



P-117 - SÍNDROME DE BOERHAAVE. DESCRIPCIÓN DE SU RELACIÓN CAUSAL INSÓLITA CON LA PINZA AORTOMESENTÉRICA Y MANEJO QUIRÚRGICO

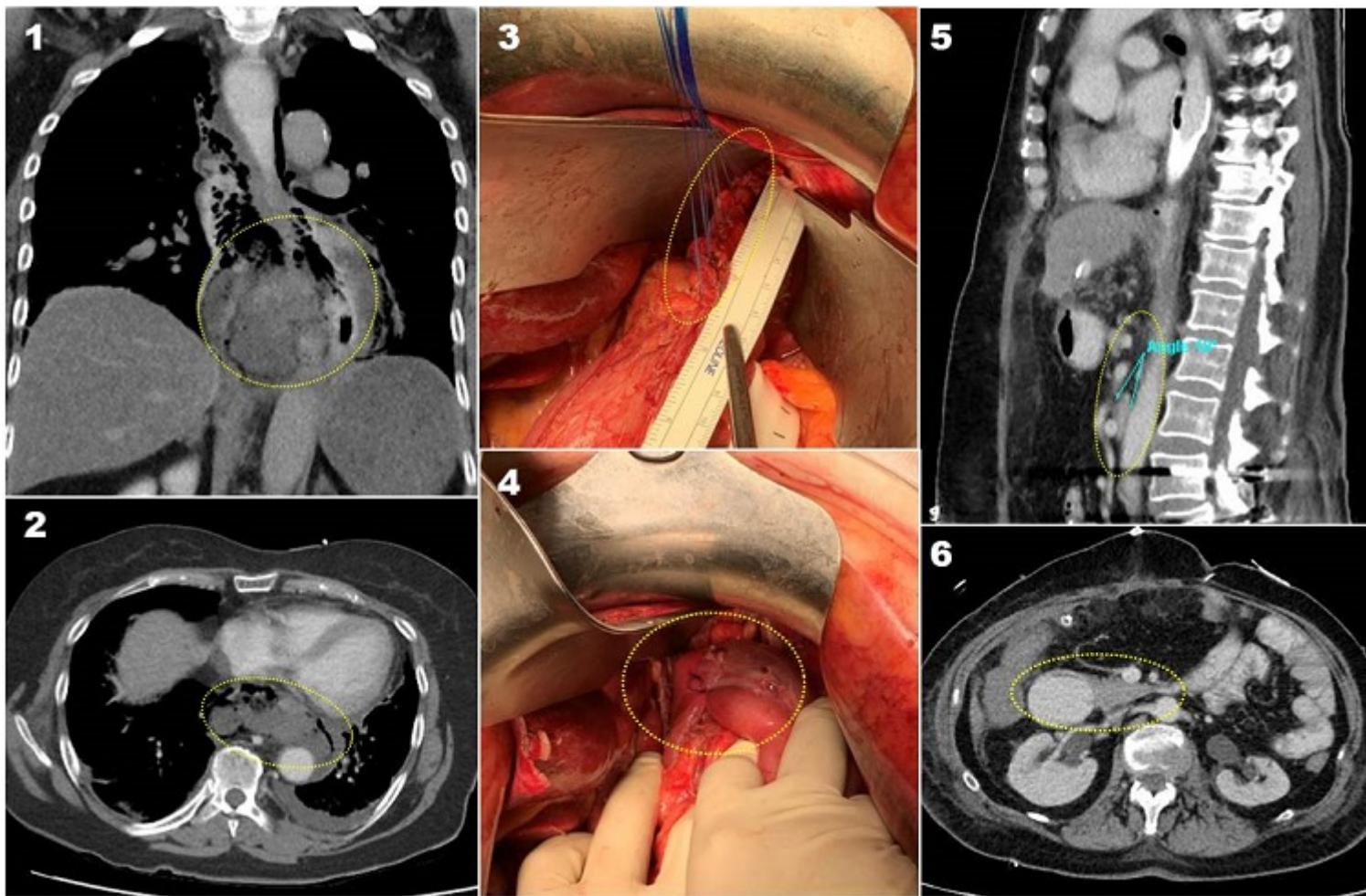
García Gil, José Manuel; de la Plaza Llamas, Roberto; Medina Velasco, Aníbal Armando; González Sierra, Begoña; Díaz Candelas, Daniel Alejandro; Picardo Gomendio, María Dolores; Gemio del Rey, Ignacio Antonio; García Amador, Cristina

Hospital Universitario de Guadalajara, Guadalajara.

