CIR ESP. 2017;95(Espec Congr):322

Cirugía Española

www.elsevier.es/cirugia

P-154 - PERFORACIÓN ESOFÁGICA ESPONTÁNEA TRAS MÚLTIPLES VÓMITOS ALIMENTICIOS

Maderuelo García, Victoria María; Labarga Rodríguez, Fernando; Castrillo Arconada, Julio Enrique; Castañera González, Ramón; San José Santamarta, Henar; Suero Rodríguez, Carlenny Adelaida; Gálvez Doménech, Patricia; Álvarez Conde, José Luis

Complejo Asistencial de Palencia, Palencia.

Resumen

Introducción: La perforación esofágica es una entidad clínica cuya resolución constituye un desafío. Su diagnóstico puede pasar desapercibido y su manejo debe de ser el adecuado en función del estado general del paciente, los días de evolución, localización y la posible existencia de otras patologías esofágicas. La etiología más frecuente es la perforación iatrogénica, con más del 50% de los casos. La segunda causa más frecuente es la rotura espontánea o síndrome de Boerhaave: sucede por un mecanismo de barotrauma tras vómitos forzados y arcadas. Se produce un aumento rápido de la presión intraabdominal que se transmite al esófago torácico ya que se produce mientras el esfínter esofágico superior se encuentra contraído. Otras causas son los traumatismos cerrados o penetrantes, la ingesta de cuerpos extraños o cáusticos, tras intubación orotraqueal difícil o durante la cirugía del tiroides.

Caso clínico: Se trata de un paciente de 63 años, sin antecedentes personales de interés salvo SAHS con CPAP nocturna, que acude a urgencias por presentar dolor epigástrico intenso, de inicio súbito después de múltiples vómitos alimenticios tras la cena del día previo al ingreso. Asocia disnea. Afebril, sin otra sintomatología. Se realiza TAC toraco-abdominal de urgencia en el que se objetiva perforación de la unión esófago-gástrica con colección subfrénica y mediastínica izquierda. Ante dichos hallazgos se decide intervención quirúrgica urgente, encontrando abundante contenido purulento a nivel de ambos pilares diafragmáticos y perforación de 1,5 cm en el esófago distal, en su cara posterolateral izquierda. Se realiza gastroscopia durante la intervención, visualizando a 43 cm de la arcada dentaria dicha perforación y con colocación de prótesis esofágica metálica cubierta. Se colocan dos drenajes paraesofágicos. El postoperatorio cursa en la UCI, con antibioterapia de amplio espectro y antifúngicos, sin precisar drogas vasoactivas. Fue extubado al 4º día postoperatorio, precisando de drenaje de derrame pleural en hemitórax izquierdo en 2 ocasiones. Se realizó ecografía torácica visualizando derrame con trabéculas, siendo trasladado por empiema pleural izquierdo al Servicio de Cirugía Torácica de referencia, donde permaneció hasta resolución del cuadro. 2 meses después de la intervención, se le retiró la prótesis esofágica de forma satisfactoria y sin incidencias.

Discusión: El síndrome de Boerhaave representa la perforación esofágica con peor pronóstico, con una mortalidad entre el 20 y el 75%. Ante el corto tiempo de evolución, la localización distal de la

perforación, contaminación mínima y la estabilidad hemodinámica del paciente, se decidió manejo conservador con resultados satisfactorios.

0009-739X © 2017 AEC. Publicado por Elsevier España, S.L.U. Todos los derechos reservados