



Medicina de Familia. SEMERGEN



<https://www.elsevier.es/semergen>

212/1753 - Síndrome Boerhaave

D.A. Ávila Londoño^a, N. Turea^b, S. Gil García^c y A. Fernández de Peñaranda-Cervantes^d

^aMédico Residente de Medicina Familiar y Comunitaria. Hospital Universitario de Guadalajara. ^bMédico Residente de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Cervantes. Guadalajara. ^cMédico Residente de Medicina Familiar y Comunitaria; ^dMédico de Familia. Centro de Salud Guadalajara Sur. Guadalajara.

Resumen

Descripción del caso: Mujer de 58 años, con antecedente de HTA y depresión, acude a urgencias por dolor abdominal epigástrico, tipo cólico, náuseas constantes y un vómito alimentario, tras ingesta de 12 bollos. A su llegada se encuentra hemodinámicamente estable, afebril y prácticamente asintomática tras la administración de ranitidina y ondansetrón (según informe de urgencias hospitalarias, probable criterio médico), salvo leve dolor epigástrico. ECG y Rx de abdomen normal. Se da de alta con tratamiento sintomático. 48 horas más tarde, la paciente acude nuevamente por empeoramiento del dolor, irradiado a región interescapular, diaforesis y disnea.

Exploración y pruebas complementarias: PA 87/49 mmHg, FC 104 lpm, afebril, SatO₂ 75%, FR 26 rpm. Mal estado general. Diaforética. Cianosis central. Enfisema subcutáneo clavicular derecho. Hipofonesis pulmonar y crepitantes bibasales. Dolor abdominal epigástrico, sin peritonismo y defensa voluntaria. Pulsos conservados en todos los niveles. A destacar: leucocitosis con neutrofilia. Coagulación con cefalina alargada y dímero D 1,75. En gasometría acidosis metabólica e insuficiencia respiratoria parcial. Hiponatremia (127), hipopotasemia (3,2), PCR 497. ECG en ritmo de FA a 85 lpm, sin otras alteraciones. Tomografía: enfisema cervical. Neumomediastino. Colección líquida a nivel mediastínico inferior, con perforación en esófago distal, próxima a la unión. Neumotórax izquierdo y derrame pleural bilateral.

Juicio clínico: Perforación esofágica espontánea (síndrome Boerhaave).

Diagnóstico diferencial: Patología inflamatoria e infecciosa abdominal. Perforación de víscera hueca. Disección o aneurisma aórtico. Síndrome coronario agudo. Insuficiencia cardíaca congestiva. Taponamiento cardíaco. Tromboembolismo pulmonar. Neumonía adquirida en la comunidad.

Comentario final: Entidad poco frecuente, no relacionada con traumatismos, patología esofágica previa o cuerpos extraños. La mortalidad oscila entre 0-73%, por la localización (mayor cuanto más distal), y sobre todo por el tiempo hasta la corrección quirúrgica. Dada la inespecificidad del cuadro, consideramos importante sospechar esta patología para realizar un diagnóstico y tratamiento oportuno.

Bibliografía

1. Brauer RB, Liebermann-Meffert D, Stein HJ, et al. Boerhaave's syndrome: analysis of the literature and report of 18 new cases. Dis Esophagus. 1997;10:64.

2. Vidarsdottir H, Blondal S, Alfredsson H, et al. Oesophageal perforations in Iceland: a whole population study on incidence, aetiology and surgical outcome. Thorac Cardiovasc Surg. 2010;58:476.
3. Larsen K, Skov Jensen B, Axelsen F. Perforation and rupture of the esophagus. Scand J Thorac Cardiovasc Surg. 1983;17:311.

Palabras clave: Síndrome de Boerhaave. Perforación esofágica.