



## Tratamiento Conservador de Heridas de la Hipofaringe \*

P. YUGUEROS, MD, SCC; J.M. SARMIENTO, MD, SCC; A.F. GARCIA, MD, SCC.

**Palabras claves:** Heridas de la hipofaringe, Disfagia, Esofagograma, Esofagoscopia, Laringoscopia, Tratamiento no quirúrgico.

*Se adelantó un trabajo de observación clínica iniciado en 1990 en el Hospital Universitario del Valle, sobre el comportamiento y el subsiguiente tratamiento de las heridas de la hipofaringe, ocasionadas con arma de fuego y arma blanca.*

*El propósito del estudio fue el de demostrar la conveniencia de no operar e instaurar un tratamiento conservador de tales heridas traumáticas de la hipofaringe.*

*La investigación incluyó 68 pacientes con lesiones traumáticas comprobadas de la orohipofaringe y el esófago cervical, de los cuales 49 (72%) fueron tratados quirúrgicamente en forma obligatoria, y 19 (28%) recibieron tratamiento conservador, no quirúrgico, en cuya evolución clínica, como era obvio, hubo mucho menos morbilidad que la observada en el grupo sometido a cirugía.*

*Mediante un completo examen clínico y paraclínico asociado a un juicioso criterio, el cirujano debe ser capaz de discernir sobre cuándo no se debe operar un paciente con este tipo de lesiones cervicales.*

### INTRODUCCION

El tratamiento de las heridas del cuello sigue siendo motivo de controversia. En particular, en las heridas de la hipofaringe aparecen cambios muy importantes dentro de un planteamiento selectivo. Si bien en el pasado la cirugía obligada no admitía discusión (1, 5), en el presente los

informes muestran la seguridad del tratamiento conservador (6, 9).

Actualmente, se ha producido un cambio de actitud con respecto a las heridas penetrantes del cuello en favor del tratamiento selectivo como principio terapéutico (10, 12). Este criterio se ha extendido a las heridas penetrantes de la hipofaringe, lo que configura una tendencia general con respecto a las vísceras cervicales.

El presente estudio tiene como objetivo presentar el comportamiento de los pacientes con heridas de la hipofaringe tratados en forma no operatoria, y analizar los riesgos y complicaciones de esta patología.

### MATERIALES Y METODOS

Se realizó un análisis de todos los pacientes que consultaron con lesión de la orohipofaringe y esófago cervical, al Hospital Universitario del Valle (HUV), en un período de 4 años que se inició en enero de 1990.

Como criterios de inclusión, se escogieron los pacientes mayores de 13 años, con trauma penetrante de orohipofaringe y esófago cervical, y que se trataron al menos por 5 días. Se excluyeron aquellos con lesiones iatrogénicas por instrumentación o intubación o por trauma cerrado. Además, se excluyeron los pacientes en los que no hubo un estudio **comprobatorio** de la lesión, y aquellos con terapéutica combinada dentro de los primeros días de tratamiento.

El tratamiento conservador consiste en suspender la vía oral al ingreso, suministrar antibióticos parenterales (Penicilina-Gentamicina) y colocar una sonda nasogástrica por medio de la cual se alimentan hasta cuando se restablece la vía oral una vez se establece su seguridad de acuerdo con el esofagograma de control. Los pacientes con tratamiento quirúrgico fueron llevados a cirugía tan pronto se identificó la lesión.

Para el diagnóstico de las lesiones se utilizaron los signos clínicos aparentes o la sospecha de lesión, en cuyo caso se practicó un esofagograma con medio hidrosoluble y, en caso de ser negativo, con bario diluido. Además, se realizó

\* Trabajo presentado en el Foro Quirúrgico Colombiano del XX Congreso de la Sociedad Colombiana de Cirugía sobre "Avances en Cirugía" en agosto de 1994, galardonado con el "Primer Premio", en Bogotá, D.C.

