



## P-182 - UN CASO DE SÍNDROME DE BOERHAAVE TRATADO CON COLOCACIÓN DE ENDOPRÓTESIS METÁLICA RECUBIERTA

*Pedrosa Soler, Marta; Poves Gil, Pedro; Sala, Rafael; Delpino Porres, Javier; Martínez Alcaide, Sonia; Pérez Guillem, Javier; Ballester Sapiña, Blas*

*Hospital de la Ribera, Alzira.*

### Resumen

**Introducción:** El síndrome de Boerhaave es una situación poco común con elevada morbimortalidad en el que se produce una perforación transmural del esófago tras una emesis intensa. Muchas veces se diagnostica tardíamente ya que los síntomas son sutiles y atípicos inicialmente y los signos radiológicos pueden aparecer varias horas tras el inicio de los síntomas. Se suele producir en la pared posterolateral izquierda en 1/3 inferior del esófago. No hay consenso en cuanto al tratamiento conservador vs quirúrgico, va a depender del momento del diagnóstico, la clínica y la extensión de la perforación.

**Caso clínico:** Se trata de un paciente varón de 24 años, sin antecedentes de interés salvo consumo de sustancias anabolizantes y psicoactivas. Acude a Urgencias por dolor abdominal intenso en epigastrio irradiado a espalda por el lado derecho de pocas horas de evolución junto con vómitos hemático-biliosos tras ingesta copiosa. Presenta abdomen con defensa abdominal y leucocitosis con desviación izquierda. Se realiza Tc con perforación esofágica probablemente distal, neumomediastino y colecciones mediastínicas desde hilios pulmonares. Ingresa en UCI por sepsis e inicialmente se plantea intervención quirúrgica mediante laparotomía observando peritonitis focal a nivel infradiafragmático. Se realiza maniobra de Pinotti con apertura del hiato y salida de contenido esofágico purulento. Se accede a mediastino vía transhiatal con hallazgos de mediastinitis y perforación a nivel posterior izquierdo de esófago medio de 3-4 cm. Se comenta con endoscopista y se coloca prótesis metálica recubierta de 12,5 cm (10 cm intratorácicos) fijada con puntos sueltos de vicryl rapid debido a múltiples deslizamientos de la misma que se visualizan intraoperatoriamente bajo visión directa. Tras 13 días de estancia en UCI pasa a planta de hospitalización presentando buena evolución clínica y radiológica salvo migración de la prótesis intragástrica al 24 día postoperatorio sin consecuencias. Al mes y medio se retira la prótesis mediante gastrotomía sin incidencias.

**Discusión:** En la literatura se ha descrito el tratamiento quirúrgico agresivo con buenos resultados de supervivencia ya que la mortalidad está asociada con la demora del tiempo de tratamiento, aunque el tratamiento conservador se puede realizar en casos seleccionados con buenos resultados. Cada vez se aboga más por la terapia conservadora endoscópica y está en auge el uso de stents con disminución de la mortalidad y la estancia hospitalaria.