



www.elsevier.es/cirugia

P-164 - SÍNDROME DE BOERHAAVE: PERFORACIÓN ESOFÁGICA POCO FRECUENTE

Hernández García, Miguel; Serrano del Moral, Ángel; Pérez Viejo, Estibalitz; Carrión Álvarez, Lucía; Martínez Torres, Beatriz; Rihuete Caro, Cristina; López Fernández, Pedro; Pereira Pérez, Fernando

Hospital de Fuenlabrada, Fuenlabrada.

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. Su incidencia se estima en 3,1 por 1.000.000 habitantes por año. 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. En general no se observa hematemesis después de la ruptura esofágica lo que permite diferenciar este síndrome del desgarro de Mallory-Weiss.

Caso clínico: Presentamos el caso de un varón de 45 años, con antecedentes de hernia de hiato y en tratamiento con IBP, que acude al servicio de urgencias en situación crítica con inestabilidad hemodinámica presentando dolor torácico opresivo irradiado a región interescapular de 24 horas de evolución tras episodio de vómitos abundantes en las últimas 24 horas y disnea. Tras resucitación con volumen se realiza angioTC ante sospecha de TEP masivo, objetivando derrame pleural bilateral masivo, motivo por el cual se avisa a cirugía. Se colocan tubos de tórax bilateral y ante la salida de contenido gástrico (más de 1 litro por cada drenaje) se realiza endoscopia urgente en quirófano visualizándose dos perforaciones esofágicas distales. Se coloca SNY de doble luz y se realiza laparotomía exploradora urgente. Se observa salida de contenido gástrico por el hiato. Tras liberación del esófago distal se aprecian dos perforaciones sin tumor subyacente ni otros hallazgos sobre la cara lateral derecha del esófago: una de $0,5 \times 1$ cm a 5 cm del hiato y otra de 1×1 cm a 7 cm del hiato. Se colocan dos drenajes transhiatales en mediastino a ambos lados del esófago-flanco izquierdo-FII. Gastrostomía sobre curvadura menor gástrica en cuerpo-flanco izquierdo. Esofagostomía cervical lateral izquierda sobre varilla. Postoperatorio prolongado en UCI durante 49 días con mediastinitis y necesidad de traqueostomía. El 41 día postoperatorio se coloca endoprótesis que es retirada 28 días después. Se comprueba ausencia de fuga esofágica mediante tránsito esofágico por lo que se procede a reconstruir el tránsito mediante cierre del esofagostoma por vía cervical tres meses después de la cirugía. Posterior inicio de tolerancia sin incidencias, se ha retirado la gastrostomía y tolera dieta túrmix.

Discusión: La gravedad del síndrome de Boerhaave depende del tiempo desde que se produce hasta que se diagnostica. Las opciones de tratamiento 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.