Doctores: Patricia Yugueros Izquierdo, Jefe de Residentes; Juan Manuel Sarmiento M., Cirujano de Urgencias; Alberto F. García Marín, Jefe Unidad Cuidado Intensivo Crítico Quirúrgico, Sección de Cirugía General, Fac. de Salud, Hosp. Univ. del Valle, Universidad del Valle, Cali, Colombia.

esofagoscopia y laringoscopia. En algunos casos, la exploración quirúrgica fue el elemento diagnóstico principal. El orden de estos exámenes se realizó de acuerdo con su disponibilidad en el Servicio de Urgencias, apoyados en la sospecha clínica.

La pauta para realizar uno de los dos tipos de tratamiento fue dada por el criterio del grupo tratante, y no correspondió a una asignación aleatoria.

**RESULTADOS**

Se encontraron 68 pacientes con lesiones comprobadas de la orofaringe y del esófago cervical. El rango de edad osciló entre 15 y 55 años, con un promedio de 28. El 96% de la muestra era de sexo masculino.

El mecanismo del trauma se distribuyó así: arma de fuego 42, arma cortopunzante 25 y perdigones 1.

Se presentaron 62 pacientes hemodinámicamente estables, dentro de los cuales se analizaron los signos y síntomas indicativos de lesión. El más frecuente fue la disfagia, observada en 44 de los pacientes evaluados (Tabla 1).

**Tabla 1.** Síntomas y signos de pacientes con lesión de faringe/esófago.

| Sínt. y signos      | Núm. |
|---------------------|------|
| Disfagia            | 44   |
| Hemoptisis          | 13   |
| Enfisema subcutáneo | 13   |
| Dolor cervical      | 9    |
| Disfonía            | 9    |
| Sialorrea           | 7    |
| Saliva por herida   | 5    |
| N=62                |      |

Los 6 pacientes que ingresaron en *shock* fueron llevados a cirugía de inmediato.

En todos los pacientes, un solo método fue suficiente para el diagnóstico de la lesión (Tabla 2).

El segmento más frecuentemente lesionado fue la hipofaringe, seguido del esófago cervical. En 26 pacientes hubo lesión asociada de otros órganos, siendo la tráquea el más afectado entre ellos (Tabla 3).

El tratamiento conservador se realizó en 19 pacientes y el quirúrgico obligado en 49. De acuerdo con el segmento lesionado, el mayor porcentaje de pacientes de tratamiento

**Tabla 2.** Métodos diagnósticos.

| Mét. diag.    | Núm. |
|---------------|------|
| Esofagograma  | 12   |
| Esofagoscopia | 9    |
| Cervicotomía  | 34   |
| Laringoscopia | 13   |
| N= 68         |      |

**Tabla 3.** Organos con lesiones asociadas.

| Lesión asoc.       | Núm. |
|--------------------|------|
| Tráquea            | 19   |
| A. carótida        | 3    |
| V. yugular interna | 6    |
| Médula espinal     | 4    |
| Tiroides           | 1    |
| N= 26              |      |

conservador estuvo entre los heridos de hipofaringe seguidos de los de orofaringe (Tabla 4).

**Tabla 4.** Localización y tratamiento de las lesiones.

| Localiz.      | Cirugía   | Conserv.  | Total     |
|---------------|-----------|-----------|-----------|
| Orofaringe    | 1         | 4         | 5         |
| Hipofaringe   | 30        | 14        | 44        |
| Esófago cerv. | 18        | 1         | 19        |
| <b>Total</b>  | <b>49</b> | <b>19</b> | <b>68</b> |

Dentro de las complicaciones tempranas que se presentaron en los pacientes de tratamiento operatorio, hubo 1 absceso cervical, 1 fístula y 2 con infección de la herida quirúrgica. En el grupo conservador se encontró un absceso en un paciente que se retiró la sonda nasogástrica durante el primer día de tratamiento. (Fue el único que se trató sin la sonda).

Se presentaron varias complicaciones tardías en el grupo de pacientes operados: fístula faríngea en 5 pacientes, 1 con filtración asintomática en el control radiológico, 1 con absceso cervical y 2 con síndrome de Horner. En los del grupo de tratamiento conservador no hubo complicaciones tardías.

