



## Síndrome de Boerhaave: presentación de un caso

Agustín Rodríguez Blas,\* José Manuel Rocha Abrica,\* Gustavo A. Casian C\*

### RESUMEN

**Objetivo.** Descripción de un caso de perforación esofágica manejado en el Hospital Juárez de México. **Descripción del caso.** Paciente masculino de 54 años de edad, con antecedentes importantes de ser fumador y alcohólico crónico. Presenta dolor en epigastrio, acompañado de náuseas y vómitos, así como dificultad respiratoria posterior. En la exploración clínica solamente se identifica un aumento de volumen de partes blandas en ambas regiones supraclaviculares. **Conclusiones.** La ruptura espontánea del esófago representa 15%, la cual es conocida como síndrome de Boerhaave, descrito por primera vez en 1724 por el médico holandés Herman Boerhaave (1668-1738). Ésta se produce en pacientes con vómitos intensos y que a menudo han ingerido grandes cantidades de alcohol. La causa de la lesión es el aumento brusco de la presión intraesofágica, con paso del contenido gástrico hacia el mediastino causando mediastinitis grave, sepsis y shock.

**Palabras clave:** Perforación esofágica, síndrome de Boerhaave, neumomediastino, enfisema, derrame pleural.

### ABSTRACT

**Objective.** Description of a case of esophageal perforation handled in the Hospital Juarez de Mexico. **Description of the case.** Masculine patient of 54 years of age, with importance antecedents of being chronic alcoholic and smoker. It presents pain in epigastric, accompanied by nauseous and vomits and later respiratory difficulty. To the clinic exploration is added only identifies an increase of volume of soft parts in both regions supraclavicular. **Conclusions.** The spontaneous rupture of the esophagus represents 15% and is known like Boerhaave syndrome, described for the first time in 1724 by Dutch doctor Herman Boerhaave (1668-1738). It takes place in patients with intense vomits and that often have ingested great amounts of alcohol. The cause of the injury is the abrupt increase of the pressure intra-esophageal, with passage of the gastric content towards the mediastinum causing serious mediastinitis, sepsis and shock.

**Key words:** Esophageal perforation, Boerhaave syndrome, pneumomediastinum, emphysema, spill pleural.

### INTRODUCCIÓN

El esófago puede lesionarse por múltiples causas, las más frecuentes son: la instrumentación, la ingestión de cuerpos extraños, la cirugía, los traumatismos cerrados, las heridas penetrantes y la ingestión de cáusticos o agentes proteolíticos de forma espontánea en situación, los cuales causan un aumento en la presión intraluminal (vómito, tos, hipo, etc.).<sup>1,2</sup> Los traumatismos esofágicos se pueden clasificar en tres tipos:<sup>2,3</sup>

1. Desgarros incompletos limitados a la mucosa (Sx de Mallory-Weiss).
2. Desgarros limitados a la submucosa.
3. Ruptura completa de la pared (Sx de Boerhaaver).

En 75-80% de los casos, la lesión se debe a instrumentación como en la endoscopia, dilatación con balones

neumáticos, intubaciones endotraqueales o nasogástricas y cirugía.<sup>4</sup> El sitio de lesión más frecuente es la pared posterior del esófago cervical, a nivel de la unión faringoesofágica y en segundo lugar la unión esofagogastrica.<sup>1,2,5</sup>

### INFORME DEL CASO

Paciente masculino de 54 años de edad, con antecedentes importantes de ser fumador y alcohólico crónico. Presenta dolor en epigastrio de tipo pungitivo de tipo súbito, acompañado de náuseas y vómitos, así como dificultad respiratoria posterior. En la exploración clínica solamente se identifica un aumento de volumen de partes blandas en ambas regiones supraclaviculares.

Los estudios de imagen revelan:

1. Tele de tórax: Enfisema subcutáneo infra y supraclavicular bilateral (Fig. 1).

\* Servicio de Radiología e Imagen. Hospital Juárez de México.

2. Rx lateral de cuello: Enfisema en cuello (Fig. 2).
3. Tac. de tórax que demuestra el enfisema (Fig. 3).
4. Extravasación del medio de contraste vía oral por perforación de esófago (Fig. 4).

## DISCUSIÓN

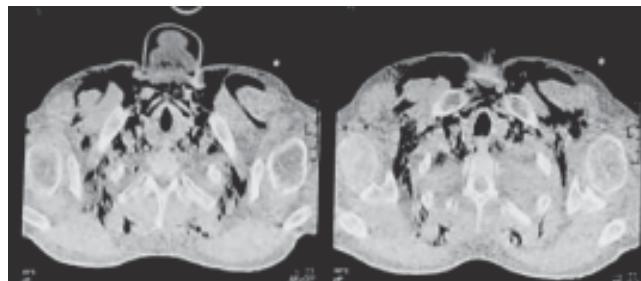
Quince por ciento de las rupturas esofágicas son espontáneas y a esto se le conoce como síndrome de Boerhaave, descrito por primera vez en 1724 por el médico holandés Herman Boerhaave (1668-1738).<sup>2</sup> Este tipo de



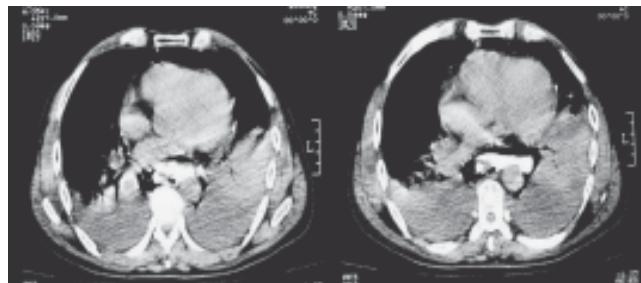
**Figura 1.** Tele de tórax: enfisema subcutáneo infra y supraclavicular bilateral.



