

Prótesis esofágica autoexpansible para tratamiento de síndrome de Boerhaave. A propósito de un caso

Autor Yollette Martínez

Afiliación Policlínica Santiago de León, Caracas, Venezuela.

Revista GEN (Gastroenterología Nacional) 2013;67(1):36-38. Sociedad Venezolana de Gastroenterología, Caracas, Venezuela. ISSN 0016-3503.

Autor correspondiente: Dra. Yollette Martínez. Médico Gastroenterólogo. Policlínica Santiago de León, Caracas, Venezuela.

Correo-e: ycnar@gmail.com

Fecha de Recepción: Octubre 2012. Fecha de Revisión: Noviembre 2012. Fecha de Aprobación: Enero 2013.

Resumen

La perforación esofágica espontánea (PEE) o síndrome de Boerhaave es una entidad poco frecuente, consiste en la ruptura del esófago no relacionada con traumatismos, exploraciones invasivas, patología esofágica previa o cuerpos extraños. Independientemente de su mecanismo de producción, la perforación esofágica se considera como la más grave del tracto digestivo. Si su diagnóstico y reparación quirúrgica se retrasan, el pronóstico se ensombrece de forma notable.

Presentamos un caso de paciente masculino de 37 años, sin antecedentes de interés que consulta a emergencia por cuadro brusco de dolor epigástrico irradiado a región retroesternal, posterior a vómito de contenido alimentario. El paciente presenta progresivamente deterioro de sus condiciones ventilatorias, que ameritan traslado a UCI y 72 horas posterior a ingreso a UCI se realizó esofagograma con bario evidenciándose extravasación de medio de contraste en tercio distal esofágico, aproximadamente 3 cm por encima de hemidiafragma izquierdo, por lo que de inmediato se decide colocación de stent metálico parcialmente cubierto *Wilson-Cook (Evolution)* bajo visión endoscópica y fluoroscópica, con resolución completa de la sintomatología.

Palabras clave: perforación esofágica espontánea, síndrome de Boerhaave, stent metálico.

A CASE OF BOERHAAVE SYNDROME TREATED WITH A SELF EXPANDING METAL STENT

Summary

Spontaneous esophageal perforation (SEP) or Boerhaave syndrome is a rare entity that consists in the rupture of the esophagus unrelated to trauma, invasive examinations, previous esophageal disease or the presence of foreign bodies. Regardless of its mechanism, esophageal perforation is considered the most serious of the digestive tract. If diagnosis and surgical repair are delayed the outlook worsens considerably.

We present the case of a 37-year-old male patient in good health, who attends the emergency room because of sudden onset of epigastric pain radiating to the retrosternal region after vomiting. The patient's ventilatory condition deteriorated progressively meriting transfer to the intensive care unit; 72 hours after admission, a barium esophagram showed dye extravasation in the distal esophagus, approx 3 cm above the left diaphragm. We immediately decided to place a Wilson-Cook partially covered metal stent (Evolution) through endoscopic and fluoroscopic guidance with complete resolution of symptoms.

Key words: spontaneous esophageal perforation, Boerhaave syndrome, metal stent.

Introducción

La perforación esofágica espontánea (PEE) o síndrome de Boerhaave es una entidad poco frecuente. Se define como la rotura del esófago no relacionada con traumatismos, exploraciones invasivas, patología esofágica previa o cuerpos extraños.¹⁻³ Independientemente de su mecanismo de producción, la perforación esofágica se considera como la más grave del tracto digestivo.⁴ Si su diagnóstico y reparación quirúrgica se retrasan, el pronóstico se ensombrece de forma notable.

Las manifestaciones clínicas de la PEE son poco específicas, por lo que no suele incluirse en el diagnóstico diferencial del paciente con dolor torácico,⁵ y no es inusual que se detecte post mortem.² Los médicos de emergencias deben estar familiarizados con este síndrome y conocer las claves de la historia clínica y de las exploraciones complementarias que pueden facilitar el diagnóstico.

En este trabajo presentamos un caso que fue diagnosticado 96 horas posteriores a inicio de la sintomatología y manejado endoscópicamente con colocación de prótesis autoexpansible parcialmente cubierta.

