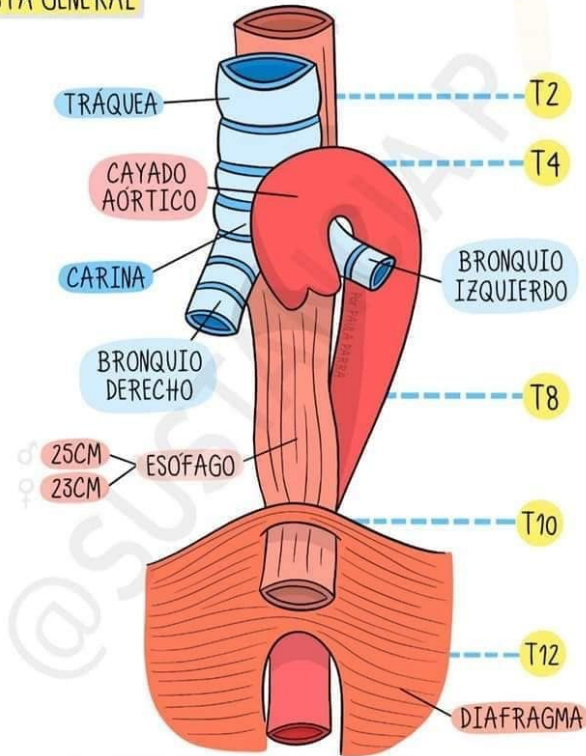


ORIANNA SUAREZ ZUÑIGA  
CIRUGIA DE TORAX  
HOSPITAL UNIVERSITARIO ERASMO MEOZ  
2020



# ESÓFAGO

## VISTA GENERAL

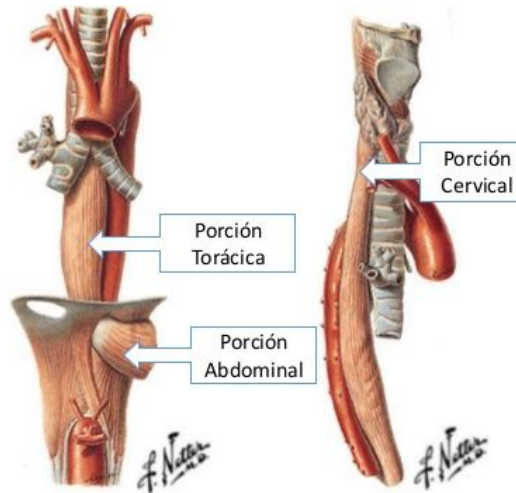


9

El esófago es un conducto musculomembranoso que transporta los alimentos desde la hipofaringe hasta el cardias gástrico

Consta de tres partes:

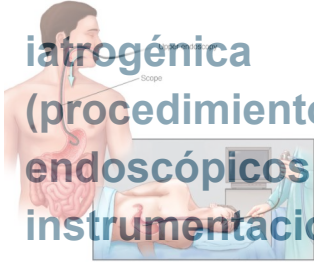
- cervical (5 cm)
- torácica (16 cm)
- abdominal (3 cm).



La rotura esofágica puede ser:

## CUATRO CATEGORÍAS:

1. **iatrogénica**  
(procedimientos endoscópicos o instrumentación)
2. **barotrauma**
3. **por cuerpos extraños**
4. **otras causas**



## Ruptura espontánea

- síndrome de Boerhaave : relacionada por lo general con vómitos, arcadas o deglución de un bolo alimenticio grande.

## Generalidades:

- Los pacientes están gravemente afectados, El ácido y otros contenidos gástricos causan una mediastinitis fulminante y shock.
- Es común el neumomediastino.
- La localización más frecuente de la rotura es el segmento posterolateral distal del esófago del lado izquierdo.

