

Síndrome de Boerhaave

Boerhaave syndrome

Dr. Paulino Martínez Hernández Magro, Dr. Enrique Guzmán de Alba, Dr. Juan Carlos Aranda Aldeco, Dr. Javier Mendoza Suárez

Introducción

La perforación y rotura del esófago ocurre la mayoría de las veces por instrumentación, ingesta de cuerpos extraños, traumatismo externo o perforación espontánea por vómito (Síndrome de Boerhaave). La rotura espontánea descrita por primera vez por Boerhaave se debe al pujo del vómito y a las arcadas.¹ El factor principal que produce el desgarro esofágico es la presión aumentada en el esófago.² El desgarro suele ser lineal, a menudo en el lado izquierdo, y casi siempre en el tercio inferior. La perforación puede comunicarse con la cavidad pleural o puede permanecer la pleura intacta. Si la perforación atraviesa la pleura, por lo general del lado izquierdo, la mediastinitis habrá de ser menos severa, pero la cavidad pleural se afectará siguiendo la misma secuencia de alteraciones patológicas, es decir inflamación química y bacteriana. El primer síntoma de perforación esofágica es el dolor y poco después aparece fiebre y disfagia. La perforación esofágica

se sospecha por la anamnesis y las manifestaciones clínicas, pero los estudios radiográficos revisten particular importancia para establecer el diagnóstico.³ Los pasos básicos para tratar una perforación esofágica son evitar que se sigan contaminando los tejidos adyacentes, reparando la perforación, y habrá que hacer un drenaje adecuado de los compartimentos y emprender terapia con antibióticos, soluciones parenterales e hiperalimentación y drenaje nasogástrico.⁴

Presentación del caso e imágenes

Se trata de paciente masculino de 82 años de edad, el cual ingresa a urgencias por presentar dolor tóraco-abdominal de predominio en el lado izquierdo, cuenta con antecedentes de enfermedad de Alzheimer, en



Fig. 1. Radiografía de tórax con derrame del lado izquierdo.

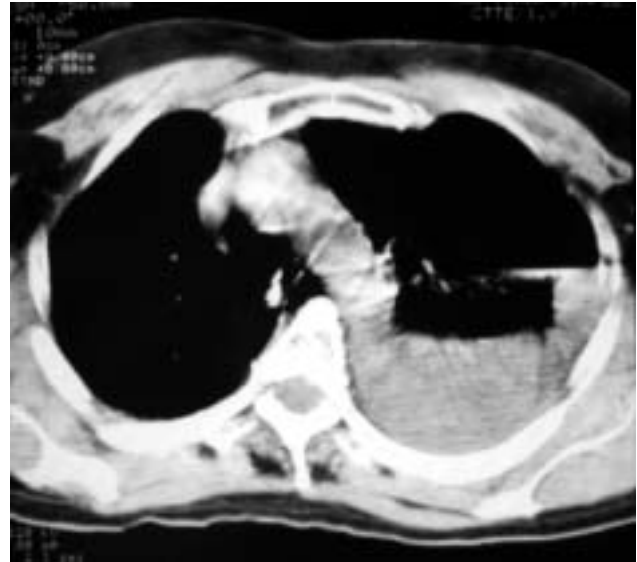


Fig. 2. TAC muestra derrame importante en cavidad pleural izquierda.

Hospital Guadalupano de Celaya
 Recibido para publicación: 12 abril 2006
 Aceptado para publicación: 9 mayo 2006
 Correspondencia:

Dr. Paulino Martínez Hernández-Magro.
 Azucenas 137, Col. Rosalinda I, Celaya, Guanajuato, C.P. 38060. Tel. 6162123

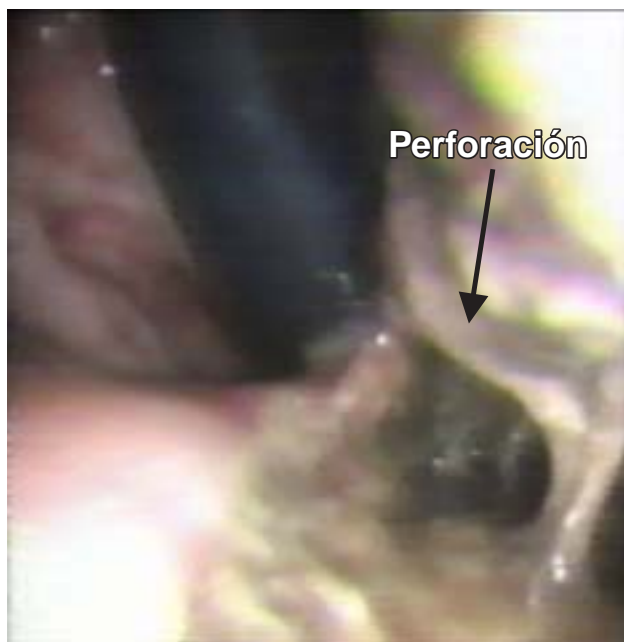


Fig. 3. Panendoscopia, encontrando perforación lineal de esófago en la unión gastroesofágica.

