

Síndrome de Boerhaave, a propósito de un caso clínico.

Boerhaave's Syndrome, report of clinical case.

Cristina Silva Porto¹, Sara Castroagudín Campos², Miguel Iglesias Paraco².

1 MÉDICO INTERNO RESIDENTE DE MEDICINA FAMILIAR Y COMUNITARIA EN EL CENTRO DE SALUD DE SAN ROQUE, VILAGARCÍA DE AROUSA, PONTEVEDRA.

2 MÉDICO INTERNO RESIDENTE DE MEDICINA FAMILIAR Y COMUNITARIA EN EL CENTRO DE SALUD DE VILANOVA DE AROUSA, PONTEVEDRA.

AUTOR PARA CORRESPONDENCIA: Cristina Silva Porto. e-mail: silvaporkcristina@gmail.com

Cad. Aten. Primaria
Año 2020
Volume 26 (3)
Páx. 31-32

INTRODUCCIÓN

Varón de 47 años de edad, con antecedentes personales de alcoholismo crónico con consumo de un litro de alcohol diariamente sin otros antecedentes de interés y que no realiza tratamientos crónicos. Acude a primera hora de la mañana a la consulta del punto de atención continuada por presentar dolor epigástrico muy intenso tras vómitos repetidos, con sudoración profusa y malestar generalizado de una hora de evolución.

Síntomas que se han ido haciendo más intensos a medida que pasa el tiempo. Refiere ingesta muy copiosa de cordero y alcohol durante la cena del día anterior. Ya durante la noche presenta varios episodios de diarrea. En la exploración física a su llegada al servicio impresiona de gravedad, con taquipnea, tiraje subcostal, sudoración profusa, mala perfusión periférica así como con dolor localizado en epigastrio e hipocondrio derecho, hipoventilación en ambas bases pulmonares y con datos de irritación peritoneal por lo que decide derivar de urgencia a su hospital de referencia para valoración.

DIAGNÓSTICO

El diagnóstico de sospecha es una perforación en algún punto del aparato digestivo alto pero se decide realizar en un primer momento un diagnóstico diferencial con patologías agudas que cursan con cuadros clínicos similares al del paciente: infarto agudo de miocardio, neumotórax o neumonía. Por tanto se solicitó un electrocardiograma con un resultado no relevante para el caso, una analítica sanguínea donde destacaba una leucocitosis en torno a 13.000 u/mm³ y una saturación de oxígeno del 95% a presión ambiente, en la gasometría arterial.

Las pruebas que finalmente aportaron el diagnóstico de certeza fueron la radiografía de tórax y la tomografía axial computarizada que informaron de una perforación localizada en el tercio distal del esófago con mediastinitis y derrame pleural bilateral (Figura 1). Por lo tanto el diagnóstico definitivo fue síndrome de Boerhaave con mediastinitis y derrame pleural bilateral secundarios al primero. +



FIGURA 1

CONCLUSIÓN

La rotura postemética del esófago se conoce como **síndrome de Boerhaave**. Se produce por un *aumento brusco de la presión abdominal* durante el vómito o asociado a *maniobras de Valsalva*, siendo más frecuente en el sexo masculino. En el 90% de los casos se rompe la pared esofágica posterolateral izquierda a unos 2-3 cm de la unión gastroesofágica.

Clínica

El cuadro se caracteriza por la presencia de vómitos, dolor torácico y enfisema subcutáneo, conocido como la **tríada de Mackler**, aunque no siempre se encuentran presentes.

Diagnóstico

El pilar diagnóstico principal es la alta sospecha clínica ante los síntomas que presenta el paciente. Una opción práctica, accesible

y que aporta gran información es la radiografía de tórax en la que se podría apreciar un derrame pleural, neumotórax, enfisema subcutáneo, o neumomediastino. Aunque puede ser normal en el 12% de los pacientes. Pero la base para el diagnóstico de certeza de un síndrome de Boerhaave actualmente es la tomografía axial computarizada.

Tratamiento

La mayoría de los autores recomiendan la cirugía inmediata aunque sigue siendo controvertido en lo que respecta a la técnica (cierre primario y exclusión o resección esofágica). El tratamiento conservador está indicado en caso de pacientes hemodinámicamente estables con perforaciones contenidas y sin signos de sepsis. Incluye la colocación de stent, tubo torácico, gastrostomía o yeyunostomía de alimentación.

Pronóstico

Es la perforación más letal de todas las perforaciones del aparato digestivo. Su 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. La supervivencia viene determinada por el tamaño y localización de la perforación, la edad, la contaminación del mediastino y cavidades pleurales y, el período transcurrido entre la perforación y el diagnóstico.

Se dispone del consentimiento informado verbal del paciente que consta por escrito en su historia clínica

BIBLIOGRAFÍA

1. García Calleja JL, Ferrer Sotelo R, Lagunas Lostao E, Borlán Ansón S, Valero Sabater M, Fernando Trebolle J et al. Perforación esofágica espontánea o Síndrome de Boerhaave. Cir Esp. 2015;93 (Espec Congr):422.
2. Granel Villach L, Fortea Sanchis C, Martínez Ramos D, Paiva Coronel GA, Queralt Martín R, Villarín Rodríguez A y Salvador Sanchis JL. Síndrome de Boerhaave: revisión de nuestra experiencia en los últimos 16 años. Revista de Gastroenterología de México. 2014;79 (1):67-70.
3. Pérez Villaverde N, Soto García M, Alemán Villanueva S, Barrios Barbero A y Rodríguez Jiménez S. Un paciente con...Síndrome de Boerhaave. Rev Clin Med Fam vol.8 no.2 Albacete jun. 2015.
4. Granados Mora E. Síndrome de Boerhaave: generalidades y manejo basado en la evidencia. Revista médica de Costa Rica y Centroamérica LXXII (615) 361 - 366, 2015.