

**Esofagocele: una complicación de la exclusión bipolar del esófago**

**Sr. Director:** La exclusión bipolar del esófago es un tipo de actuación quirúrgica que se realiza sobre un esófago patológico. Consiste en el cierre del esófago a dos niveles (bipolar) con el fin de excluirlo del tránsito digestivo normal. En algunas ocasiones, se practica con tintes de transitoriedad (corrosiones cáusticas) y, en otras, de paliación (tumores localmente avanzados). Una de las complicaciones que se derivan de este tipo de intervención es la formación de un mucocele esofágico, que es una acumulación de secreciones en el segmento excluido, siempre que éste no sea resecado. Cuando el mucocele crece, puede provocar síntomas compresivos, por lo que es necesario su seguimiento y, cuando haya alcanzado un tamaño considerable, su resección.

Mujer de 54 años de edad que ingresó en nuestro servicio con un cuadro de disnea con estridor. En 1980 fue diagnosticada de cáncer de mama izquierda y tratada mediante mastectomía radical modificada más radioterapia. En 1985 se detectó la presencia de metástasis pleuropulmonares, que fueron tratadas con drenaje pleural más quimioterapia. En 1990 se objetivó la presencia de ascitis por metástasis ováricas y peritoneales. Se realizó cirugía paliativa más quimioterapia de segunda línea y hormonoterapia. En 1991 sufrió un nuevo proceso cancerígeno en la mama derecha que necesitó la realización de mastectomía radical modificada. En 1992 comenzó a padecer un proceso disfágico progresivo que fue atribuido a la radioterapia y que requirió dilataciones neumáticas. En una de éstas, el esófago se perforó. Se intervino a la paciente de urgencia. Se practicaron exclusión bipolar, esofagostomía cervical y yeyunostomía de alimentación. Dos meses después se reconstruyó la zona con gastroplastia retrosternal, anastomosis esofagogástrica cervical y piloroplastia. En el verano de 1995 acudió de nuevo al hospital por un cuadro de disnea y

estridor progresivos de varios meses de evolución. En la exploración física, lo más apreciable era un importante tiraje supraclavicular y un estridor evidente. La analítica rutinaria fue normal. La fibrobroncoscopia demostraba estenosis traqueal extrínseca del tercio superior. Había parálisis de la cuerda vocal izquierda. En la endoscopia digestiva, se apreciaba una compresión extrínseca a unos 18 cm de la arcada dental. En la tomografía axial computarizada (TAC) torácica se observaron cambios posquirúrgicos secundarios a las mastectomías, un estómago retrosternal y una masa de densidad líquida retrotraqueal en todo el trayecto teórico del esófago (fig. 1). Se intervino a la paciente: toracotomía posterolateral derecha. Se observó una dilatación esofágica gigante desde el ápex pulmonar hasta el cardias que se resecó. El examen anatomopatológico de la pieza confirmó la sospecha de que se trataba de un mucocele esofágico. La paciente fue dada de alta a los 10 días. Falleció en 1997 por un proceso metastásico diseminado.

El mucocele esofágico es una de las complicaciones que se deriva de la realización de una exclusión bipolar del esófago<sup>1,2</sup>. Una de las enfermedades más frecuentes que provocan la realización de una exclusión bipolar la constituyen las corrosiones cáusticas, bien en un primer momento porque desarrollen una perforación esofágica, bien en un segundo tiempo por el desarrollo de una perforación iatrógena por dilataciones para el tratamiento de una estenosis cicatricial<sup>3</sup>. Otra causa frecuente es la presencia de tumores esofágicos localmente avanzados en los que dicha intervención tendría una función paliativa para que el paciente pueda al menos deglutir<sup>4,5</sup>. En este caso, se haría una restauración del tránsito digestivo mediante una gastroplastia o coloplastia. Una vez realizada la exclusión esofágica, se debe controlar a este tipo de pacientes, ya que el segmento excluido puede rellenarse de contenido, aumentar de tamaño y llegar a provocar síntomas compresivos. Algunos autores aconsejan su resección cuando alcanzan los 5 cm de diámetro<sup>2</sup>. En nuestro caso, la enferma fue ingresada en nuestro servicio con un cuadro de estridor, que inicialmente fue estudiado por el servicio de

neumología. Tras la realización de la TAC –en la que se evidenció que todos los síntomas provenían de la misma fuente: un mucocele esofágico–, fue trasladada a nuestro servicio, donde se intervino a la paciente para la resección esofágica. El postoperatorio cursó sin problemas y la paciente fue dada de alta.

**A. Morcillo Aixelá, V. Calvo Medina y A. García Zarza**  
Servicio de Cirugía Torácica. Hospital La Fe. Valencia.

1. Kamath MV, Ellison RG, Rubin JW, Moore HV, Pai GP. Esophageal mucocele: a complication of blind loop esophagus. *Ann Thorac Surg* 1987; 3: 263-269.
2. Chambon JP, Robert Y, Remy J, Ribet M. Esophageal mucoceles complicating double exclusion of the esophagus after ingestion of caustics. *Ann Radiol* 1990; 33: 4-5, 270-276.
3. Mannell A, Epstein B. Exclusion of the esophagus: is this a dangerous manouvre? *Br J Surg* 1984; 71: 442-445.
4. Ribet M, Chambon JP, Pruvot FR. Oesophagectomy for severe corrosive injuries: is it always legitimate? *Eur J Cardiothorac Surg* 1990; 4: 347-349.
5. Forni E, Zadra F, Clerico D, Spelzini E, Lo Monaco G, Bordoni P. Retrosternal gastric bypass in the palliative treatment of advanced carcinoma of the thoracic esophagus. *Chir Ital* 1984; 36: 760-772.

**Neumonía eosinófila crónica cavitada con IgE sérica elevada. ¿Es posible su diferenciación con la vasculitis de Churg-Strauss?**

**Sr. Director:** De entre las diversas causas de eosinofilia pulmonar, la neumonía eosinófila crónica (NEC) y la vasculitis de Churg-Strauss (VCS) son las enfermedades que pueden plantear mayor dificultad en su diagnóstico diferencial, debido a la existencia de un posible solapamiento entre ambas<sup>1,2</sup>. Aunque de forma esporádica, este hecho es actualmente motivo de debate y, por ello, consideramos oportuno comunicar el caso clínico de una NEC caracterizada por una infrecuente cavitación pulmonar y por un excepcional incremento de la IgE sérica. Al observar que el paciente cumplía criterios diagnósticos tanto de NEC como de VCS<sup>3,4</sup>, revisamos la bibliografía al respecto, con el fin de aclarar las características clínicas de ambos procesos.

Paciente varón de 65 años afectado de diabetes mellitus, que ingresó por presentar tos con expectoración mucopurulenta, disnea de esfuerzo progresiva y síndrome constitucional de un mes de evolución. En el examen físico destacaron una intensa afectación del estado general con presión arterial (PA) de 120/65, frecuencia cardíaca (FC) de 100 latidos/min, frecuencia respiratoria (FR) de 24 respiraciones/min, temperatura axilar de 38,5 °C y broncospasmo generalizado en la auscultación respiratoria. El hemograma demostró 20.100 leucocitos/mm<sup>3</sup> con un 63% de eosinófilos y una velocidad de sedimentación



**Fig. 1. Proyección de TAC en la articulación esternoclavicular. Compresión traqueal importante. Masa en el trayecto teórico del esófago de contenido líquido.**