

Síndrome de Boerhaave en paciente con hernia de hiato

Boerhaave syndrome in a patient with a hiatal hernia

López-Cantarero García-Cervantes M, García Reyes A, Domínguez-Adame Lanuza E

Hospital Universitario Virgen Macarena. Sevilla.

RESUMEN

La perforación esofágica es un proceso patológico con una alta mortalidad incluso con un diagnóstico rápido y tratamiento adecuado. Dentro de las causas de perforación esofágica, se encuentra el síndrome de Boerhaave o perforación esofágica barogénica. Presentamos el caso de un paciente de 57 años que acude a urgencias por vómitos y dolor torácico, siendo diagnosticado mediante TC de perforación esofágica. Se deben seguir los principios quirúrgicos fundamentales de diagnóstico rápido, control eficaz de la fuga, erradicación de la sepsis mediastínica y soporte óptimo en un plazo no mayor a 24 horas.

CORRESPONDENCIA

Manuel López-Cantarero García-Cervantes
Hospital Universitario Virgen Macarena
41009 Sevilla
manucantarero@gmail.com

XREF

Fecha de recepción: 17-02-21

Fecha de aceptación: 17-03-21

Palabras clave: síndrome de Boerhaave, perforación esofágica, dolor torácico, esofagectomía.

ABSTRACT

Esophageal perforation is a pathological process with a high mortality even with a quick diagnosis and proper treatment. Among the causes of esophageal perforation, we found Boerhaave syndrome or barogenic esophageal perforation. We present the case of a 57-year-old patient who was admitted to the emergency room due to vomiting and chest pain, being diagnosed by CT scan of esophageal perforation. The fundamental surgical principles of rapid diagnosis, effective leak control, eradication of mediastinal sepsis, and optimal support must be followed within 24 hours.

Key words: Boerhaave syndrome, esophageal perforation, chest pain, esophagectomy.

CITA ESTE TRABAJO

López-Cantarero García-Cervantes M, García Reyes A, Domínguez-Adame Lanuza E. Síndrome de Boerhaave en paciente con hernia de hiato. Cir Andal. 2021;32(2):186-88. DOI: 10.37351/2021322.16

INTRODUCCIÓN

El síndrome de Boerhaave, es una perforación espontánea del esófago que resulta de un aumento repentino de la presión intraesofágica combinada con presión intratorácica negativa (p.ej.: vómitos). Es una entidad rara, con una incidencia de 3,1 por 1.000.000 por año¹. De entre las perforaciones esofágicas, las perforaciones espontáneas representan el 15%². Se asocia con una alta morbilidad y mortalidad y es fatal en ausencia de tratamiento. La naturaleza inespecífica de los síntomas puede contribuir a un retraso en el diagnóstico y un mal pronóstico³.

CASO CLÍNICO

Varón de 57 años que acude a urgencias por dolor súbito a nivel epigástrico, irradiado a escápula izquierda, de 16 horas de evolución, tras vómitos postprandiales. Hemodinámicamente estable con tendencia a la taquicardia e hipotensión. Analíticamente destacan leucocitosis con desviación a la izquierda y elevación de proteína C reactiva. Se realiza TC (Figura 1), donde se evidencia neumomediastino (N), derrame pleural bilateral (DP) y una hernia hiatal (HH) con burbujas de gas en pared esofágica y unión gastroesofágica, sugiriendo perforación a dicho nivel. Se decide intervención quirúrgica urgente.

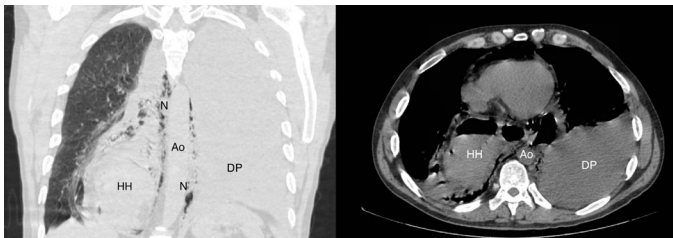


Figura 1

Imagen de tomografía computarizada (TC), donde se aprecia derrame pleural derecho (DP), neumomediastino (N) bilateral y hernia de hiato complicada (HH).

Intraoperatoriamente se objetiva perforación de unos 10 cm de esófago distal y fundus gástrico, y laceraciones en mucosa esofagogástrica que, junto a los antecedentes, sugieren rotura espontánea de esófago o síndrome de Boerhaave (Figura 2). Se realiza esofagectomía transhiatal con anastomosis esofagogástrica cervical vía laparotomía media. Tras 30 días de estancia en UCI y 14 en planta, el paciente es dado de alta.

DISCUSIÓN

El síndrome de Boerhaave es un desafío diagnóstico y terapéutico debido a la rareza de la afección y la variabilidad en la presentación. La ruptura espontánea del esófago puede ser causada por esfuerzo o vómitos y, con mucha menos frecuencia, parto, convulsiones, tos, o levantamiento de pesas⁴.