Resumen

Introducción: El síndrome de Boerhaave es una emergencia quirúrgica infrecuente y se define como la perforación longitudinal del esófago torácico distal, debida a la hipertensión intraluminal típicamente causada por vómitos vigorosos y puede asociarse a una estenosis patológica preexistente mecánica o funcional.

Caso clínico: Mujer de 60 años con el antecedente de ingesta de cáusticos en la infancia, que precisó gastrostomía y dilataciones endoscópicas periódicas por estenosis esofágica, suspendidas voluntariamente años después, presentando de forma habitual disfagia baja y plenitud. Acude a Urgencias porque después de una transgresión de su dieta habitual sin sólidos, presenta vómito alimentario aislado y súbitamente dolor epigástrico transfixivo grave. A su llegada SatO₂ 90%, FR 22 rpm, PA 121/82 mmHg, FC 100 lpm y semiología de abdomen agudo. Analítica: 8.700 leucocitos, Hb 13,7 g/dl, creatinina 1,39, PCR 3,1, pH 7,4 y láctico 3,1. TAC toracoabdominal con gastrografín (figs.): Rodeando el esófago y ocupando el mediastino medio colección con abundantes burbujas de gas, de 10 × 15 cm, que desplaza anteriormente las estructuras mediastínicas y extravasación de contraste oral, compatible con mediastinitis por perforación esofágica. Importante distensión gástrica. La paciente es intubada, se realiza drenaje percutáneo de la colección mediastínica y gastroscopia con inserción de sonda orogástrica, que confirma perforación de 3 a 39 cm de arcada dentaria. Ingresa en UCI y es intervenida 8 horas después. LPMSeIU. Desgarro esofágico completo posterolateral izquierdo de unos 5 cm desde unión cardioesofágica en dirección proximal. Colección mediastínica cuantificada en 750 cc de contenido sólido alimenticio, fibrina y esfacelos. Lavado exhaustivo, liberación del esófago hasta venas pulmonares, identificando el vértice proximal del desgarro, desbridamiento de sus bordes y sutura biplano con puntos simples. Inserción endoscópica asistida manualmente de prótesis totalmente cubierta 20 × 1.000 mm. Funduplicatura Floppy-Nissen sobre la sutura esofágica y yeyunostomía de alimentación fijada a pared a 20 cm del Treitz. Drenajes mediastínicos y pleural izquierdo. En UCI se drena derrame pleural derecho persistente inicialmente con tubo endotorácico y finalmente con catéter ecoguiado. Tolera la NE por catéter de yeyunostomía, pero presenta débito biliar en torno a 1.000 cc diarios por SNG con el hallazgo en TAC de dilatación hasta segunda rodilla duodenal, con valores medidos del ángulo y distancia aortomesentérica de 22° y 6 mm respectivamente, compatibles con síndrome de Wilkie o de AMS, sospecha confirmada con eco-Doppler visceral. Se pautan prokinéticos e inicia tolerancia oral el 15º día postoperatorio al subir a planta. Ausencia de fuga de contraste en los controles por TAC sucesivos. En endoscopia del día 35 postoperatorio se retira la prótesis y se sustituye por otra totalmente recubierta de 23 × 125 mm al observarse orificio fistuloso de 12 mm a 33 cm. La paciente recibe el alta hospitalaria 48 horas después, pendiente de nuevo control.



Discusión: En el contexto de una ingestión excesiva, la dilatación proximal a la compresión de la tercera porción duodenal por la pinza aortomesentérica bien pudo desencadenar los vómitos e hipertensión sobre un esófago susceptible a la rotura por la causticación previa.