



P-188 - TRATAMIENTO MÉDICO CONSERVADOR EN EL SÍNDROME DE BOERHAAVE

Y.A. Martínez Mateo, E. Carretero Balsera, J.M. Mateos Rodríguez, B. Durán Meléndez, M.I. Manzano Martín, L. Rodrigo Hernanz y R. Robles Fraguas

Hospital San Pedro de Alcántara, Cáceres.

Resumen

Introducción: El síndrome de Boerhaave o rotura espontánea del esófago es una causa poco frecuente pero muy grave de perforación esofágica. El tratamiento del mismo dependerá de la edad Y situación clínica del paciente, de la presencia de patología esofágica asociada, de la localización y tipo de la perforación y del tiempo transcurrido de la misma. Tras valorar todos estos parámetros se decidirá si el tratamiento conservador es posible o si debe realizarse tratamiento quirúrgico.

Caso clínico: Presentamos el caso de un varón de 55años, que acude a urgencias de un hospital de tercer nivel por cuadro de dolor torácico derecho de 3días de evolución que apareció tras cuadro de vómitos y que ha ido en aumento. El paciente ha mantenido actividad normal con dieta blanda tras el cuadro de vómitos y refiere aumento del dolor tras las mismas. Presenta fiebre de 38,5 °C sin otra sintomatología asociada. En la exploración física destaca T^a: 38,7 °C, hipoventilación en base de tórax derecho, leve taquicardia y saturación de oxígeno del 90%. Hemograma: leucocitosis con neutrofilia y marcadores inflamatorios elevados. Radiografía de tórax: derrame pleural derecho de importante cuantía. Se realiza toracocentesis obteniéndose material purulento y ante el diagnóstico de empiema se coloca tubo de tórax para drenaje del mismo. Ante la sospecha de perforación esofágica dado el antecedente de los vómitos y la ausencia de condensación parenquimatosa clara se solicita una tomografía computarizada toraco-abdominal con contraste oral que demuestra una extravasación del contraste a nivel de esófago medio hacia el hemitórax derecho. En este momento se plantea qué tratamiento sería el más adecuado para el paciente: quirúrgico o médico conservador. Dado que el paciente permanece hemodinámicamente estable, a pesar de llevar 3 días de evolución, sin presentar signos de shock séptico, objetivando que no existen signos de mediastinitis se consulta con Servicio de Endoscopia para colocación de prótesis esofágica que consideran factible. Se decide tratamiento médico conservador con nutrición parenteral, antibioterapia de amplio espectro, analgésicos, tubo de tórax de drenaje y colocación de prótesis esofágica. En el momento de la colocación de la prótesis se objetiva que el tamaño de la perforación es de aproximadamente 5 cm. Desde las 48 horas tras la implantación de la prótesis el paciente permanece afebril. A la semana se realiza control con tránsito esofagogastrico y se objetiva la no existencia de fuga de contraste en ese momento. A las 3 semanas se retira la prótesis esofágica comprobándose disminución de la perforación, se refrescan los bordes de la misma y se coloca una nueva prótesis otras 3 semanas, que en el momento actual no se ha retirado. El paciente permanece afebril, hemodinámicamente estable. El empiema ha disminuido, pero no ha desaparecido, probablemente por tratarse de un empiema tabicado y actualmente en tratamiento con uroquinasa.

Discusión: El tratamiento conservador en el síndrome de Boerhaave es un tratamiento factible y con buenos resultados pero debe valorarse individualmente cada caso. Nosotros lo recomendamos en pacientes hemodinámicamente estables, sin signos de shock séptico, sin mediastinitis y con perforación contenida.