



Endocrinología, Diabetes y Nutrición



293 - HIPEREMESIS GRAVÍDICA Y SÍNDROME DE BOERHAAVE QUE PRECISA NUTRICIÓN PARENTERAL

A. Moreno Tirado, P. González Lázaro, A. Lomas Meneses, C. Contreras Pascual, C. Montalbán Méndez, M.Z. Montero Benítez, F. del Val Zaballos e I.R. Gómez García

Endocrinología y Nutrición. CH Mancha Centro. Alcázar San Juan.

Resumen

Introducción: El síndrome de Boerhaave se caracteriza por vómitos excesivos, dolor torácico y enfisema subcutáneo, este último secundario a rotura espontánea del esófago. Dicha rotura se define como una dehiscencia de la pared esofágica a consecuencia de un aumento brusco de la presión esofágica, combinado con una presión intratorácica negativa causada por vómitos o esfuerzos.

Caso clínico: Mujer de 28 años gestante de 9 semanas que acude a Urgencias por hiperémesis gravídica y dolor torácico. En la exploración física destaca dolor a palpación cervical y crepitantes en cuello. En TAC cervicotorácico se detecta neumomediastino y enfisema subcutáneo en relación a perforación esofágica. Se decide intervención quirúrgica urgente realizándose gastrolisis del fundus y unión gastroesofágica sin evidenciarse perforación pese a examen minucioso. Tras la intervención continúa con vómitos e intolerancia oral, por lo que se decide iniciar nutrición parenteral total a través de catéter central. Valoración nutricional. Peso actual 62 kg, talla 159 cm, GET (Harris-Benedict \times factor estrés 1,3) 1.820 kcal. Requerimiento proteico 72 g proteínas. Se inicia nutrición parenteral total: Vol 2.475 mL, N2 13,5 g, lípidos 70 g, Glu 250 g, Na 95 mEq, K 80 mEq, Mg 15 mEq, P 20 mEq, Kcal total 1.968. Tras 2 semanas, y ajuste de tratamiento de las náuseas, buena tolerancia oral, lo que permite suspender soporte nutricional y ser dada de alta a domicilio. Durante el resto del embarazo no nuevos episodios de vómitos, buena ingesta oral, desarrollo fetal normal, con parto a término, de recién nacido sano.

Discusión: El síndrome de Boerhaave pone en riesgo la vida, sin tratamiento es prácticamente letal. Aunque en el embarazo se trata de un entidad poco frecuente, y diagnóstico difícil el pronóstico depende de la precocidad del tratamiento, siendo a veces soporte nutricional con nutrición parenteral. En nuestro caso el curso del embarazo fue favorable sin complicaciones fetales asociadas.