Solamente a 23 pacientes se les hizo control con esofagograma después de 2 semanas de tratamiento. El resto de pacientes estaban asintomáticos cuando asistieron a la consulta, lo cual posiblemente los desmotivó para someterse a estudios adicionales.

Llama la atención la incoordinación muscular para la deglución que se presentó en 10 pacientes, todos ellos del grupo operado. Sin embargo, este hecho se mostraba inaparente para la mayoría de ellos, a pesar de evidenciarse broncoaspiración en los estudios radiológicos.

No hubo mortalidad en ninguno de los dos grupos estudiados.

## DISCUSION

Durante los últimos 30 años ha adquirido mayor importancia el tratamiento conservador en las heridas de la hipofaringe (6). En el pasado se aconsejaba la cervicotomía obligatoria en todos los pacientes con heridas penetrantes del cuello, es decir, con penetración del platisma, argumentándose una baja confiabilidad del examen clínico y radiológico y la posibilidad de olvidarse heridas potencialmente fatales. En la actualidad los defensores del manejo selectivo citan la alta incidencia de exploraciones negativas, con su morbilidad asociada (13). En el HUV se ha adoptado esta última política, coincidiendo su experiencia con los razonamientos expuestos por el grupo selectivo.

En las series que evalúan las heridas de hipofaringe y esófago cervical, se destaca la disfagia como uno de los síntomas iniciales asociados con la existencia de lesión (14, 15), coincidiendo con los resultados de la presente serie.

Un estudio que evalúa específicamente la exactitud diagnóstica de los exámenes corrientes en las heridas faringo-esofágicas, destaca la importancia de realizar al menos una endoscopia rígida y un esofagograma para llegar a la confiabilidad diagnóstica necesaria (14). En el presente estudio, un sólo método diagnóstico resultó suficiente para comprobar la existencia de lesión. En pacientes con heridas de orofaringe, la laringoscopia directa o indirecta tiene el mejor costo-efectividad en el diagnóstico. En esta serie no se evaluaron métodos clínicos para hacer selección de pacientes que justificaran mayores estudios, tal como lo propone Ngakane et al (13).

Por su estrecha relación con el tubo digestivo en el cuello, no resulta extraño que la tráquea sea el órgano con mayor riesgo de lesión asociada. Este hallazgo es constante en la literatura (9) como lo fue en el presente estudio. Las otras estructuras vecinas se lesionaron con frecuencia similar entre ellas (Tabla 3).

En algunos textos clásicos de trauma se especifica que el tratamiento no operatorio se reserva para heridas causadas por trauma cerrado y que sean menores de 1 cm (16). No cabe duda de que si la lesión es causada por endoscopia, intubación orotraqueal o cuerpo extraño faringoesofágico,

el uso de la terapia conservadora es mucho más aceptado, como lo muestran diferentes series (1, 17, 23). Su utilización se justifica por el hecho de ser una herida producida desde el interior, con escasa posibilidad de distorsionar la anatomía del cuello y, por ende permitir una fácil cicatrización, debido al flujo retrógrado de secreciones hacia el interior del órgano (15).

Sin embargo, su valor en heridas penetrantes está lejos de ser aceptado. En una búsqueda cuidadosa de la literatura al respecto, se encontraron estudios pequeños de 3 a 4 pacientes, que incluían lesiones de faringe y esófago cervical (9, 13, 24) (Tabla 5). La presente serie es la más numerosa existente en la literatura, de acuerdo con la revisión realizada. La serie de Ngakane et al (13), solamente tiene 4 pacientes con herida demostrada por esofagograma, y el resto tienen examen radiológico normal o no hubo necesidad de éste.

