CIR ESP. 2016;94(Espec Congr):504

Cirugía Española

www.elsevier.es/cirugia

P-131 - ESTALLIDO ESOFÁGICO POR SÍNDROME DE BOERHAAVE

Roldán Villavicencio, Javier Ismael; Álvarez Abad, Irene; Sarriugarte Lasarte, Aingeru; Servide Staffolani, María José; Calle Baraja, Miguel; Oleagoitia Cilaurre, Jesús María; Santidrián Martínez, José Ignacio; Colina Alonso, Alberto

Hospital de Cruces, Bizkaia.

Resumen

Objetivos: La perforación esofágica tras vómitos incoercibles o síndrome de Boerhaave es una patología infrecuente (8-15%) que representa un cuadro clínico devastador que alcanza una mortalidad de hasta 20%, lo que convierte su manejo en un reto para el cirujano, dado que un tratamiento enérgico y precoz es determinante para el pronóstico del paciente. El objetivo es presentar un caso clínico representativo del diagnóstico y manejo de las perforaciones esofágicas aportando iconografía muy ilustrativa.

Caso clínico: Presentamos el caso de un varón de 54 años, con antecedentes de asma moderado-severo en tratamiento, que acudió al servicio de urgencias por dolor torácico súbito e intenso de 2-3 horas, localizado en ambos hemitórax inferiores e irradiado hacia región interescapular que inició tras un episodio de vómitos incoercibles después de una comida copiosa. En la exploración física se evidenciaba taquipnea, sudoración, taquicardia (150 lpm), afectación general y leve desaturación ($SatO_2$ 90%), así como hipoventilación en bases pulmonares. En el análisis de sangre destacó un aumento de reactantes de fase aguda, datos de coagulopatía e hipoxemia. Se realizó una TAC toraco-abdominal con contraste oral, evidenciándose perforación en tercio inferior de esófago (6 cm) con extravasación masiva de contraste, neumomediastino posterior, reticulación de la grasa mediastínica, derrame pleural bilateral y enfisema subcutáneo. Dado que se trataba de un paciente con datos de sepsis grave y perforación esofágica en tercio inferior esofágico se decidió intervención quirúrgica urgente, eligiendo la vía transhiatal por el antecedente de neumopatía y localización en tercio inferior de la perforación. Se confirmó el diagnóstico de perforación esofágica de 5-6 cm en tercio inferior del mismo y datos de mediastinitis; realizándose lavado, desbridamiento y drenaje mediastínico, esofaguectomía transhiatal más gastroplastia con anastomosis cervical, colocación de drenajes torácicos y catéter de alimentación enteral (yeyunocath). El postoperatorio inmediato transcurrió en la unidad de reanimación donde cursó con una infección respiratoria por *Pseudomonas aeuruginosa*, tras lo cual continuó su recuperación funcional en planta presentando una evolución favorable, tolerando dieta oral tras comprobación de integridad de la anastomosis y la gastroplastia mediante esofagograma.

Discusión: Aun después de décadas de avance tecnológico e innovación quirúrgica, el diagnóstico precoz de una perforación esofágica continúa siendo un reto para el cirujano y las diferentes opciones terapéuticas, controvertidas. Tras el análisis del caso clínico y revisión de la literatura,

consideramos que es importante resaltar que los principios primarios del tratamiento integral son, un diagnóstico precoz, estabilización y optimización del estado hemodinámico del paciente, antibioterapia de amplio espectro y valoración de una intervención quirúrgica temprana. La reparación quirúrgica temprana, con o sin refuerzo, es el tratamiento que conlleva mejores resultados llegando a reducir la mortalidad de 50% a 70% en comparación con tratamientos menos invasivos. Dado el estado de nuestro paciente y los hallazgos clínico-radiológicos creemos que, el tratamiento quirúrgico precoz y drenaje mediastínico asumiendo el riesgo y la alta morbi-mortalidad que conlleva dicha actuación; resultan determinantes en el pronóstico de este tipo de pacientes.

See front matter © 2016 Elsevier España, S.L. Todos los derechos reservados