



VC-028 - CIRUGÍA URGENTE MÍNIMAMENTE INVASIVA POR SÍNDROME DE BOERHAAVE

Labrador Alzás, Carolina; López Fernández, Concepción; Afanador Rodríguez, María; Gómez Martín, Antonio Enrique; Medina Ortiz, José Antonio; Santos Naharro, Jesús; Munuera Romero, Luis

Hospital Universitario de Badajoz, Badajoz.

Resumen

Introducción: La perforación esofágica es una patología poco frecuente, con una incidencia de 3 casos por millón de habitantes/año, pero cuya importancia reside en su extrema gravedad, con una mortalidad que oscila entre el 15-40% debido a la infección secundaria al vertido del contenido esofágico. Las causas de la rotura esofágica se clasifican en traumática, patológica y espontánea, siendo esta última lo que se conoce como síndrome de Boerhaave. Para que aparezca esta rotura espontánea tienen que coexistir un factor predisponente y un factor desencadenante. Presentamos el caso clínico de una perforación esofágica posterior izquierda en el contexto de un síndrome de Boerhaave, que precisó cirugía urgente mínimamente invasiva, realizándose cierre primario de la perforación junto con una funduplicatura parcial anterior tipo Dor. Se presenta el caso clínico apoyado en una revisión bibliográfica, utilizando como palabras clave “perforación esofágica” y “síndrome de Boerhaave”.

Caso clínico: Varón de 56 años, con antecedentes de hipertensión, fiebre Q, bebedor y estenosis anular circunscrita al 1/3 inferior del esófago, que acude a urgencias en mayo de 2022 por vómitos y dolor epigástrico súbito. En la tomografía de abdomen se objetiva un marcado neumomediastino en todo el recorrido del esófago junto con derrame pleural izquierdo, por lo que el paciente se interviene de forma urgente por vía laparoscópica. En la cirugía se objetiva una perforación esofágica posterior izquierda, a unos 3cm de la unión esofagogastrica, por lo que se realiza un cierre primario de la misma con una funduplicatura parcial anterior y se colocó una yeyunostomía de alimentación. El paciente presentó una evolución lenta pero favorable, siendo dado de alta tras 20 días de la cirugía. En la actualidad tolera dieta oral con disfagia ocasional, presentando en la última endoscopia de 2024 una pequeña estenosis cicatricial a nivel de la unión esofagogastrica, pero franqueable con el endoscopio.

Discusión: En el síndrome de Boerhaave la rotura esofágica se debe a una hiperpresión intraluminal brusca que produce una distensión forzada del esófago, originando una solución de continuidad longitudinal que afecta a todas sus capas. Esta lesión suele tener entre 3-6 cm de extensión, localizándose fundamentalmente en el tercio inferior del esófago, a nivel posterior izquierdo. La presentación clínica suele ser en forma de dolor súbito retroesternal, torácico o epigástrico con enfisema subcutáneo en el contexto de un cuadro de vómitos. Esto se conoce como triada de Mackler, pero solo aparece en el 50% de los pacientes. El deterioro clínico es rápido, de tal

manera que si no se trata en las primeras 24h la posibilidad de muerte está sobre el 24%, causa de la infección necrotizante secundaria al vertido del contenido esofágico. El tratamiento quirúrgico de elección es el cierre primario en uno o dos planos, ya que ofrece una mejor tasa de supervivencia comparada con otras técnicas quirúrgicas, independientemente del intervalo de tiempo transcurrido entre la perforación y la reparación. Además, se aconseja reforzar la línea de sutura con un colgajo o plastia.