



P-409 - SÍNDROME DE BOERHAAVE: REVISIÓN DE NUESTRA EXPERIENCIA

L. Granel Villach, C. Fortea Sanchis, D. Martínez Ramos, G. Paiva Coronel, R. Queralt Martín, A. Villarín Rodríguez y J.L. Salvador Sanchís

Hospital General, Castellón.

Resumen

Objetivos: Comunicar nuestra experiencia en el diagnóstico y tratamiento del síndrome de Boerhaave.

Métodos: Estudio retrospectivo, mediante revisión de historias clínicas de pacientes diagnosticados de síndrome de Boerhaave en nuestro centro desde octubre de 1997 hasta febrero de 2013.

Resultados: Durante los 17 años del estudio 7 pacientes fueron diagnosticados. Cinco varones (71%) y 2 mujeres (29%) con una media de edad de 54 años (rango 33-80). Como factores desencadenantes destacaron: vómitos en 3 pacientes (44%) y tos en 3 casos (44%). Se llegó al diagnóstico definitivo mediante tomografía computarizada (TC) en 5 casos (71%) y con esofagograma en 2 casos (19%). Todos los pacientes presentaron mediastinitis aguda en el momento del diagnóstico. En cuanto al tratamiento, en 6 pacientes (86%) se indicó la intervención quirúrgica urgente, mientras que en un caso (14%) se optó por actitud conservadora. La técnica quirúrgica empleada fue la sutura primaria y plastia en 4 pacientes (67%) y la resección esofágica y posterior esofagostoma cervical en 2 pacientes (33%). Las complicaciones postoperatorias fueron: derrame pleural en todos los casos, dehiscencia de sutura en 3 casos (50%), uno de ellos se reintervino mediante esofagectomía y esofagostoma cervical, y los 2 restantes se resolvieron mediante tratamiento conservador; y fracaso multiorgánico en dos pacientes (33%). Finalmente 4 pacientes sobrevivieron (57%) y 3 fallecieron (43%).

Conclusiones: El síndrome de Boerhaave, clásicamente se ha descrito asociado a vómitos importantes o maniobras de Valsalva, aunque también puede darse sin estos antecedentes como se refleja en nuestro estudio, presentando una clínica de dolor intenso, disnea y enfisema subcutáneo. La radiografía de tórax es imprescindible para el diagnóstico. No obstante, el esofagograma y la tomografía computarizada son las pruebas con mayor sensibilidad y especificidad. La indicación quirúrgica dependerá de la etiología, la localización de la perforación y el tiempo de evolución de la perforación; y el estado general del paciente. El cierre primario con refuerzo es el tratamiento de elección si el tiempo de evolución es menor de 24 horas. En caso de grandes perforaciones, contaminaciones extensas, enfermedad esofágica asociada, fallo del cierre primario o sepsis persistente están indicados procedimientos más agresivos. El síndrome de Boerhaave es una urgencia quirúrgica grave que conlleva una alta mortalidad, 20-30% en la literatura internacional frente al 43% de nuestra serie. El síndrome de Boerhaave es una entidad clínica poco frecuente con una elevada mortalidad. Por ello, debe tenerse un alto nivel de sospecha clínico, con el objetivo de

un diagnóstico y tratamiento precoz, mejorando de este modo el pronóstico.