



V-063 - SÍNDROME DE BOERHAAVE. REPARACIÓN LAPAROSCÓPICA DE PERFORACIÓN ESOFÁGICA ESPONTÁNEA.

Menéndez Jiménez de Zadava Lissón, Miriam; Álvarez Sarrado, Eduardo; Mingol, Fernando; Bruna Esteban, Marcos; Vaqué Urbaneja, Javier; Navasquillo Tamarit, Mireia; Hurtado Pardo, Luis; García-Granero Ximénez, Eduardo

Hospital Universitario La Fe, Valencia.

Resumen

Introducción: El síndrome de Boerhaave es una perforación transmural del esófago, frecuentemente asociada al vómito o a alguna situación que desencadena un aumento brusco de la presión intrabdominal. Dicha perforación suele producirse en la zona postero-lateral izquierda del tercio inferior esofágico 2 o 3 cm cranealmente a la unión esofagogástrica. Aunque es relativamente raro suele asociar un alto índice de mortalidad (35%).

Caso clínico: Varón de 43 años, con antecedentes de asma y en estudio por episodios de impactación esofágica que habían precisado extracción del bolo de alimento y dilatación endoscópica, que consultó por nuevo episodio de sialorrea, intolerancia oral y vómitos con restos hemáticos. Presentaba taquipnea y dolor pleurítico costal izquierdo, taquicardia, tensión arterial mantenida y saturación de oxígeno del 93%. Analíticamente se evidenciaba una elevación de los reactantes de fase aguda y la gasometría arterial mostraba hipoxemia con pH normal. La tomografía toraco-abdominal evidenció una perforación en el tercio distal del esófago asociada a derrame pleural bilateral e hidroneumotórax izquierdo. Ante dicha situación clínica se decidió intervención quirúrgica urgente mediante un abordaje abdominal laparoscópico. Se colocó un trócar Hasson a nivel umbilical, dos trocares de 12 mm en ambos hipocondrios y 2 de 5 mm en ambos flancos. Tras la liberación del hiato esofágico y la disección cuidadosa del esófago distal se objetivó una perforación de 2 cm de diámetro a nivel posterolateral izquierdo 3 cm por encima de la unión esofagogástrica, con salida de material alimenticio. Con ayuda de una endoscopia intraoperatoria se consiguió la desimpactación del bolo, no evidenciándose otras lesiones a nivel intraluminal. Tras realizar una adecuada identificación y limpieza de los bordes de la perforación se procedió al cierre primario de la misma con puntos sueltos transmurales de seda 2-0. Debido a los antecedentes de impactaciones de repetición se decidió asociar una miotomía de Heller con una funduplicatura parcial anterior tipo Dor, que cubría además la zona de la perforación. Se realizaron lavados abundantes del mediastino y de la zona de la perforación, procediendo al cierre de los pilares diafrágmáticos y a la colocación de un drenaje aspirativo tipo Jackson-Pratt transhiatal alojado en mediastino y otro drenaje pleural en la cavidad pleural izquierda. Durante el postoperatorio el paciente permaneció 10 días en la Unidad de Reanimación debido a un cuadro de insuficiencia respiratoria y un empiema pleural izquierdo que precisó la colocación de otro drenaje y tratamiento con urokinasa. Tras 17 días de ingreso hospitalario fue dado de alta, aunque requirió nuevo ingreso hospitalario para manejo con drenaje y antibioterapia de un empiema pleural y neumonía necrotizante abscesificada. A los 6 meses de la intervención el paciente se encuentra asintomático con una tolerancia oral completa y una resolución del proceso pulmonar.

Discusión: El abordaje abdominal laparoscópico permite realizar con seguridad la reparación quirúrgica de una perforación esofágica localizada en su parte distal próxima al cardias. El tratamiento del síndrome de Boerhaave precisa un abordaje multidisciplinar con el fin de disminuir la alta morbimortalidad a la que suele asociarse.