control en el departamento de geriatría, inicia su padecimiento 6 horas previas a su ingreso posterior a esfuerzo y arqueo para vomitar, refiere que inicia con dolor en abdomen en cuadrante superior izquierdo y posteriormente irradiándose hacia tórax del mismo lado. El paciente se encuentra consciente, orientado, con buena coloración de tegumentos e hidratado, el abdomen es blando, depresible, doloroso a la palpación profunda en cuadrantes izquierdos, se encuentra peristalsis activa, no hay datos francos de irritación peritoneal, el tórax izquierdo se encuentra hipoventilado en la base, por lo que se solicitan Rx simple de abdomen y de tórax. En la Rx de tórax se aprecia derrame del lado izquierdo (**Figura 1**); las radiografías de abdomen sin datos de importancia. Es valorado por el servicio de cardiología, descartándose infarto agudo de miocardio, sin embargo se sugiere realización de TAC para evaluar fondo del derrame. Durante el estudio, el paciente comienza con datos de insuficiencia respiratoria y saturaciones de oxígeno de 80%. La TAC muestra derrame importante en cavidad pleural izquierda (**Figura 2**), sin identificarse tumoraciones, los cortes en el abdomen no mostraron colecciones intraabdominales. Se decide realizar entonces panendoscopia, encontrando perforación lineal de esófago en la unión gastroesofágica con evidente comunicación hacia la pleura del lado izquierdo (**Figura 3**), haciéndose el diagnóstico de síndrome de Boerhaave; se coloca sonda pleural en hemotórax izquierdo drenándose 1,500 cm³ de material intestinal. El paciente es trasladado a Terapia Intensiva donde se inicia estabilización y control de sepsis. Posteriormente es trasladado al servicio de cirugía de tórax, en donde se le

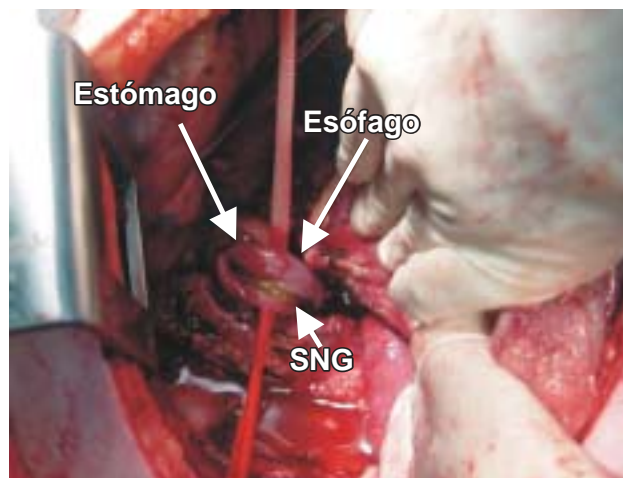


Fig. 4. Toracotomía y reparación de la lesión esofágica.



Fig. 5. Toracotomía y reparación de la lesión esofágica con parche de pleura.

realiza toracotomía y reparación de la lesión esofágica con parche de pleura (**Figuras 4 y 5**); drenaje y lavado de cavidad pleural con evolución hacia la mejoría, siendo egresado el paciente un mes posterior a su ingreso.

Referencias

1. Vial CM, Whyte RI. Boerhaave's syndrome: diagnosis and treatment. *Surg Clin North Am* 2005; 85: 515-24.
2. Bjerke HS. Boerhaave's syndrome and barogenic injuries of the esophagus. *Chest Surg Clin N Am* 1994; 4: 819-25.
3. Martínez-Ordaz JL, Cornejo-López GB, Blanco-Benavides R. Boerhaave's Syndrome. Case report and literature review. *Rev Gastroenterol Mex* 2002; 67: 190-4.
4. Kumar P, Sarkar PK. Late results of primary esophageal repair for spontaneous rupture of the esophagus (Boerhaave's syndrome). *Int Surg* 2004; 89: 15-20.