**Tabla 5.** Estudios de tratamiento conservador de lesiones de faringe/esófago.

| Autor               | Organo              | Trat. no quir. |
|---------------------|---------------------|----------------|
| Michel (24)         | Hipofar/Esóf. cerv. | 4 (?)          |
| Mandal (9)          | Hipofar/Esóf. cerv. | 3              |
| Ngakane (13)        | Hipofar/Esóf. cerv. | 4              |
| Yugueros (presente) | Hipofar/Esóf. cerv. | 9              |

En este trabajo se observa una morbilidad aceptable para el grupo no operatorio, al igual que la ausencia de mortalidad. A pesar de encontrar mayor incidencia de complicaciones en los pacientes operados, no se puede inferir que una forma de tratamiento sea superior a la otra. Sin embargo, de acuerdo con los resultados, se concluye que el tratamiento conservador tiene un lugar en la terapéutica de los pacientes con heridas penetrantes de la hipofaringe, y que es una conducta segura dentro del arsenal terapéutico.

Uno de los puntos que merece especial atención es el uso de la sonda nasogástrica con propósitos de alimentación. En los estudios mencionados de tratamiento conservador, se usa la sonda para la descompresión o drenaje gástrico, y se alimenta a los pacientes con base en la nutrición parenteral. Esta política, además de disminuir los costos, ofrece mayor seguridad y menores riesgos en la evolución intrahospitalaria.

El presente informe no es de casos aislados, pues esta terapia ocurre en casi el 30% de la serie, lo que vislumbra un cambio en la actitud quirúrgica inicial.

Las ventajas teóricas que ofrece un tratamiento no operatorio, son: ausencia completa de infección de la herida quirúrgica, mejor resultado estético, menor peligro de complicaciones tipo síndrome de Horner, reducción de los

costos médicos, sociales e individuales de una cervicotomía.

De esta manera, la medicina sigue ofreciendo variaciones estimulantes en el transcurrir del ejercicio profesional, dando como resultado una mejor calidad de atención. En los pacientes con heridas del cuello, de un concepto de cirugía obligatoria, se pasa al de tratamiento selectivo, hasta llegar a uno fundamentado exclusivamente en la clínica como lo sugiere Demetriades y col en un artículo reciente (24). Y aún, si esta aproximación indicara lesión hipofaríngea, podría realizarse un tratamiento sin cirugía, con lo que se disminuyen aún más las posibilidades operatorias de estos pacientes. De esta forma se seguiría elevando la condición del cirujano, al demostrar su juicio en los momentos en que no se debe operar.

## ABSTRACT

*A follow up study of all cases with gunshot or knife injuries to the hypopharynx presented at the University Hospital in Cali from 1990 to 1994 is presented. The purpose of this study was to demonstrate the benefit of alternative conservative management of this type of injuries. We followed 68 patients that presented with proven injuries to the oropharynx or cervical esophagus. Of the total number of cases 49 (72%) were treated surgically and 19 (28%) had a conservative non surgical treatment, this group of patients presented less morbidity. Good clinical judgement and the proper use of diagnostic techniques should be the basis for a proper decision regarding the correct approach to this type of injuries.*

