Semergen. 2018;44(Espec Congr 17): 3422

Medicina de Familia. SEMERGEN

http://www.elsevier.es/semergen

347/2723 - DOLOR TORÁCICO DE CARACTERÍSTICAS ISQUÉMICAS, DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL A PROPÓSITO DE UN CASO

A. del Junco Ollero[a], B. Pérez García[b] y C. Callejón Villegas[c]

[a]Médico Residente de 1er año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud La Velada. La Línea de la Concepción. Cádiz. [b]Médico Residente de Medicina Familiar y Comunitaria. Hospital Comarcal La Línea de la Concepción. Cádiz. [c]Médico Residente de 2º año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud La Velada. La Línea de la Concepción. Cádiz.

Resumen

Descripción del caso: Paciente 54 años, HTA, dislipemia y diabetes mellitus tipo 2, ex-fumador desde hace 14 años. Dolor centrotorácico opresivo con irradiación a escápula, cortejo vegetativo y disnea, tras dos episodios de vómitos. Dolor a la palpación de tórax.

Exploración y pruebas complementarias: Auscultación pulmonar: Murmullo vesicular abolido en pulmón izquierdo. ECG sin signos de isquemia aguda. Sat 99%, hemodinámicamente estable, FC 78 lpm, TA 160/85 mmHg. Analítica: RFA elevados. Hemograma, bioquímica y coagulación normales. Radiografía tórax: hidroneumotórax izquierdo con desviación traqueal hacia lado contralateral. Toracocentesis y estudio de líquido pleural: aspecto serohemático y achocolatado. Antígeno Legionella y Neumococo negativo. Transito esofágico con bario: fuga de contraste cara posterolateral izquierda de esófago distal. TAC con contraste tórax y abdomen: hidroneumotórax izquierdo. Perforación 1/3 distal esófago. Drenaje torácico por Cirugía. Traslado a hospital de referencia, ingresa en UCI. Empeoramiento clínico y cirugía.

Orientación diagnóstica: Perforación esofágica espontánea (síndrome de Boenhaaver).

Diagnóstico diferencial: Síndrome coronario agudo, pancreatitis, neumotórax espontáneo, perforación úlcera péptica, disección de aneurisma aórtico, neumonía.

Comentario final: Síndrome de Boerhaave: perforación espontánea de esófago por aumento repentino de presión intraesofágica combinado con presión intratorácica negativa. Incidencia 3.1 casos/1.000.000/año. Mortalidad 15-24% antes de 24h, 40-50% después. Ubicación más frecuente (90%) pared posterolateral izquierda a 2-3 cm de unión gastroesofágica. Presentación variada según ubicación: cervical con disfagia, dolor de cuello y disfonía; intraabdominal con dolor epigástrico, dolor de espalda, abdomen agudo. Otros signos: enfisema subcutáneo, derrame pleural, fiebre y sepsis. Prueba diagnóstica GOLD estándar TAC y esofagograma con contraste. Otras: radiografía torácica y cervical. Tratamiento recomendado: quirúrgico, tratamiento conservador situaciones específicas. Otros: terapia endoscópica (stents).

Bibliografía

1. Triadafilopoulos G, Lamont JT. Boerhaave syndrome: Effort rupture of the esophagus. Standford University School, 2008.
2. García Callejo JL, Ferrer Sotelo R, Lagunas Lostao E. Perforación esofágica espontánea o Síndrome de Boerhaave. Cirugía Española. 2015.
3. Jong-Lyel R, Chan Il, P. Spontaneous pharyngeal perforation after force vomiting: difference from classic Boerhaave&#39s Syndrome. Clinical and Experimental Otorhinolaryngology. 2008;1:174-6.
4. Brinster CJ, Singhal S, Lee L, et al. Envolving options in the management of esophageal perforation. Ann Thorac Surg. 2004;77:1475.

Palabras clave: Dolor torácico. Perforación esofágica.

1138-3593 / © 2018 Sociedad Española de Médicos de Atención Primaria (SEMERGEN). Publicado por Elsevier España, S.L.U. Todos los derechos reservados.