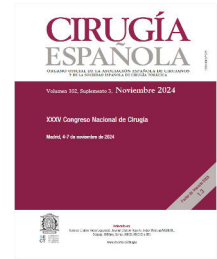




Cirugía Española



www.elsevier.es/cirugia

VC-073 - SUTURA LAPAROSCÓPICA Y FUNDUPLICATURA NISSEN COMO TRATAMIENTO DE PERFORACIÓN ESOFÁGICA EN SÍNDROME DE BOERHAAVE

González-Herrero Díaz, Juan; García Moriana, Antonio Jesús; Perea del Pozo, Eduardo; López Bernal, Francisco; Padillo Ruiz, Javier; Alarcón del Agua, Isaías

Hospital Universitario Virgen del Rocío, Sevilla.

Resumen

El síndrome de Boerhaave fue descrito por Herman Boerhaave en el siglo xviii. El síndrome de Boerhaave es una afección poco frecuente y potencialmente fatal, en la cual se produce un desgarramiento transmural del esófago, generalmente como consecuencia de un aumento repentino de la presión esofágica por vómitos. La tríada clásica de síntomas son vómitos, dolor torácico y enfisema subcutáneo (tríada de Mackler). Debido a la baja especificidad de estos síntomas, es importante realizar una anamnesis que conduzca a criterios de sospecha diagnóstica y confirmación radiológica. La tomografía computarizada con contraste puede ayudar con el diagnóstico y tiene una sensibilidad del 92% al 100%. En cuanto al manejo de esta patología, la cirugía y un manejo no operatorio mediante abordaje endoscópico, han sido dos opciones tradicionalmente utilizadas. Se han creado varios sistemas de puntuación para determinar qué casos son adecuados para un manejo no operatorio. En cuanto al enfoque quirúrgico, se han descrito muchas opciones dependiendo del estado del paciente y la habilidad del cirujano: reparación de la perforación con un cierre primario (reforzado o no), esofagectomía, drenaje solo, drenaje con tubo en T y exclusión y desviación (con enfoque laparoscópico o abierto). Con este vídeo, presentamos el caso de un paciente con síndrome de Boerhaave con un diagnóstico temprano y tratado con éxito con un reparo laparoscópico consistente en cierre primario reforzado con funduplicatura de Nissen. El paciente de nuestro caso es un varón de 47 años, que acudió al Servicio de Urgencias por un dolor torácico repentino de 10 horas de duración tras un episodio de vómitos profusos. Los signos vitales fueron una presión arterial de 110/60 mmHg y una frecuencia cardíaca de 105 latidos por minuto. Se realizaron una radiografía de tórax y una tomografía computarizada con contraste oral e intravenoso. La primera mostró derrame pleural derecho, y la segunda, filtración de contraste oral en la pared esofágica posterior y neumomediastino. Con esos hallazgos, se decidió un abordaje quirúrgico. Debido al buen estado de los tejidos y el tratamiento quirúrgico precoz, se realizó un cierre primario laparoscópico y una funduplicatura de Nissen. Durante la cirugía, se abrieron ambos espacios pleurales para drenar los detritus generados con la perforación, y se dejaron dos drenajes en ambos espacios pleurales después de la cirugía. Después del procedimiento, el paciente permaneció en la UCI durante dos días. Desarrolló un empiema derecho, que se resolvió mediante la colocación de un drenaje endotorácico. Fue dado de alta después de 6 días hospitalizado. Como conclusión del caso, podemos afirmar que es necesario tener conocimiento de la sintomatología de la perforación esofágica. Esto, junto con una anamnesis correcta, puede generar un alto índice de sospecha que permita un diagnóstico temprano y un tratamiento rápido y efectivo de esta patología potencialmente fatal.