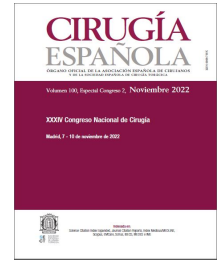




Cirugía Española

www.elsevier.es/cirugia



P-704 - PERFORACIÓN ESOFÁGICA TRAS VÓMITOS. SÍNDROME DE BOERHAAVE, A PROPÓSITO DE UN CASO

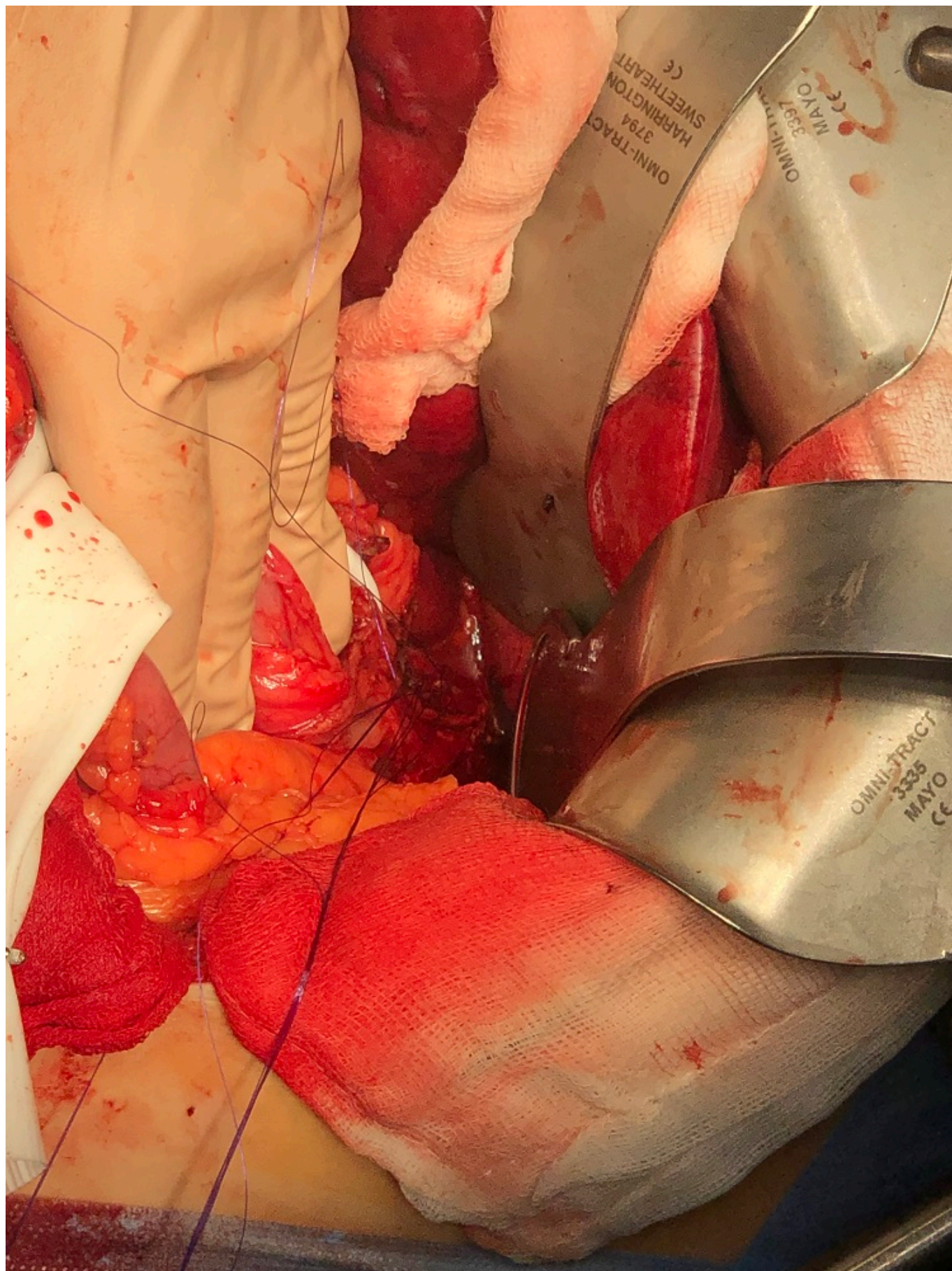
Cagigal Ortega, Elima Pilar; Martín Ramiro, Javier; Cervera Celadrán, Iria; García Domínguez, Antonio; Álvarez Cuiñas, Ana; Cancelas, María Dolores; González Guerreiro, Judit

Hospital Universitario Severo Ochoa, Leganés.

