

Rotura espontánea de esófago en un recién nacido prematuro

Sr. Editor:

Desde que en 1961 Warden publicase la perforación esofágica como una posible complicación de la reanimación neonatal¹, muchos trabajos la describen^{2,3}. El 80-90% de los casos se presentan en recién nacidos pretérminos o de bajo peso^{4,5}. Entre las posibles causas iatrogénicas se incluyen: intubación traqueal difícil, aspiraciones faríngeas enérgicas, colocación forzada de sonda nasogástrica (SNG) y el traumatismo obstétrico⁴.

Recientemente hemos asistido a un caso de perforación esofágica a nivel del tercio inferior de esófago, en un recién nacido pretérmino sin antecedentes de maniobras de intubación dificultosa ni de aspiración faríngea enérgica. Se trata de un primer gemelo, de 32 semanas y 1.640 g de peso. Cesárea por riesgo de corioamnionitis. Apgar 9 al minuto y 10 a los 5 min. Reanimación tipo I. Ingresar en la Unidad de Cuidados Intensivos presentando dificultad respiratoria (Silverman: 7 puntos). Se intuba y administra surfactante, tras lo cual se intenta introducir la SNG, encontrando resistencia al paso de la misma, por lo que se desiste. Se extuba e instaura presión positiva continua en vía aérea (CPAP) nasal. Todos los intentos posteriores de introducción de la SNG resultan fallidos, sin llegar a conseguir el paso hasta el estómago. A las 24 h de vida, el paciente presenta neumotórax derecho, que precisa reintubación y drenaje del mismo. Se introducen 20 ml de aire en esófago, viendo una imagen de *stop*, y posteriormente contraste radiopaco que se extravasa alrededor del esófago a nivel del tercio distal (fig. 1). Se decide tratamiento conservador introduciendo, bajo control radioscópico y mediante guía flexible, SNG de 8 FR con extremo distal a nivel del estómago. Tras



Figura 1. Radiografía lateral de tórax con contraste radiopaco.

7 días se realiza esofagograma comprobando la permeabilidad de la luz esofágica sin fuga del contraste. Recibe nutrición parenteral exclusiva durante los primeros 11 días de vida, y posteriormente se inicia nutrición enteral a débito continuo. Recibe el alta a domicilio con alimentación oral.

Las perforaciones de esófago en el recién nacido se suelen localizar a nivel cervical, justo en la unión faringoesofágica¹⁻³, a menudo como consecuencia de intubación difícil⁴. A ese nivel se localiza la unión de fibras transversales y oblicuas del músculo constrictor inferior de la faringe y, por la acción de dos mecanismos fundamentalmente, se pueden producir las roturas iatrogénicas de esófago: el espasmo del músculo cricofaríngeo que cierra la luz esofágica², y la disposición anatómica normal del esófago que se apoya sobre el raquis cervical, y al provocar una lordosis forzada, como puede ocurrir en una maniobra de intubación, se expone la pared posterior del esófago al traumatismo directo contra la columna cervical⁵.

La perforación del tercio inferior sin causa iatrogénica se ha descrito anteriormente^{6,7}, y se intenta atribuir a distintos factores: *a)* consecuencia de una esofagitis péptica congénita; *b)* secundaria a una necrosis, similar a la que se produce en la enterocolitis necrosante del recién nacido prematuro, y *c)* consecuencia de las compresiones aplicadas en el feto durante el nacimiento por las contracciones uterinas⁶.

Otras situaciones en las que la iatrogenia se descarta son las descritas por Aaronson et al⁷ y George et al⁸, quienes postulan que la incoordinación del músculo cricofaríngeo o de los músculos esofágicos superiores durante la regurgitación o el vómito, pueden producir un cierre del esófago con el resultado de una alta presión intraluminal, que puede provocar su rotura espontánea (Boerhaave neonatal⁸).

La existencia de neumotórax derecho parece acompañar a la mayoría de los casos de rotura esofágica^{5,6}, y se debe a que el punto de rotura es la única zona del esófago recubierta por una fina lámina de pleura⁶.

En el diagnóstico diferencial de la perforación esofágica hay que descartar la atresia de esófago (sialorrea, dificultad respiratoria y/o dificultad en la introducción de la SNG). Se han descrito casos asintomáticos⁹.

El diagnóstico de perforación se hace por la fuga de contraste hidrosoluble a través del esófago en una radiografía de tórax. La utilización de técnicas invasivas, como la endoscopia, es controvertida ya que tiene el gran inconveniente de que puede agravar por sí sola la lesión esofágica⁵.

El diagnóstico debe ser precoz, iniciando un tratamiento médico conservador¹⁰: antibióticos de amplio espectro, drenaje pleural y reposo gástrico con un buen soporte nutricional, reservando la cirugía para las complicaciones. La nutrición puede realizarse por vía parenteral exclusiva o enteral a través de una gastrostomía, en ambas técnicas es similar el intervalo para el inicio de la alimentación oral libre, que debe ser siempre supe-

rior a 10 días. En nuestro caso, alojamos una SNG en el estómago, a modo de tutor. Esta técnica no se ha demostrado indispensable para obtener la cicatrización de la lesión sin estenosis esofágicas⁵.

Queremos concluir aconsejando que, aunque se trate de una patología relativamente poco común, no debemos olvidar su diagnóstico, sobre todo en los recién nacidos prematuros, y que la instauración de un tratamiento conservador es suficiente para permitir la restauración de la lesión sin necesidad de recurrir a la cirugía.

**M. Leyva Carmona^a, M. González-Ripoll Garzón^a,
M.^aA. Llamas Guisado^a y J. Vargas Vallejo^b**

^aServicio de Pediatría. ^bSección de Cirugía Pediátrica. Complejo Hospitalario Torrecárdenas. Almería. España.

Correspondencia: Dr. M. Leyva Carmona.
Avda. Madrid, 1. 04007 Almería. España.
Correo electrónico: moisesleyva@hotmail.com

BIBLIOGRAFÍA

1. Warden HD, Mucha SJ. Esophageal perforation due to trauma in the newborn. Arch Surg 1961;83:35-7.
2. Talbert JL, Rodgers BM, Feldman AH. Traumatic perforation of the hypopharynx in infants. J Thorac Cardiovasc Surg 1977; 74:152-6.
3. Bonnard A, Carricaburu E, Sapin E. Perforation pharyngoesophagienne traumatique du nouveau-né. Arch Pédiatr 1997; 4:737-3.
4. Cairns PA, McClure BG, Halliday HL, McReid M. Unusual site for oesophageal perforation in an extremely low birth weight infant. Eur J Pediatr 1999;158:152-3.
5. Sapin E. Perforations iatrogènes aesophagiennes chez le prémature. Arch Pédiatr 2003;10:374-8.
6. Desorgher G, Bayart M. Perforation spontanée du bas aesophage chez un nouveau-né. Ann Chir Inf 1972;13:17-21.
7. Aaronson IA, Cywes S, Louw JH. Spontaneous esophageal rupture in the newborn. J Pediatr Surg 1976;10:459-66.
8. George S, Harell MD, Gerald W, Friendland MD, William J, Daily MD, et al. Neonatal Boerhaave's syndrome. Radiology 1970;95:665-8.
9. Shah S, Coughtrey H. Asymptomatic oesophageal perforation in a neonate. J Paediatr Child Health 2001;37:523-4.
10. Johnson DE, Foker J, Munson DP, Nelson A, Athinarayanan P, Theodore R, et al. Management of esophageal and pharyngeal perforation in the newborn infant. Pediatrics 1982;70:592-6.