Caso Clínico

Paciente masculino de 37 años, sin antecedentes de interés que consulta a emergencia por cuadro brusco de dolor epigástrico irradiado a región retroesternal, posterior a vómito de contenido alimentario. El paciente presenta progresivamente deterioro de sus condiciones ventilatorias que ameritó traslado a UCI y apoyo respiratorio, las exploraciones tomográficas y radiológicas toraco-abdominales que revelan derrame pleural izquierdo (**Figura 1**) y páncreas de características normales, en los exámenes de laboratorio se evidencia leucocitosis. Se coloca tubo de tórax con escasa respuesta clínica y deterioro del estado general. Se realiza 72 horas posterior a ingreso a UCI esofagograma con bario evidenciándose extravasación de medio de contraste en tercio distal esofágico aproximadamente 3 cm por encima de hemidiafragma izquierdo (**Figura 2**), por lo que de inmediato se decide colocación de stent metálico parcialmente cubierto *Wilson-Cook (Evolution)* bajo visión endoscópica y fluoroscópica. El paciente se mantuvo bajo sedación e intubación endotraqueal por 24 horas, la evolución fue satisfactoria, con tolerancia adecuada a la vía oral y egreso a los 5 días. Un mes después se realizó endoscopia control con la finalidad de retirar la prótesis observando inclusión de la porción proximal en la pared esofágica, por lo que se decidió colocar un segundo stent cubierto *Wilson-Cook* y retirar ambos a la semana siguiente. Durante el seguimiento del paciente se han realizado dilataciones con balón hidrostático (Hércules, 18-20 mm *Wilson-Cook*) debido a anillo fibrótico en área correspondiente al extremo proximal de stent. Actualmente paciente se encuentra asintomático.

Discusión

Se ha observado un incremento en la frecuencia de perforaciones o rupturas esofágicas, independientemente de su etiología, en ocasiones debido a manipulaciones endoscópicas diagnósticas o terapéuticas sobre el esófago,^{4,6} sin embargo, su rareza hace que constituyan un desafío desde el punto de vista diagnóstico y terapéutico.

La prueba más utilizada para confirmar el diagnóstico es el esofagograma, cuya sensibilidad alcanza aproximadamente un 75% de los casos; por lo tanto, la ausencia de extravasación del contraste, no descarta el diagnóstico.⁷ Para aumentar la sensibilidad se ha recomendado utilizar proyecciones en decúbito lateral o repetir la exploración si la sospecha clínica es elevada.^{1,2}

En este caso se demostró la presencia de solución de continuidad y extravasación del medio de contraste (sulfato de bario) en tercio distal de esófago. La TAC tiene utilidad en enfermos graves, incapaces de cooperar en la realización de un esofagograma, y en los casos en que éste no demuestra la existencia de lesiones. Por otra parte, permite evaluar otras estructuras como pleura, mediastino y aorta; sin embargo, tiene el inconveniente de que no localiza el nivel de la lesión.²

El tratamiento de la PEE es controvertido en lo que concierne a la elección de la técnica quirúrgica; el tiempo transcurrido desde el inicio del cuadro es uno de los factores decisivos en la elección de la misma. Sin embargo, como en este caso vemos que la opción de terapéutica endoscópica es completamente viable y factible, pudiéndose ser considerada de primera elección ante pacientes con esta entidad clínica.

Muchos autores creen, y los datos hasta la fecha sugieren que el desarrollo de la tecnología del stent esofágico ha sido un avance significativo en el manejo no operatorio de la perforación esofágica. Históricamente, los stents se han utilizado como tratamiento paliativo de la disfagia maligna. Con la introducción de stents esofágicos plásticos extraíbles y/o metálicos total o parcialmente cubiertos esofágicos, su uso para el tratamiento de la perforación esofágica ha sido cada vez más extendida en los últimos años. En recientes publicaciones múltiples han sido los informes que establecen la viabilidad y el éxito de la terapia del stent en el tratamiento de la perforación esofágica. La selección de candidatos apropiados para la terapia endoscópica con stent es probablemente el punto más importante y sigue siendo un tema de continuo estudio. Kiev y colaboradores⁸ reportaron 14 pacientes consecutivos con perforación debido a una variedad de causas, incluyendo perforaciones primarias esofágicas (n = 2), las lesiones iatrogénicas (n = 4), el trauma/cuerpo extraño (n = 3), y las fugas después de intentos previos de reparación quirúrgica (n = 5). Todos los pacientes fueron tratados únicamente con un stent cubierto Polyflex (Rush Inc., Teleflex Medical, Duluth, Georgia, EE.UU.), excepto uno que se realizó drenaje por toracoscopia concomitante.