Resumen

Introducción: La perforación esofágica se clasifica según el nivel en el que se produce, 80% en región torácica, un pequeño porcentaje en zona cervical y rara vez en zona intraabdominal. La causa más frecuente es iatrogénica, relacionada con la instrumentación o manejo endoscópico. Otras causas menos frecuentes son la ingesta de cuerpos extraños o material caustico. Los síntomas dependen de la localización anatómica, y el tiempo transcurrido, como dolor constante, taquicardia, hipotensión. Debe sospecharse en paciente con instrumentación esofágica previa y descartar IAM o disección aortica. La Radiografía de tórax y abdomen pueden ser normales. El TAC con contraste es el *gold standard*, y puede asociarse a endoscopia. Tiene alta mortalidad (18-20%), sobre todo las perforaciones torácicas, seguidas de las cervicales. Esta se ve aumentada con el retraso en el diagnóstico, y tratamiento óptimo pasadas 24 h.

Caso clínico: Varón de 46 años, fumador de 1 paquete/día y 2-3 cervezas diarias. Acude a urgencias por epigastralgia súbita, refiere haber comido pescado el día anterior, y cenar pizza. Tras la cena comenzó con vómitos abundantes, uno de ellos con dolor súbito en abdomen y espalda. Analíticamente PCR: 7, leucocitos: 13.000, y TAC abdominal con hallazgos sugerentes de perforación a nivel de unión gastroesofágica anterior, asociado a neumomediastino y derrame pleural bilateral. Iniciamos antibioterapia con meropenem y se decide cirugía urgente. En el quirófano, incisión subcostal, liberación de curvatura menor hasta pilar izquierdo, maniobra de Pinotti, hasta objetivar perforación esofágica de 3 cm en cara anterolateral. Exclusión con TA, sutura en dos planos (PDS 4/0 y Vicryl 3/0), funduplicatura de Dor, y yeyunostomía de alimentación. Sale de quirófano inestable con deterioro de la función renal, con buena recuperación en reanimación. Posteriormente presenta derrame pleural bilateral tabicado, exudado, que requiere drenaje torácico bilateral, y urokinasa, con buenos resultados. Cumplió ciclo de antibióticos con meropenem, linezolid y fluconazol por *Candida albicans* en cultivo de líquido peritoneal. Tras 12 días de cirugía se comprueba repermeabilización esofágica, iniciando tolerancia oral. Fue dado de alta al mes de la cirugía, con omeprazol diario. Revisión a los 30 días en consultas externas sin complicaciones.



Discusión: La perforación esofágica es un desafío clínico. Independientemente de la zona anatómica afectada, es importante realizar un diagnóstico rápido, control eficaz de la fuga, erradicar la sepsis y apoyo nutricional. Se puede tratar de manera conservadora las perforaciones contenidas, el drenaje libre de contraste en la luz esofágica y escasa sintomatología. Respecto al tratamiento

quirúrgico, es importante tener una buena exposición de la lesión, lo más frecuente es desbridamiento de tejido desvitalizado, reparación primaria (monofilamento absorbible), exclusión y drenaje esofágico. La región cervical se aborda por lateral izquierdo del cuello. Toracotomía derecha en las lesiones de zona media. En región distal, toracotomía izquierda o subcostal. La colocación de endoprótesis esofágicas ejerce una función cada vez más importante. Aunque no está clara la frecuencia exacta de las complicaciones posoperatorias, la morbilidad es frecuente, como la neumonía, fuga esofágica... La frecuencia de la estenosis esofágica es desconocida, pero la dilatación sería el mejor tratamiento.