**Figura 2.** Rx Lateral de cuello: enfisema en cuello.



**Figura 3.** Tac. de tórax que demuestra el enfisema.



**Figura 4.** Extravasación del medio de contraste vía oral por perforación de esófago.

lesión se produce en pacientes con vómitos intensos y que a menudo han ingerido grandes cantidades de alcohol. La causa de la lesión es el aumento brusco de la presión intraesofágica, con paso del contenido gástrico hacia el mediastino causando mediastinitis grave, sepsis y shock.<sup>2,4,6</sup> Con menor frecuencia se presenta en episodios intensos de tos, hipo, defecación, estado asmático, traumatismo cerrado toraco-abdominales y embarazo. El sitio de perforación más frecuente es la pared posterolateral izquierda del esófago distal, cerca de la unión esofagogastrica. Las rupturas son de 1 a 4 cm. de longitud con orientación vertical.<sup>1</sup>

Clínicamente, la tríada clásica es un paciente que presenta vómitos, dolor torácico y enfisema subcutáneo, aunque a menudo el único síntoma es el dolor abdominal en epigastrio.<sup>1,3,7</sup>

Entre los signos radiológicos típicos se encuentran el neumomediastino, ensanchamiento mediastínico, enfisema subcutáneo, derrame pleural o neumotórax.<sup>4</sup> El neumomediastino es el más frecuente (35%), se observan radiotransparencias lineales en el contorno de la pared lateral izquierda de la aorta ascendente, con frecuencia el aire se acumula en el lado izquierdo, planos faciales de la pleura diafragmática adyacente al esófago distal produciendo el signo de la "V de Nacleiro".<sup>1,2</sup> El aire en el me-



diastino puede disecar planos faciales causando enfisema cervical. Por lo regular el derrame pleural aparece en las 12 horas.<sup>4,5</sup> Las perforaciones del esófago distal suelen ser del lado izquierdo en tanto que las del esófago medio lo son del lado derecho.<sup>1</sup> Cuando se rompe la pleura mediastínica, el gas o el líquido pasan al espacio pleural produciendo hidroneumotórax que es en 75% izquierdo, 25% bilateral y en 5% derecho.<sup>5,8</sup>

## CONCLUSIÓN

El tratamiento es quirúrgico y debe efectuarse con la mayor brevedad posible, ya que si se retrasa más de 24 horas después de producirse la ruptura, la mortalidad asciende al 50% y si el retraso es de 48 horas asciende hasta 90%. Existen varias modalidades posibles de tratamiento, las más comunes son la creación de una diverción esofágica con un asa o la realización de esofagostomía con finalización terminal, lo que permite a la herida cicatrizar por segunda intención. En casos más difíciles se emplea, sobre todo, la implantación de Stents metálicos. Para la profilaxis de la mediastinitis se administran antibióticos de amplio espectro como el cilastatin/imipenem en dosis de 250 a 500 mg cada seis horas.

## REFERENCIAS

1. Han S, McElvein RB, Andrete J, et al. Perforation of the esophagus: correlation of site and course with plain film findings. Am J Roentgenol 1985; 145: 537-40.
2. Martínez OJM, Cornejo LGB, Blanco BR. Síndrome de Boerhaave. Reporte de un caso y revisión de la literatura. Rev Gastroenterol Mex 2002; 67(3): 190-4.
3. Whitech, Templeton PA; Safuh A. Esophageal perforation: CT finding. Am J Roentgenol 1993; 160: 767-70.
4. Lomoschitz FM, Linnau KF, Mann FA. Pneumomediastinum without pneumothorax caused by esophageal rupture. Am J Roentgenol 2001; 177: 1416.
5. Jiménez A, Franquet T, Erasmus JJ, Martínez S, Estrada P. Thoracic complications of esophageal disorders. Radiographics 2002; 22: S247-58.
6. Farhan F, Ruiz DE, Samuel K, Dawn W, Webb R, Gotway MB. Helical CT Esophagography for the evaluation of suspected esophageal perforation or rupture. Am J Roentgenol 2004; 182: 1177-9.
7. Hansy TJ. Perforation of the abdominal segment of the esophagus. Am J Roentgenol 1984; 143: 751-4.
8. Zylak CM, James R, Standen JR, Barnes GR, Zylak CJ. Pneumomediastinum revisited. Radiographics 2000; 20: 1043-57.

### Solicitud de sobretiros:

Dr. Agustín Rodríguez Blas  
Av. Instituto Politécnico Nal. # 5160  
Col. Magdalena de las Salinas  
México, D.F.,  
C.P. 07760  
Teléfono Fax: 5747-7607  
Correo electrónico: jael17@prodigy.net.mx