



Cirugía Española



www.elsevier.es/cirugia

P-169 - MANEJO DEL SÍNDROME DE BOERHAAVE: A PROPÓSITO DE UN CASO

Pons Martínez, Vicente; Peidro Parres, Sara; Cejudo Berenguer, Luis; Cortés Climent, Javier; Motos Micó, José Jacob; Pérez Climent, Nieves; Ferri Candela, María de los Lirios; Serra Díaz, Carlos

Hospital Virgen de los Lirios, Alcoy.

Resumen

Introducción: La perforación esofágica por barotrauma, síndrome de Boerhaave, es una patología de baja incidencia pero elevada morbimortalidad, de difícil diagnóstico y manejo. Requiere un alto nivel de sospecha, ya que la mayoría de pacientes no presentan sus signos más específicos: tríada de Mackler y V de Nacleiro (Rx). A propósito del caso revisamos el manejo del síndrome de Boerhaave.

Caso clínico: Presentamos el caso de un paciente de 67 años que acude a urgencias por un cuadro de 24 h de evolución de dolor dorsal. Refiere clínica de GEA, con vómitos y diarrea los días previos. Sin antecedentes. En urgencias el paciente presentaba BEG. Estable: afebril, TA 148/86, FC 113 lpm, SatO₂ 96%. Eupneico y normocoloreado. Glasgow 15. Sin dolor a la exploración abdominal. Enfisema subcutáneo a nivel cervical. En la A/S destacaba: pcr 28 mg/dl, leucocitosis 14.000/ μ L (neutrofilia). La Rx de tórax presentaba derrame pleural bilateral. En el TC torácico se distinguía el derrame pleural bilateral (predominio izquierdo) y neumomediastino (sin foco). Ante la sospecha de síndrome de Boerhaave se ingresó al paciente y se repitió TC tras administrar 300 cc de amidotrizoato oral, sin evidenciarse extravasación. Por lo que, dada la buena situación clínica del paciente, se decidió manejo conservador: drenaje pleural, dieta absoluta, NPT, antibioterapia de amplio espectro, fluidoterapia y analgesia. Con evolución satisfactoria. El paciente regresó 20 días después por reaparición de dolor y disnea. T° 37,9 °C, TA 148/84, FC 113 lpm. A/S: pcr 11 mg/dl, leucocitosis 19.400/ μ L (neutrofilia). Dados los antecedentes se solicitó TC torácico: reaparición de derrames pleurales bilaterales con empiema en contacto con esófago. Dada la recidiva y la complicación con empiema se derivó al paciente a la unidad de Cir. Esofagológica de referencia donde se intervino, evidenciándose perforación subcentimétrica en tercio distal esofágico abscesificada. Se realizó cierre en 2 capas reforzado con funduplicatura de Nissen y yeyunostomía de alimentación. Con resultado y evolución satisfactorios.

Discusión: Existe amplio consenso en la importancia de iniciar el tratamiento de forma precoz (24 h), mejorando la supervivencia. Por ello la importancia de un adecuado diagnóstico. El *gold estándar* en el diagnóstico del síndrome de Boerhaave es el TC con contraste oral, sin embargo, la endoscopia (en quirófano) ofrece resultados interesantes. Aunque la cirugía ha sido tradicionalmente el tratamiento de elección, en casos seleccionados (en los que no haya signos de sepsis ni otras complicaciones) se puede optar por tratamiento conservador. Sin embargo no existen claros criterios, y se debe individualizar el tratamiento. Se propone la escala Pittsburgh (con resultados variables) para tratar de discriminar a aquellos pacientes que se benefician de un tratamiento inicial más agresivo. Como alternativa terapéutica aparece de nuevo la endoscopia: con opciones como endoclips, *stents* recubiertos y sistemas de vacío endoluminal (Eso-Sponge), con resultados prometedores. Por tanto, como conclusión, se destaca la importancia de la endoscopia tanto

como herramienta diagnóstica como terapéutica en el manejo del síndrome de Boerhaave. Y, dada su gravedad, la importancia de una adecuada toma de decisiones, siendo necesario el desarrollo de criterios/algoritmos que faciliten la estandarización del manejo.