No hubo muertes, todos estaban en condiciones de reanudar la ingesta oral el 6to día, y ninguno de los pacientes mostró extravasación de contraste en los estudios de deglución. La migración del stent en el estómago requiriendo reposicionamiento se produjo en tres (21%) de los pacientes. A los 4 meses después de la lesión, todos los stents fueron retirados con la documentación de curación de la mucosa esofágica. Curiosamente, el tiempo entre el reconocimiento de fugas y la colocación del stent esofágico, no tuvo un impacto negativo en la morbilidad a largo plazo o en el momento del alta del hospital, aunque esto es probablemente debido a la selección de los pacientes.

Freeman y colaboradores⁹ informaron que el tratamiento a través de la colocación de los stents recubiertos de silicona en 17 pacientes con perforación de esófago iatrogénica después de la endoscopia o cirugía. Los pacientes con malignidad se excluyeron del estudio 94% de las fugas se sellaron con éxito. Kim y colaboradores 10 utilizaron stents de silicona y derivación salival en 16 pacientes con diversas causas de la perforación esofágica, todos tuvieron una mejoría inmediata de las fugas y la sepsis y 13 pacientes consiguieron la curación completa de la mucosa esofágica.

En el caso presentado se obtuvo éxito terapéutico con el uso de stent esofágico vía endoscópica como ha sido reportado en publicaciones anteriores.

En conclusión, la PEE es una entidad rara y potencialmente mortal, que debe diagnosticarse de forma rápida. Los datos clínicos y radiológicos deben hacer sospechar su existencia, indicando exploraciones que la confirmen, así como la consideración de manejo endoscópico para obtener la completa resolución de esta entidad clínica.

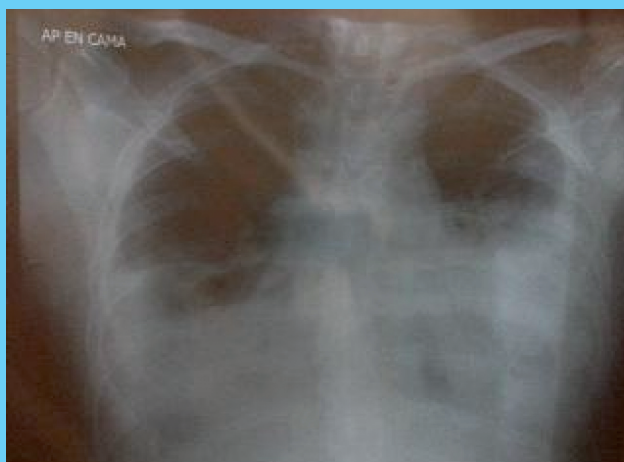


Figura 1 Radiología contrastada de esófago con extravasación de contraste



Figura 2 Rx de tórax con derrame pleural izquierdo

Clasificación

Área: endoscopia digestiva - gastroenterología

Tipo: clínico

Tema: esófago

Patrocinio: este trabajo no ha sido patrocinado por ningún ente gubernamental o comercial.

Referencias Bibliograficas

1. Henderson JAM, Péloquin AJM. Boerhaave revisited: spontaneous esophageal perforation as a diagnostic masquerader. *Am J Med* 1989;86:559-567.
2. Janjua KJ. Boerhaave's syndrome. *Postgrad Med J* 1997;73:265-270.
3. Brauer RB, Liebermann-Meffert D, Stein HJ, Bartels H, Siewert JR. Boerhaave's syndrome: analysis of the literature and report of 18 new cases. *Dis Esophagus* 1997;10:64-68.
4. White RK, Morris DM. Diagnosis and management of esophageal perforations. *Am Surg* 1992;58:113-119.
5. Pate JW, Walker WA, Cole FH, Owen EW, Johnson WH. Spontaneous rupture of the esophagus: a 30-year experience. *Ann Thorac Surg* 1989;47:689-692.
6. Kim-Deobald J, Kozarek RA. Esophageal perforation: an 8-year review of a multispecialty clinic's experience. *Am J Gastroenterol* 1992;87:1112-1119.
7. Flynn E, Verrier ED, Way LW, Thomas AN, Pellegrini CA. Esophageal perforation. *Arch Surg* 1989;124:1211-1215.
8. Freeman RK, Van Woerkom JM, Ascoti AJ. Esophageal stent placement for the treatment of iatrogenic intrathoracic esophageal perforation. *Ann Thorac Surg* 2007;83:2003-2007.
9. Kim AW, Liptay MJ, Snow N, et al. Utility of silicone esophageal bypass stents in the management of delayed complex esophageal disruptions. *Ann Thorac Surg* 2008;85:1962-1967; discussion 1967.
10. Salminen P, Gullichsen R, Laine S. Use of self-expandable metal stents for the treatment of esophageal perforations and anastomotic leaks. *Surg Endosc* 2009;23:1526-1530.