CIR ESP. 2020;98(Espec Congr 1):171

Cirugía Española

www.elsevier.es/cirugia

V-064 - SÍNDROME DE BOERHAAVE: ABORDAJE LAPAROSCÓPICO.

Fernández Fernández, Estefanía; Parada González, Purificación; Lesquereux Martínez, Lucía; Medina López, Inma; Montenegro Romero, Ricardo; Bustamante Montalvo, Manuel

Hospital Clínico Universitario de Santiago de Compostela, Santiago de Compostela.

Resumen

Introducción: El síndrome de Boeerhave o perforación espontánea del esófago es una entidad poco frecuente asociada a una elevada morbimortalidad (entre un 20 y un 40% según las series). La lesión consiste en un desgarro longitudinal de unos 3-6 cm de longitud, localizado en la mayor parte de los casos en el tercio inferior del esófago y generalmente en la zona posterolateral izquierda. Se produce por un aumento brusco de la presión intraluminal en el esófago que se transmite desde el estómago, casi siempre como consecuencia de los esfuerzos por vómitos violentos que coincide con la contracción del músculo cricofaríngeo. Raramente puede suceder después de otras maniobras como la tos, esfuerzos de defecación o parto, maniobras de Valsalva... Pueden ser factores predisponentes una pared esofágica de baja resistencia y las estenosis esofágicas funcionales u orgánicas que evitan que la hiperpresión se transmita libremente hacia la faringe convirtiendo el esófago en una cámara cerrada. Los síntomas son variables (la clásica triada diagnóstica de Mackler con vómitos, dolor torácico y enfisema subcutáneo se presenta raramente) y el diagnóstico puede suponer un desafío. El diagnóstico diferencial incluye otros trastornos cardiorrespiratorios como infarto de miocardio, neumotórax espontáneo, pericarditis y neumonía. El pronóstico depende en gran medida del reconocimiento e intervención precoz. El tratamiento conservador se reserva para las perforaciones contenidas.

Caso clínico: Varón de 48 años de edad sin antecedentes de interés salvo dependencia enólica que acude a Urgencias por dolor dorsal de inicio súbito tras episodio intenso de vómitos en domicilio. Se realiza un angio TC torácico que muestra neumomediastino de localización periesofágica por lo que se completa el estudio con contraste oral evidenciando extravasación de contraste secundaria a perforación a nivel del tercio inferior del esófago. Dada la estabilidad clínica y diagnóstico precoz, se realizó abordaje laparoscópico transhiatal identificando la perforación y realizando sutura primaria, plastia con fundus gástrico y drenaje. La evolución del paciente fue satisfactoria destacando únicamente pico febril en relación con bacteriemia por catéter central. En el quinto día postoperatorio se realiza estudio esófago gastroduodenal que muestra adecuado vaciamiento y descarta fuga de contraste, por lo que se reinicia la alimentación por vía oral siendo alta hospitalaria sin otras complicaciones inmediatas.

Discusión: El tratamiento y la vía de abordaje en las perforaciones esofágicas depende del tipo de perforación, extensión de la misma, tiempo de evolución, viabilidad del tejido esofágico y localización de la perforación. Aunque el abordaje quirúrgico estándar es por toracotomía o

toracoscopia, las perforaciones espontáneas suelen estar próximas a la unión esofagogástrica por lo que algunos casos diagnosticados precozmente, sin contaminación pleural, se pueden resolver mediante acceso abdominal por laparoscopia o laparotomía dependiendo de las condiciones y la experiencia del cirujano.

0009-739X © 2020 AEC. Publicado por Elsevier España, S.L.U. Todos los derechos reservados