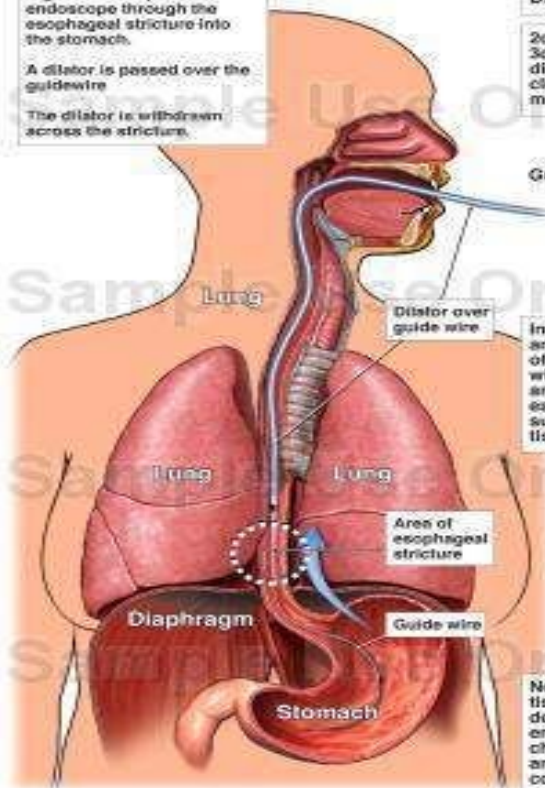
# Fatal Esophageal Perforation

## Dilation Procedure

A guidewire is passed via endoscope through the esophageal stricture into the stomach.

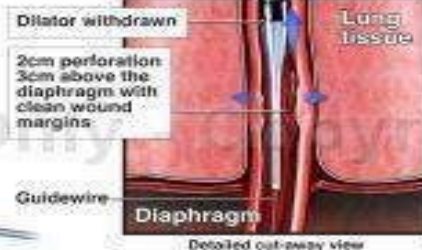
A dilator is passed over the guidewire.

The dilator is withdrawn across the stricture.



Anterior (front) view

## Stage 1- Contained perforation



Detailed cut-away view

## Stage 2- Free perforation



Detailed cut-away view

## Stage 3- Fatal lung collapse



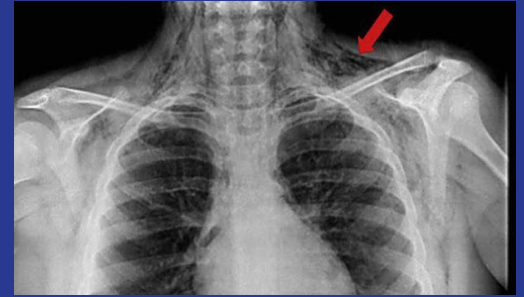
Detailed cut-away view

# síntomas

- dolor torácico y abdominal
- vómitos
- hematemesis
- shock.

**Respuesta inflamatoria sistémica como:**

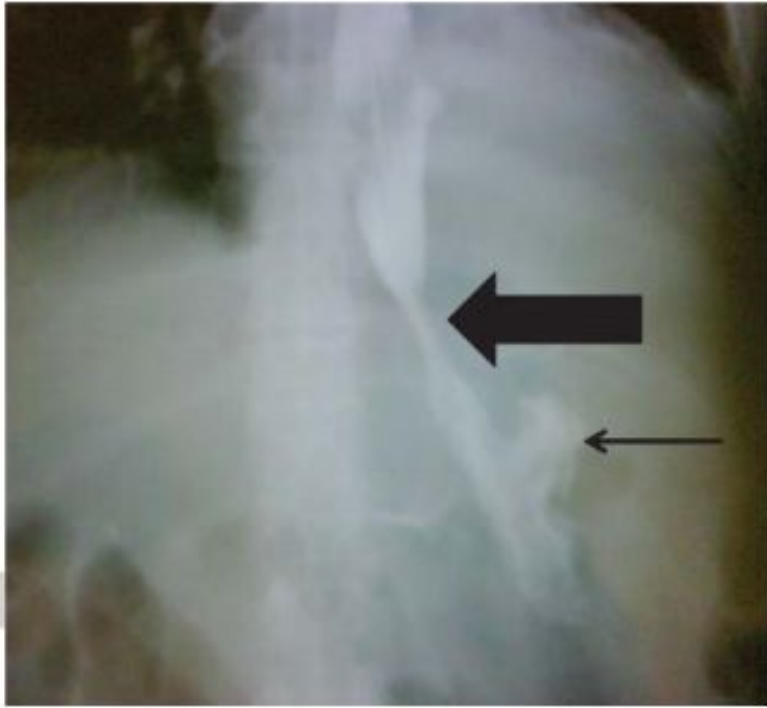
- taquicardia
- hipotensión
- Fiebre ( $> 38.5$ ) que se puede presentar hasta en 44% de los casos.



