



## V-009 - DE MALLORY-WEISS A BOERHAAVE TRAS ENDOSCOPIA. MANEJO LAPAROSCÓPICO URGENTE

*Pareja Arico, Nicolás; Moreno Bargeiras, Alejandro; Gutiérrez Andreu, Marta; Martínez Pozuelo, Almudena; Bernal Tirapo, Julia; Sánchez García, Carmen; Yuste García, Pedro; Ferrero Herrero, Eduardo*

*Hospital Universitario 12 de Octubre, Madrid.*

### Resumen

**Introducción:** La perforación esofágica es una de las urgencias quirúrgicas más temidas en los servicios de quirúrgicos dada la complejidad técnica y la elevada morbimortalidad. La mediastinitis, peritonitis y el fracaso multiorgánico son complicaciones frecuentes de la perforación esofágica. No en todos los centros se dispone de personal capacitado para el manejo de esta patología.

**Caso clínico:** Presentamos el caso de un varón de 69 años, con antecedentes de fibrilación auricular anticoagulado con sintrom, quien consulta al servicio de urgencias de nuestro hospital tras un episodio emético de contenido alimenticio, seguido de hematemesis. Valorado inicialmente por la unidad de cuidados intensivos por síncope, anemia de 4 puntos de hemoglobina, hipotensión y taquicardia. Se solicita analítica en la que destaca hemoglobina de 8,3 mg/dl y antes sospecha de hemorragia digestiva alta, se decide endoscopia digestiva urgente. La endoscopia revela una laceración esofágica de 2-3 mm, longitudinal en la unión esofagogástrica y coágulos en fundus sin objetivar sangrado activo. Tras la endoscopia, el paciente presenta intenso dolor retroesternal y abdominal que no cede con analgesia convencional, siendo precisa perfusión de opioides fuertes. Se decide realización de tomografía toracoabdominal, en la que se aprecia extenso neumomediastino, neumotórax bilateral (de predominio izquierdo) y enfisema subcutáneo cervical, asociado a engrosamiento del esófago distal y estriación de la grasa periesofágica. Dados los hallazgos tomográficos y la sintomatología del paciente, se decide intervención quirúrgica urgente. Bajo anestesia general y tras colocación de un drenaje torácico anterior izquierdo, se realiza laparoscopia exploratoria. Al disecar el hiato esofágico y liberar la membrana frenoesofágica, se aprecia salida de líquido inflamatorio de aspecto purulento de la cara anterior del esófago. Se controla la víscera en toda su circunferencia y se "abdominalizan" 5 cm de esófago intratorácico. Tras la instilación de azul de metileno a través de sonda nasogástrica, se localiza perforación longitudinal en la cara anterior del esófago que se sutura con V-loc 2-0. Se comprueba estanqueidad y se realiza funduplicatura tipo Nissen cubriendo la perforación. Se aloja drenaje transhiatal. Evolución posquirúrgica favorable, con mejoría clínica y analítica. Sin fuga de azul de metileno por el drenaje. Buena tolerancia a la vía oral. No se producen complicaciones en el posoperatorio inmediato.



**Discusión:** La perforación esofágica es una patología grave que precisa un manejo multidisciplinar

apoyado por el servicio de medicina intensiva. Prevenir y tratar la mediastinitis y la peritonitis debe ser prioritario y ofrecer un manejo quirúrgico precoz evita la instauración del síndrome de respuesta inflamatoria sistémica y sepsis.