



P-193 - SERIE DE CASOS DE SÍNDROME DE BOERHAAVE: MANEJO TERAPÉUTICO EN HOSPITAL COMARCAL

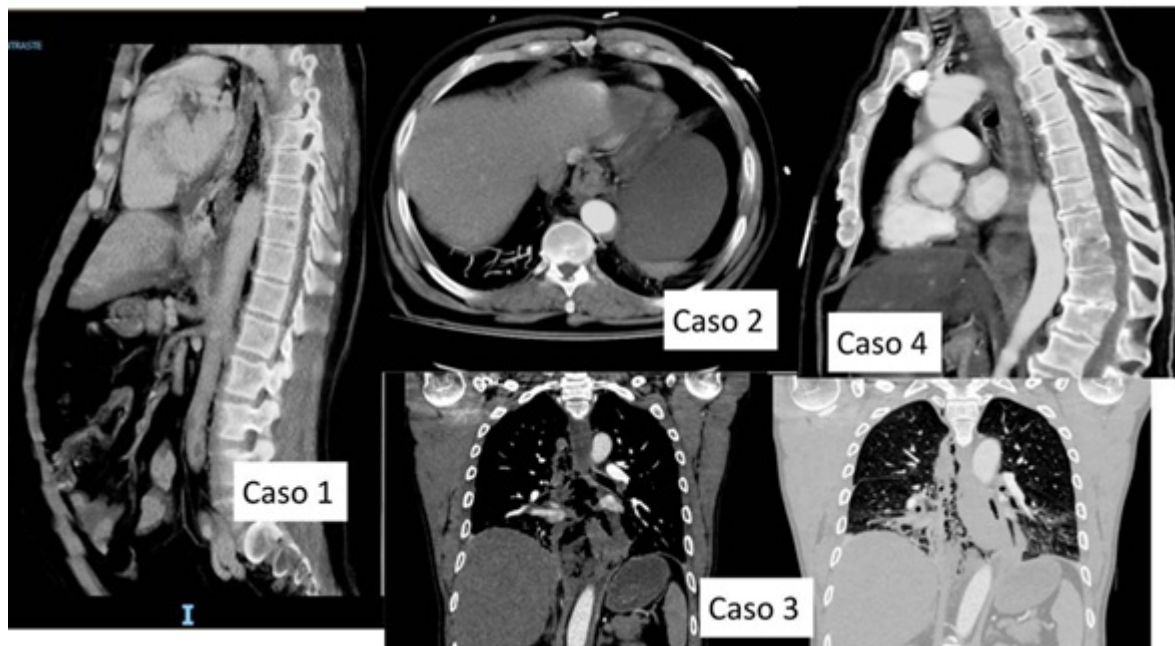
García Carrillo, Eva; González Domínguez, Yannko; Riquelme Gaona, Jerónimo; Anton Fernández, Ismael; Bagnaschino Pose, María Sol; Tomás Gómez, Andrés; Martínez Serrano, M.^a Ángeles

Hospital de Torrevieja, Torrevieja.

Resumen

Introducción: El síndrome de Boerhaave es una patología poco frecuente pero muy grave. Es por ello por lo que hay poca evidencia sobre su manejo y a menudo es diagnosticado de forma tardía, lo que lleva a complicaciones graves, *shock* séptico y una mortalidad de hasta el 30%. Se trata de una perforación esofágica espontánea que ocurre en el 80% de los casos de 2 a 4 cm por encima del hiato.

Casos clínicos: Se analizaron cuatro casos clínicos diagnosticados con este síndrome en nuestro centro los últimos tres años y su manejo. Caso 1: varón de 48 años que acude a Urgencias por dolor epigástrico irradiado a tórax y náuseas. Se realiza TC: abundante neumomediastino y neumopericardio, así como enfisema subcutáneo. Se realiza 20 horas después del contacto hospitalario esofagectomía urgente con esofagostomía cervical y yeyunostomía de alimentación. El paciente presenta buena evolución por lo que se reconstruye ocho meses después mediante esofagogastroplastia. Caso 2: Varón de 76 años con dolor epigástrico de 16 horas. AngioTC: neumoperitoneo. Tratamiento: cierre primario con ampliación de márgenes, resección de mucosa dañada y funduplicatura anterior tipo Dor. Caso 3: varón de 45 años, con sintomatología de dolor torácico irradiado a espalda de inicio súbito tras dos episodios de vómitos, y enfisema subcutáneo. Se realiza un TC torácico encontrando derrame pleural bilateral y signos de mediastinitis. Se decide cirugía urgente tras 15 horas del episodio con esofagectomía, esofagostomía cervical y yeyunostomía de alimentación. Se reconstruye el tránsito seis meses después mediante gastroplastia, presentando el paciente buena evolución. Caso 4: Varón de 61 años con sospecha de hemorragia digestiva alta en Urgencias por náuseas y hematemesis, se realiza un angioTC en el que se visualiza dilatación esofágica y signos inflamatorios en grasa circundante. Se realizó endoscopia digestiva alta urgente, menos de 6 horas tras su llegada, con hallazgos de perforación esofágica contenida de unos 4 cm, por lo que se colocó una prótesis recubierta.



Discusión: Los casos comprenden diferentes manifestaciones clínicas, desde presentación clásicas con la tríada de Mackler: náuseas, dolor torácico y enfisema subcutáneo, hasta presentaciones atípicas que retrasaron el diagnóstico. El manejo incluyó técnicas quirúrgicas más o menos agresivas y abordajes endoscópicos mínimamente invasivos, dependiendo del tiempo de evolución, localización de la perforación y estado general del paciente. Esta experiencia destaca la importancia de la sospecha clínica, el diagnóstico precoz y la elección individualizada del mejor tratamiento. Cabe destacar la incidencia relativamente elevada en nuestro centro, a pesar de no tratarse de un centro de tercer nivel, en relación con las características poblacionales del área de influencia. El conocimiento de la patología y tener en cuenta este diagnóstico sin duda ha ayudado a ir acortando el periodo desde el ingreso por urgencias al tratamiento, abriendo el abanico de posibilidades terapéuticas. La revisión de la literatura apoya el manejo endoscópico como opción de tratamiento en casos seleccionados con diagnóstico temprano y perforaciones contenidas, pero el abordaje quirúrgico sigue siendo pilar fundamental en perforaciones extensas o con contaminación mediastínica importante.