## Signos

- Se palpa enfisema subcutáneo en alrededor del 30% de los casos
- Puede haber crujido mediastínico (signo de Hamman), un sonido crepitante sincrónico con el latido cardíaco.
- La disfonía, ronquera, disfagia

# Diagnóstico



**Figura 2.** Radiografía con administración de medio de contraste hidrosoluble. Se aprecia paso filiforme del medio de contraste en el tercio distal del esófago (flecha gruesa); además, un probable divertículo por tracción en estómago (flecha delgada).

- Radiografías de tórax y abdomen
  - Esofagografía
  - El diagnóstico se realiza por esofagografía con agente de contraste hidrosoluble.
  - Se requieren drenaje y reparación quirúrgica inmediatos.
-



**Figura 1.** Lesión longitudinal del esófago (flecha).



# TRATAMIENTO





# TRATAMIENTO CONSERVADOR

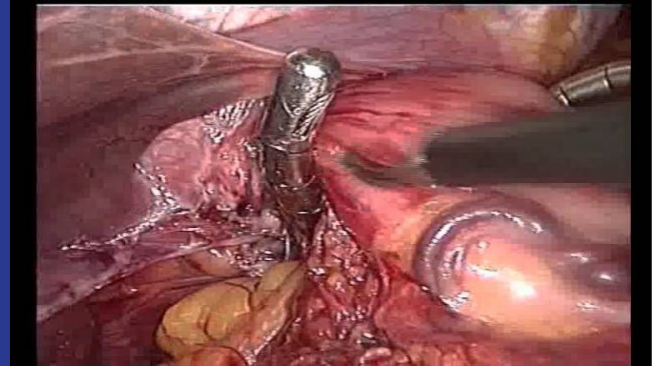
- antibiótico de amplio espectro
- inhibidor de la bomba de protones, nutrición parenteral total
- sonda nasogástrica y ayuno por un mínimo de siete días.
- apoyo nutricional temprano

Aun con tratamiento, la mortalidad es alta.

Posteriormente se realiza un trago de hidrosoluble para determinar si la lesión selló, si no ha sucedido esto y el paciente no presenta signos de deterioro clínico, se puede continuar con el manejo conservador con estudios contrastados semanales hasta el cierre de la perforación que será el momento de iniciar la dieta.

# TRATAMIENTO QUIRÚRGICO

La reparación primaria de la PE es posible dentro de las primeras 24 horas del evento.

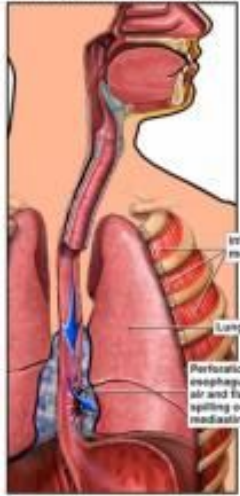


# Endoprótesis intravascular endoscópica o reparación quirúrgica

Mientras se aguarda la reparación quirúrgica o la colocación de una endoprótesis intravascular, los pacientes deben:

- recibir antibióticos de amplio espectro (p. ej., gentamicina más metronidazol o piperacilina/tazobactam)
  - reposición de líquidos según sea necesario para el shock.
-

### Pre-operative Condition



A. The 7th intercostal space is opened to expose the esophageal tear.



Intercostal muscles  
Lung  
Perforation of esophagus with air and fluid spilling out into mediastinum



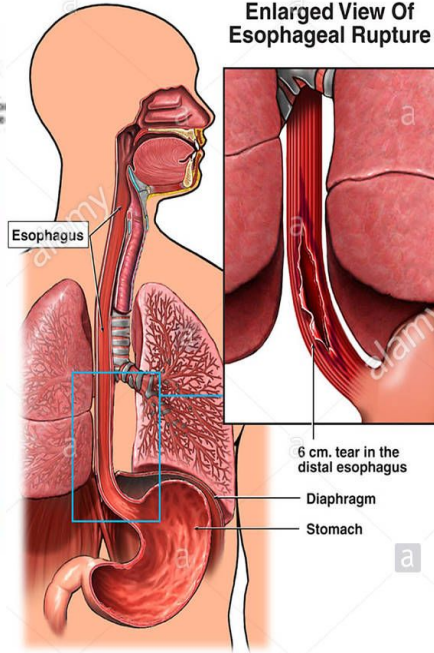
B. The esophagus is repaired with sutures and a pedicle flap is fashioned out of the 7th intercostal muscle.



