



# Medicina de Familia. SEMERGEN



<http://www.elsevier.es/semergen>

## 482/1455 - DOCTORA, SE ME HA IDO LA COMIDA

L. Alcázar Zafra<sup>1</sup>, L. Mayoral Liébanas<sup>1</sup>, M. Lorente Callejo<sup>2</sup> y F. Morillo Rojas<sup>3</sup>

<sup>1</sup>Residente de 2º año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud de Cartaya. Cartaya. Huelva.

<sup>2</sup>Residente de 2º año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud de Bollullos Par del Condado. Bollullos Par del Condado. Huelva. <sup>3</sup>Residente de 2º año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Huelva Centro. Huelva.

### Resumen

**Descripción del caso:** Varón de 42 años sin antecedentes personales de interés que consulta por clínica de dos días de evolución consistente en disnea y dolor de tipo pleurítico localizado en hemitórax izquierdo, no irradiado, tras episodio de atragantamiento con un fruto seco. Niega tos, expectoración, fiebre, náuseas ni vómitos.

**Exploración y pruebas complementarias:** Constantes vitales a su llegada: TA 114/80 mmHg, FC 124 lpm, SatO<sub>2</sub> 91% con aporte de O<sub>2</sub> en gafas nasales a 2 L/min. Buen estado general. Consciente, orientado y colaborador. Bien hidratado y perfundido. Eupneico en reposo. Auscultación cardiorrespiratoria: Rítmico, taquicárdico, sin soplos audibles. Murmullo vesicular disminuido en hemitórax izquierdo. Miembros inferiores sin edemas y sin signos de trombosis venosa profunda ni flebitis. En analítica destaca leucocitosis con neutrofilia. EKG: taquicardia sinusal. Sin alteraciones agudas de la repolarización. Pruebas de imagen: Rx tórax: derrame pleural izquierdo e infiltrado en base pulmonar izquierda. TC tórax y abdomen superior: Perforación esofágica distal. Discreto neumomediastino. Hidroneumotórax izquierdo moderado secundario a fístula esofagopleural tras perforación esofágica. Dudosa imagen hidroaérea mediastínica de 3 cm de eje transversal entre aorta, corazón y esófago perforado, sin poder descartar colección mediastínica.

**Orientación diagnóstica:** Síndrome de Boerhaave.

**Diagnóstico diferencial:** Neumotórax. Tromboembolismo pulmonar (TEP). Neumonía por aspiración.

**Comentario final:** El síndrome de Boerhaave es una patología infrecuente y con alta tasa de mortalidad, que debe tenerse en cuenta ante la clínica de dolor torácico y disnea tras cualquier suceso que pueda provocar un aumento brusco de la presión intraesofágica. Suele confundirse con otros diagnósticos (neumotórax, TEP, neumonía) y, de no diagnosticarse de forma temprana, puede dar lugar a complicaciones graves tales como mediastinitis y *shock séptico*.

### Bibliografía

1. Carrozza F, Dragean C. Spontaneous Esophageal Rupture or Boerhaave's Syndrome. J Belg

Soc Radiol. 2020;104(1):1.

- 
2. Aiolfi A, Micheletto G, Guerrazzi G, Bonitta G, Campanelli G, Bona D. Minimally invasive surgical management of Boerhaave's syndrome: a narrative literature review. J Thorac Dis. 2020;12(8):4411-7.

**Palabras clave:** Síndrome de Boerhaave. Perforación esofágica.