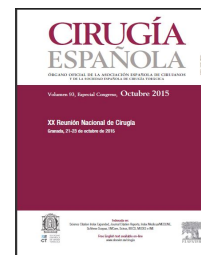




Cirugía Española

www.elsevier.es/cirugia



P-175 - PERFORACIÓN ESOFÁGICA ESPONTÁNEA O SÍNDROME DE BOERHAAVE

García Calleja, José Luis; Ferrer Sotelo, Rocío; Lagunas Lostao, Emilio; Borlán Ansón, Sofía; Valero Sabater, Mónica; Fernando Trebolle, José; Gonzalvo González, Elena; Fatás Cabeza, José Antonio

Hospital Royo Villanova, Zaragoza.

Resumen

Introducción: La perforación esofágica es la más seria y letal de todas las perforaciones del aparato digestivo. La mayoría de las perforaciones esofágicas se producen tras una endoscopia diagnóstica o terapéutica (59%), seguida de las perforaciones espontáneas (15%), cuerpos extraños ingeridos (12%), traumatismos (9%), lesión operatoria (2%) y perforación tumoral (1%). Otras causas son las intubaciones endotraqueales, minitraqueostomía y la ingesta de cáusticos. La perforación esofágica espontánea o rotura postemética del esófago es conocida como síndrome de Boerhaave. Se produce por un aumento brusco de la presión abdominal durante el vómito, aunque también puede ocurrir durante el parto, convulsiones, tos o risa prolongada. Suele romper la pared esofágica posterolateral izquierda a unos 2-3 cm de la unión gastroesofágica en el 90% de los casos. Es la causa más grave de perforación esofágica y presenta una mortalidad muy elevada. Presentamos el caso de una paciente de 67 años con síndrome de Boerhaave diagnosticada y tratada quirúrgicamente en nuestro Servicio.

Caso clínico: Paciente de 67 años, mujer, sin antecedentes de interés. Estando de viaje en automóvil, presenta mareo acompañado de náuseas violentas y vómitos. Posteriormente, presenta intenso dolor epigástrico, retroesternal e interescapular, así como disnea, motivo por el que acude a Urgencias de nuestro Hospital. A la exploración física la paciente impresiona de gravedad, está taquipneica, sudorosa y mal perfundida con hipoventilación en el campo pulmonar izquierdo. En la radiografía de tórax se aprecia un derrame pleural muy importante, se coloca tubo de drenaje endotorácico, drenando contenido purulento. Se realiza esofagograma en el que se objetiva una perforación en el tercio inferior del esófago. En la TC se observa extenso hidroneumotórax izquierdo con neumomediastino y extravasación del contraste compatible con rotura de esófago a nivel de unión esofagogástrica. La paciente es intervenida quirúrgicamente practicándose laparotomía media supraumbilical. Se encontró una perforación en el tercio inferior del esófago, de 4 cm de longitud, en cara posterolateral izquierda, con mediastinitis, así como comunicación hacia el espacio pleural izquierdo. Se practicó sutura de la lesión reforzada con una hemifundoplastia anterior y drenaje de la zona. Postoperatorio insidioso pero favorable. Se realizó esofagograma de control, objetivándose adecuado paso del medio de contraste sin evidenciar fugas.

Discusión: Las perforaciones esofágicas tienen una alta mortalidad. Oscila entre el 15-25% en los casos tratados antes de las 24 horas del inicio del cuadro y el 40-50% si se tratan después. Los determinantes de supervivencia son: el tamaño y localización de la perforación, la edad, la

contaminación del mediastino y cavidades pleurales y, sobre todo, el periodo transcurrido entre la perforación y el diagnóstico. Los enfoques no quirúrgicos (tratamiento médico/endoprótesis cubiertas) sólo son aplicables en situaciones muy específicas y la mayoría de los autores recomiendan la cirugía inmediata en los casos de perforación espontánea. El tratamiento quirúrgico es controvertido en lo que respecta a la elección de la técnica, siendo el tiempo transcurrido desde el inicio del cuadro uno de los factores decisivos en la elección de la misma.