C. The pedicle flap is secured over the repaired esophagus with multiple sutures.



### Enlarged View Of Esophageal Rupture



6 cm. tear in the distal esophagus  
Diaphragm  
Stomach

Anterior View

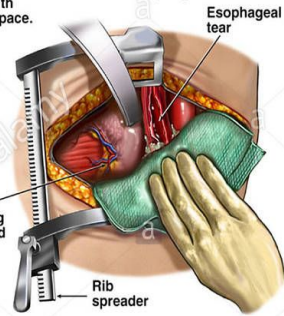
### Emergency Surgical Repair Of Esophageal Perforation

A. An incision is made into the thorax at the level of the 7th intercostal space.



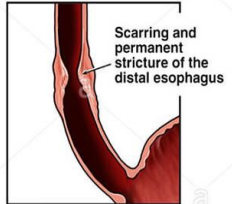
Left Lateral View

B. The ribs are spread allowing deep access to the esophageal tear.



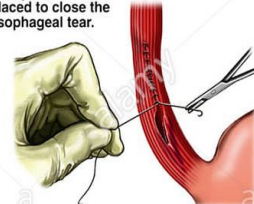
Heart and lung retracted

### Subsequent Stricture



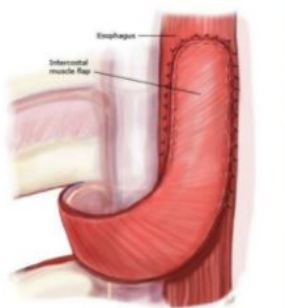
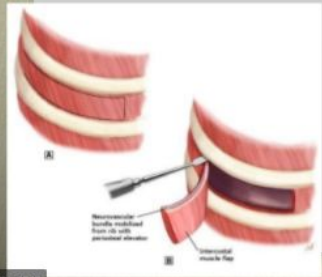
Scarring and permanent stricture of the distal esophagus

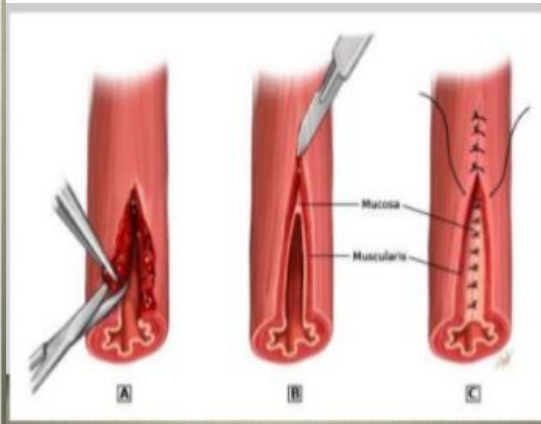
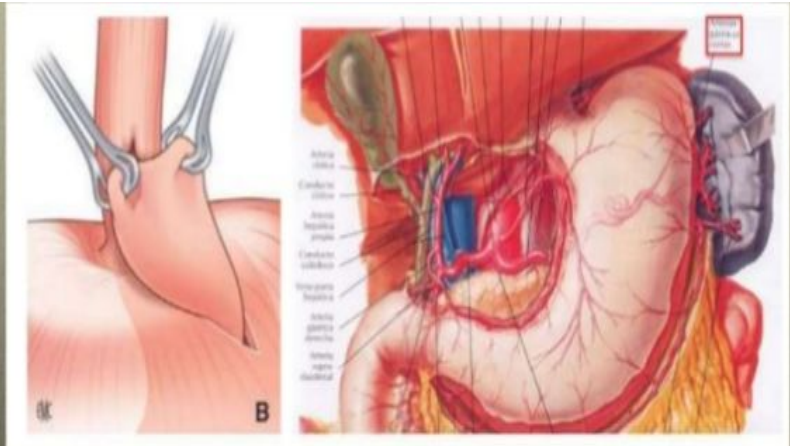
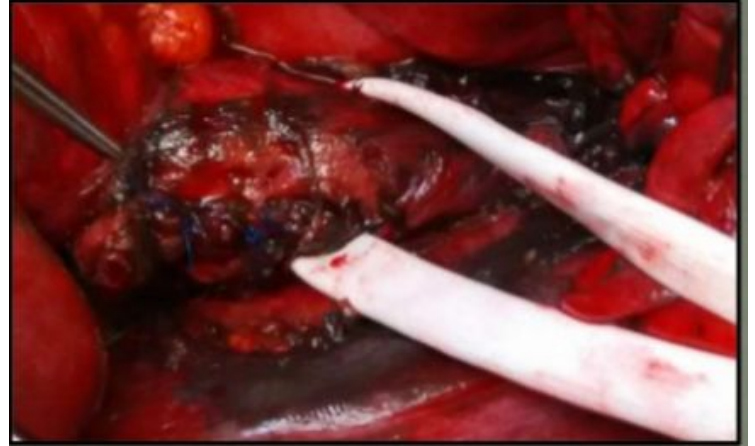
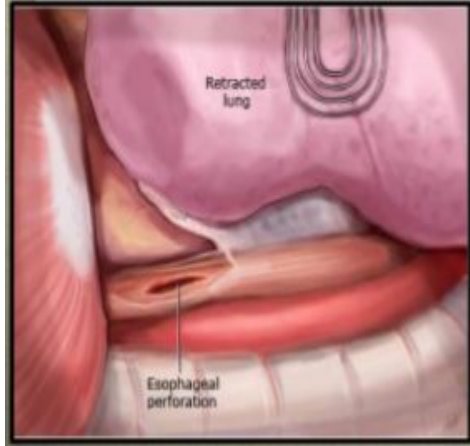
C. Once isolated, multiple sutures are placed to close the esophageal tear.




