



V-124 - TRATAMIENTO QUIRÚRGICO URGENTE DE PERFORACIÓN ESOFÁGICA ESPONTÁNEA POR SÍNDROME DE BOERHAAVE MEDIANTE SUTURA PRIMARIA VÍA TORACOSCÓPICA

Brito Pérez, Zaida; Acosta Mérida, María Asunción; Hernández Navarro, Juan; Piñero González, Luis; Plá Sánchez, Pau

Hospital Universitario de Gran Canaria Doctor Negrín, Las Palmas de Gran Canaria.

Resumen

Introducción: Presentamos la técnica de sutura primaria vía toracoscópica para el tratamiento quirúrgico urgente de una perforación esofágica espontánea por síndrome de Boerhaave.

Caso clínico: Hombre de 63 años que acude al SUH por dolor dorsal izquierdo intenso, tras varios episodios de vómitos y posteriormente con dolor epigástrico de intensidad creciente y dificultad respiratoria. A la auscultación hipofonesis izquierda y exploración abdominal dolorosa en epigastrio sin signos de peritonismo. Analíticamente destaca PCR 3,79 mg/L, leucocitos 18.000/uL (92%N). Durante su estancia en SUH experimenta deterioro clínico con inestabilidad hemodinámica y es trasladado a críticos, donde se realiza toracocentesis y colocación de tubo de drenaje pleural izquierdo, con salida de contenido de aspecto gástrico, tras lo que se estabiliza hemodinámicamente, por lo que se solicita un TAC abdominal urgente, que informa abundante cuantía de derrame pleural que ocupa dos tercios del hemitórax izquierdo con atelectasias pasivas asociadas. Con la sospecha de perforación esofágica, se lleva al paciente a quirófano. Donde se realiza toracosopia exploradora en semiprono, objetivando hidroneumotórax izquierdo con importante cantidad de líquido de contenido gástrico y restos sólidos de alimentos. Amplia perforación esofágica de trayecto longitudinal y 4,5 cm de longitud, a todo lo largo del borde anterolateral del esófago torácico distal, hasta la unión esofagogástrica, con extremo por encima del hiato. Se utilizaron cuatro trócares de 12 mm debajo del borde escapular izquierdo. Tras lavado de cavidad se realiza disección esofágica distal hasta hiato e identificación del trayecto de laceración esofágica. Se introduce sonda de Faucher de 40 Fr bajo control y se pasa a estómago, para tutorizar el cierre. Se da sutura de Vicryl 3/0 continua en capa mucosa y puntos sueltos de seda de 3/0 en la capa muscular esofágica a lo largo de toda la zona de perforación. Se realiza prueba de estanqueidad con azul de metileno, comprobando la ausencia de fuga. Se colocan dos drenajes pleurales y se retiran los trócares tras comprobar la expansión pulmonar progresiva. El paciente evoluciona favorablemente, presentando al 5.º DPO un absceso subcutáneo en el trayecto del tubo de tórax colocado en U. Críticos, que se drena y cura localmente durante los siguientes cuatro días. Se realiza EGD de control, reconfirmando estanqueidad esofágica y se va de alta hospitalaria al 24.º día posquirúrgico.

Discusión: La perforación esofágica es una enfermedad poco común, después de las perforaciones yatrogénicas, el síndrome de Boerhaave es la segunda causa más común de perforación esofágica, se

define por una perforación espontánea del mismo por trauma mecánico tras vómitos repetidos. La mayoría de estas perforaciones se localizan en el lado posterolateral izquierdo del esófago intratorácico. El diagnóstico es con TAC urgente y existen varias estrategias de tratamiento tanto endoscópico como quirúrgico. Dentro del tratamiento quirúrgico, se puede optar por cierre primario del defecto esofágico o por resección esofágica. En este caso se optó por cierre primario en dos capas del defecto a través de toracoscopia. Demostrando así la seguridad y efectividad de esta técnica en manos expertas.