



V-103 - BOERHAAVE: TRATAMIENTO LAPAROSCÓPICO

Aranzana Gómez, Aurelio Francisco; López Pardo, Rafael; Trinidad Borrás, Anna; Tébar Zamora, Aída; Hernández Gutiérrez, Jara
Hospital Virgen de la Salud, Toledo.

Resumen

Introducción: El síndrome de Boerhaave es la perforación esofágica como consecuencia de un vómito violento. Fue descrito por primera vez en 1724 por Herman Boerhaave. Presenta un alto índice de mortalidad (35%). Es considerada como la más letal de todas las perforaciones del tracto digestivo. Los síntomas son vómitos, dolor torácico y enfisema subcutáneo cervical. La perforación se localiza casi siempre en el lado izquierdo del tercio inferior esofágico a 2 o 3 cm de la unión esófago-gástrica. Sin embargo, rara vez esta tríada se presenta completa y a menudo el único síntoma es el dolor abdominal. Se han propuesto muchos tipos de tratamiento para esta enfermedad, desde un manejo no quirúrgico (criterios de Cameron) a la esofagectomía. La aparición de la cirugía mínima invasiva y de otras técnicas endoscópicas, ha aumentado el espectro terapéutico posible. Objetivo: demostrar la seguridad y eficacia del abordaje mínimamente invasivo en pacientes con patología esofágica compleja. Presentamos un paciente que pudo beneficiarse de la cirugía laparoscópica para superar esta seria enfermedad.

Caso clínico: Paciente varón de 58 años, AP: fumador y enolismo hasta marzo de 2020. Enfisema paraseptal con bullas en LLSS, Hernia de hiato, que tras haber comido normalmente presenta, malestar abdominal y vómito con posterior dolor torácico. Acude a Urgencias donde se interpreta la clínica como síndrome coronario agudo, siendo tratado con dosis de carga con doble antiagregación. Tras realización de TAC se encuentran hallazgos sugestivos de perforación esofágica en tercio distal, neumomediastino e hidroneumotórax izquierdo, compatible con síndrome de Boerhaave. Debido a las dosis de antiagregación administradas se decide intervenir como urgencia diferida. Es trasladado a quirófano 7h después del ingreso, con colocación de DET izquierdo y cobertura antibiótica. Se exponen las pruebas complementarias de interés. Intervención: Abordaje laparoscópico completo, 5 trocares: hernia de hiato por deslizamiento, no contaminación peritoneal, perforación de esófago inferior en vertiente posterolateral izquierda con desgarro longitudinal mucoso de 3 cm, apertura del diafragma vía Pinotti, disección del hiato y mediastínica extendida circumferencial hasta la vena pulmonar, no se identifica tumoración ni estenosis, mediastinitis fibrinopurulenta grave con restos alimentarios, miotomía proximal y distal a la perforación, incluyendo fibras oblicuas distales al EII, exponiendo toda la perforación mucosa, sutura continua con barbada 2,0, miorrafia como segundo plano con puntos sueltos de vicryl 3,0, apertura completa de la pleura izquierda, decorticación parcial, lavado abundante. Comprobación con azul de metileno de la ausencia de fugas, funduplicatura anterior tipo DOR- parche fúnido de THAL e hiatorrafia anterior, yeyunostomía y drenaje mediastínico. Postoperatorio con derrame pleural con cultivos: *Rothia mucilaginosa* y *Paenibacillus* spp., que precisa varios drenajes radiológicos para su resolución con control Rx sin fuga con buen paso.

Discusión: La gravedad del síndrome de Boerhaave depende del tiempo desde que se produce hasta que se diagnostica. Las opciones terapéuticas incluyen manejo médico, endoscópico y quirúrgico. Es muy

importante su conocimiento para un adecuado manejo ya que se trata de una enfermedad con una incidencia muy baja pero con alta mortalidad. La cirugía laparoscópica pudo ser utilizada, de forma eficiente y eficaz para este paciente, que se benefició, sin duda, del uso de esta mínima invasión. El tratamiento va encaminado principalmente a la prevención de la mediastinitis, siendo la reparación quirúrgica el tratamiento definitivo.