### MANEJO QUIRÚRGICO

COLGAJO INTERCOST.





# Conclusiones

- La ruptura esofágica es una entidad rara, de difícil diagnóstico y reporta una mortalidad alta.
  - evolución y pronóstico se basa en el tiempo transcurrido desde su diagnóstico hasta su tratamiento correcto, así como las condiciones hemodinámicas del paciente y la presencia o no de sepsis.
  - Los signos y síntomas, al igual que la radiografía de tórax deben orientarse a este síndrome, la sospecha clínica es la de más peso para el diagnóstico.
- 

# Conclusiones

- La opción terapéutica es, sin duda, la quirúrgica según las características de la lesión existen varias opciones: desde un simple drenaje quirúrgico, cierre primario o esofagectomía con derivación del tránsito gastrointestinal, dependiendo del tiempo de evolución, presentación clínica y estado general del paciente.
- Las complicaciones son raras, se limitan a distensión abdominal
- Deben considerarse los antecedentes quirúrgicos a nivel gastroesofágico que puedan ocasionar resistencia y un aumento importante de la presión intraluminal al iniciar la intervención quirúrgica que quizá ocasionen ruptura esofágica.



# Referencias

1. **Formato Documento Electrónico(ISO;)** Perforación esofágica, un reto diagnóstico y de tratamiento para el cirujano Esophageal perforation, a Diagnosis and Treatment Challenge for the Surgeon José de Jesús González Izquierdo,\*Tulio Jesús Hernández Aguilar, José Víctor Pérez Navarro, Roberto Anaya Prado, revista latinoamericana de cirugía, Vol. 4/No. 2/ Mayo-Agosto/2014. disponible en: [file:///C:/Users/MONICA%20SALDA%20C3%91A/Downloads/Perforacion\\_esofagica\\_Experiencia\\_clinica\\_y\\_actual.pdf](file:///C:/Users/MONICA%20SALDA%20C3%91A/Downloads/Perforacion_esofagica_Experiencia_clinica_y_actual.pdf)
2. **Formato Documento Electrónico(ISO;)** Perforación esofágica. Experiencia clínica y actualización del tema Italo Braghetto M, Alberto Rodríguez N, Attila Csendes J, Owen Korn B, Rev Méd Chile 2005; 133: 1233-1241. disponible en :<https://www.medigraphic.com/pdfs/felac/fl-2014/fl142g.pdf>
3. manual MSD version para profesionales, revision tema, ruptura esofagica, *Por **Kristle Lee Lynch** , MD, Perelman School of Medicine at The University of Pennsylvania; Última modificación del contenido jul. 2019; disponible en: <https://www.msmanuals.com/es-co/professional/trastornos-gastrointestinales/trastornos-esof%C3%A1gicos-y-d-e-la-degluci%C3%B3n/rotura-esof%C3%A1gica>*
4. **Formato Documento Electrónico(ISO;)**LANA SOTO, R. et al. Rotura espontánea de esófago: un problema diagnóstico en la urgencia. *An. Med. Interna (Madrid)* [online]. 2003, vol.20, n.2 [citado 2020-08-14], pp.40-42. Disponible en: [http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0212-71992003000200010&lng=es&nrm=iso](http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0212-71992003000200010&lng=es&nrm=iso). ISSN 0212-7199.

*GRACIAS*