

TRAUMATISMOS ESOFAGICOS

*El profesor que impartió la lección (Dr. Meneu), comentó que no suele caer tema de desarrollo de esta lección, pero si preguntas del test.

La mayoría de los traumatismo esofágicos **son consecuencia** de las **pruebas e intervenciones** realizadas por los médicos y cirujanos.

Es muy importante tener en cuenta que el esófago **carece de capa serosa**, que por ser una barrera de protección su ausencia provoca que un traumatismo transmural se propague más fácilmente.

El esófago se puede lesionar a 3 niveles distintos (cervical, torácico y abdominal) y el manejo es diferente en cada caso.

A)PERFORACION ESOFAGICA

Es una lesión de continuidad que **afecta a todas las capas** del esófago y a cualquier nivel. En una placa de RX-tórax con contraste mediante papilla de bario, podríamos observar que el bario pasa a la vía aérea. Frecuentemente se produce una **mediastinitis**, que puede provocar un absceso en el mediastino, muy complicado de drenar por el difícil abordaje debido a las estructuras mediastínicas.

La **causa** más frecuente es la **instrumental**: endoscopia, dilatación, intubación, escleroterapia, laser-terapia,etc.

Pero también existe la perforación esofágica de causa **no instrumental**, que se da en traumatismos barogénicos, traumatismos romos o penetrantes, traumatismos operatorios, por agentes cáusticos (ácidos, álcalis), por impactación de cuerpos extraños y en casos de infecciones o tumores en la vecindad.

La **fisiopatología** se basa en que por el esófago traumatizado sale **saliva y jugo gástrico** hacia el mediastino, produciendo una **mediastinitis** que tiene como consecuencia una reacción inmunitaria, acúmulo de líquido masivo, broncorrea refleja, hipovolemia y SDRA.

En la **clínica** la perforación se manifiesta con **dolor**(que puede ser retroesternal, escapular o epigástrico), **disfagia**, **distress respiratorio**, **fiebre** y **derrame pleural** derecho o izquierdo, pero que no indica la localización del traumatismo.

El **diagnóstico** tras sospecha clínica se realiza a través de:

- RX-tórax**: puede haber **neumomediastino**
- Esofagograma**: Rx con contraste radiopaco (soluble en agua o papilla de bario)
- TAC** con realce de contraste: es el que más información aporta(derrame pleural, traumatismos en la vecindad,etc), pero es el más caro y el que más tarda en hacerse.

En cuanto al **tratamiento**, lo primero que hay que hacer es **reducir la contaminación y reponer la volemia**. Pautar **dieta** absoluta, alimentación por **sonda nasogástrica** (hay que tener cuidado porque si la perforación es demasiado grande puede atravesarlo y acabar en mediastino), sueroterapia y **antibioterapia** (cefalosporinas y aminoglucósidos).

El tratamiento **quirúrgico** difiere según se trate del esófago cervical, torácico o abdominal.

- a) Esófago cervical y torácico superior: **CERVICOTOMIA**, realizándose una **incisión** en el **cuello**, en el **ECM** y separando músculos pretiroideos. El esófago cervical tiene tendencia a desviarse a la izquierda, por lo que lo mejor es colocar las **vías centrales** en el lado **derecho**. Se lleva a cabo un lavado y drenaje del espacio retroesofágico, desbridamiento y reparación del defecto, soporte nutricional (parenteral o enteral, mediante vías centrales o gastro/yeyunostomía). Se debe cambiar a vía torácica si se afectan las pleuras.
- b) Esófago torácico (medio e inferior) y abdominal:
TORACOTOMIA/LAPAROTOMIA. Aquí hay que diferenciar entre el paciente precoz (<24 h. tras el traumastimo) y el tardío (>24 h.)

•**Precoz:**

1.Esófago sano: sutura primaria con/sin injerto pleuroparietal, SNG, soporte nutricional y cambiar a vía torácica si se afectan las pleuras.

2.Esófago enfermo(obstrucción, cáncer, ERGE): no se sutura primariamente ya que en esto esófagos la cicatrización es muy difícil, de manera que **primero se dilata** la estenosis. Se realiza la **resección** esofágica y lo demás igual(SNG y soporte nutricional).

•**Tardío:** en este caso las posibilidades de éxito en sutura primaria son casi nulas. Las opciones de tratamiento son:

- Drenaje mediastínico pleural
- Drenaje y sutura
- Drenaje y tubo en T (como en la vía biliar)
- Resección esofágica: seccionar por abajo y sacarlo por el cuello
- Exclusión esofágica: aislar la zona de la perforación.
- Conservador: tan sólo una minoría. Sus indicaciones son en caso de que no haya contaminación pleural, paciente asintomático, mínima elevación de leucos y sin fiebre.

B)CAUSTICACION ESOFAGICA

Es un traumatismo que se debe a ingestión de una **sustancia que necrosa el esófago** (detergente, sosa, etc.). Normalmente ocurre en adultos con intención de suicidio o en pacientes psiquiátricos. Es más grave por álcalis que por detergente. Afecta a todas las partes del esófago, e incluso estómago y duodeno.

En la **fisiopatología** influye el tipo de sustancia, el tiempo de exposición de la mucosa, el estado físico del agente corrosivo, etc. Se produce una **necrosis visceral** por licuefacción en caso de álcalis y por coagulación en caso de ácidos.

Puede ser asintomático (muy poco probable), o dar **clínica digestiva** (disfagica, dolor epigástrico) o de **ORL**.

El **diagnóstico** se realiza a través de RX de tórax-abdomen, **laringoscopia** (obligada), panendoscopia (si han transcurrido 24-48h), EGD(contraste de bario) y TAC cérvico-torácico-abdominal.

En el **tratamiento** de la causticación es fundamental la **dieta** absoluta, la estabilización hemodinámica, **asegurar la vía aérea**, pedir analítica urgente y asegurar una nutrición adecuada. **Es contraindicación inducir el vómito o realizar un lavado gástrico.**

Puede **complicarse** y producir neumoperitoneo, neumomediastino, peritonitis, sepsis abdominal mediastínica y acidosis metabólica.

Se debe realizar una **extirpación** de la zona necrosada y **reconstrucción** esofágica a partir del colon derecho o izquierdo.