## REFERENCIAS

- Mengoli L R, Klaussen K P: Conservative management of esophageal perforation. Arch Surg 1965; 91: 238-40
- Bladergoen M R, Lowe J E, Postlethwait R W: Diagnosis and recommended management of esophageal perforation and rupture. Ann Thorac Surg 1986; 42: 235-9
- Brown R H Jr, Cohen P S: Nonsurgical management of spontaneous esophageal perforation. JAMA 1978; 240: 140-2
- Wesdorp I C, Bartelsman J F, Huibregtse K, den Hartof Jager F C: Treatment of instrumental esophageal perforation. Gut 1984; 25: 398-404
- Pillay S P, Ward M, Cohen A, Pollard E: Oesophageal ruptures and perforations. A review. Med J Aust 1989; 150: 246-52
- Sanford R D, Narendra R K, Thomas W W, Anthony J M: Conservative medical management of traumatic pharyngoesophageal perforations. Ann Otol Rhinol Laryngol 1992; 101: 209-15
- Lyons S W, Seremetis M G, de Guzmán V C, Peabody J W Jr: Ruptures and perforations of the esophagus: the case for conservative management. Ann Thorac Surg 1978; 25: 346-50
- Keszler, Buzna E: Surgical and conservative management of esophageal perforation. Chest 1981; 80: 158-62
- Mandal A K, Bui H D, Oparah S S: Surgical and nonsurgical treatment of penetrating injuries to the cervical esophagus. Laryngoscope 1983; 93: 801-4
- Merrion R M, Harness J K, Ramsburg S R et al: Selective management of penetrating neck trauma: cost implications. Arch Surg 1981; 116: 91-6
- Sheely C H, Mattox K L, Reul G J et al: Current concepts in the management of penetrating neck trauma. J Trauma 1975; 15: 895-900
- Massac E, Siram S M, Lefall L D: Penetrating neck wounds. Am J Surg 1983; 145: 263-5
- Ngakane H, Muckart D J J, Luvunu F M: Penetrating visceral injuries of the neck: results of a conservative management policy. Br J Surg 1990; 77: 908-10
- Weigelt J A, Thal E R, Snyder W H et al: Diagnosis of penetrating cervical injuries Am J Surg 1985; 154: 619-22
- Flynn A E, Verrier E D, Way L W et al: Esophageal perforation. Arch Surg 1989; 124: 1211-15
- Thal E R: Injuries to the Neck. In: Trauma. Edited by Mattox K L, Moore E E, Feliciano D V. pp. 301-14. Appleton and Lange. Norwalk CT/San Mateo C A. 1988
- Triggiani E, Belsey R: Esophageal trauma: Incidence, Diagnosis and Management. Thorax 1977; 32: 241-9
- Jemerin E E: Results of treatment of perforation of the esophagus. Ann Surg 1948; 128: 971-5
- Mathewson C, Dozier W E, Hamill J P et al: Clinical experiences with perforation of the esophagus. Am J Surg 1962; 104: 257-66
- Annianson G, Hallin O: Perforation of the Esophagus. Acta Otolaryngol 1965; 59: 554-8
- Hardin W J, Hardy J D, Cohn J H: Esophageal perforations. Surg Gynecol Obstet 1967; 124: 325-31
- Young J, Nicoloff D: Management of esophageal perforation. Surgery 1969; 65: 264-8
- Wolloch Y, Zer M, Dintsman M et al: Iatrogenic perforations of the esophagus. Arch Surg 1974; 108: 357-60
- Michel L, Grillo H C, Malt R A: Operative and nonoperative management of esophageal perforations. Ann Surg 1981; 194: 57-63
- Demetriades D, Charalambides D, Lakhoo M: Physical examination and selective conservative management in patients with penetrating injuries to the neck. Br J Surg 1993; 80: 1534-6

## COMENTARIO

**Jaime Escallón. MD, SCC, FACS, FRCSC.**

**Jefe Dpto. de Cirugía, FSFB.**

Se analizan en este trabajo los resultados obtenidos con el tratamiento conservador del trauma de faringe y esófago y

se introducen criterios sobre cuándo es posible indicarlo para obtener mejores resultados, con menor número de complicaciones, comparativamente con los casos tratados con cirugía.

Tiene el mérito de presentar el mayor número de casos informados en la literatura por un mismo grupo de autores.

Cambia un concepto tradicional de tratamiento, basado en el análisis de los resultados obtenidos. No pretende probar que el tratamiento operatorio no sea correcto; por el contrario, sigue siendo la opción en los casos en que hay indicación precisa del mismo. El trabajo sí demuestra que con buen criterio se pueden tratar algunos casos en forma conservadora.

Es este un buen trabajo más del grupo de la Universidad del Valle que ha logrado un excelente seguimiento de los

pacientes y ha sabido aprovechar el gran volumen que acude al servicio de urgencias, con el que ha logrado desarrollar protocolos para mejorar la atención de los pacientes con trauma penetrante.

Las conclusiones expuestas por los autores producen un impacto importante sobre morbilidad y costos pues demuestran los buenos resultados con un enfoque terapéutico menos agresivo, y con utilización más racional de drogas y, sobre todo, con reducción del tiempo de hospitalización.