El síndrome de Boerhaave puede ocurrir en pacientes con un esófago normal. Sin embargo, un subconjunto de pacientes con síndrome de Boerhaave tiene una neoplasia maligna esofágica subyacente, hernia de hiato, esofagitis eosinofílica, úlceras pépticas

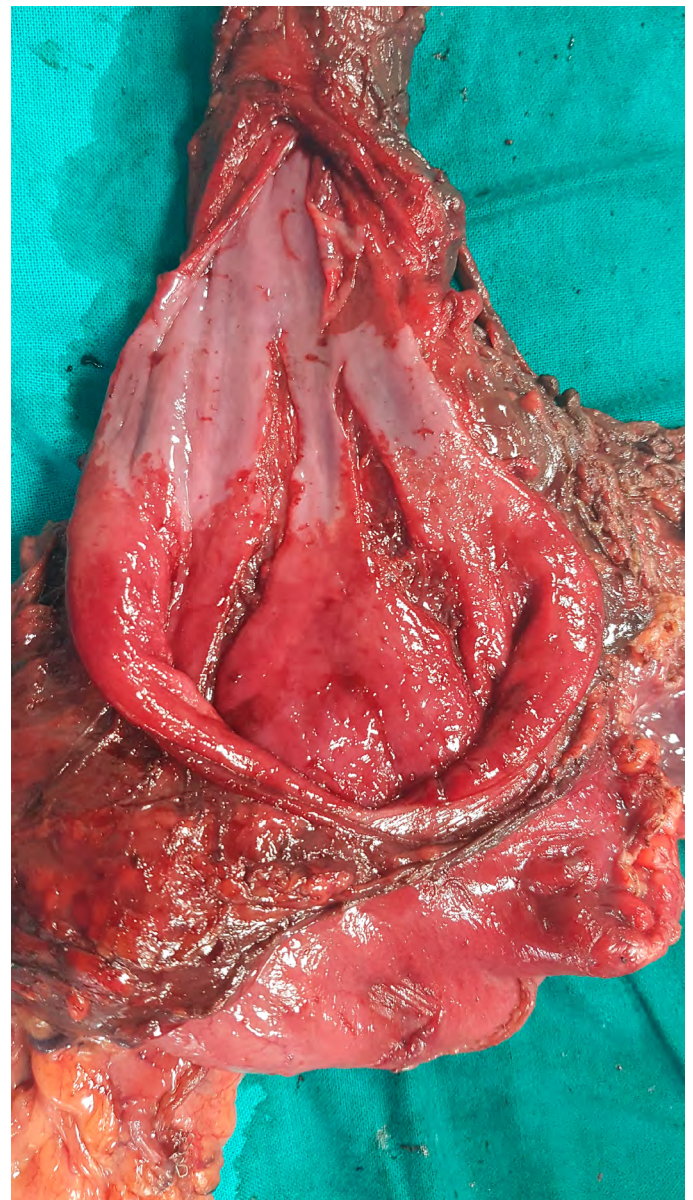


Figura 2

Fotografía de la pieza quirúrgica, que muestra perforación longitudinal de la unión esofagogástrica con laceraciones por hiperpresión intraluminal.

o metaplasia de Barrett. La perforación esofágica suele afectar la cara posterolateral izquierda del esófago distal. La rotura del esófago da como resultado la contaminación de la cavidad mediastínica con contenido gástrico e inflamación y, posteriormente, infección bacteriana y necrosis mediastínica. Se han descrito casos raros de taponamiento cardíaco y derrames pericárdicos infectados debido al síndrome de Boerhaave⁵.

El diagnóstico de síndrome de Boerhaave debe sospecharse en pacientes con dolor severo en el pecho, el cuello o la parte superior del abdomen después de un episodio de arcadas y vómitos intensos u otras causas de aumento de la presión intratorácica, y la presencia de enfisema subcutáneo (crepitación) en el examen físico. Si bien la radiografía de tórax y cuello puede respaldar la sospecha, el diagnóstico se establece mediante tomografía computerizada con/sin contraste oral⁶. Un retraso de más de 24 horas en el diagnóstico y

tratamiento de una perforación esofágica se asocia con una tasa de mortalidad más alta en comparación con un diagnóstico temprano y el inicio del tratamiento.

El tratamiento depende de la gravedad de la perforación y del tiempo transcurrido entre la perforación y su diagnóstico. Las opciones de manejo incluyen manejo médico, terapia endoscópica y cirugía, pudiendo realizar reparación primaria, resección local o incluso, esofagectomía⁷. La esofagectomía debe realizarse cuando el paciente presenta una neoplasia maligna, daño esofágico extenso que impide la reparación o enfermedad esofágica benigna en etapa terminal⁸.

BIBLIOGRAFÍA

1. Vidarsdottir H, Blondal S, Alfredsson H, Geirsson A, Gudbjartsson T. Oesophageal perforations in Iceland: a whole population study on incidence, aetiology and surgical outcome. *Thorac Cardiovasc Surg.* 2010;58(8):476-480. doi:10.1055/s-0030-1250347
2. Brinster CJ, Singhal S, Lee L, Marshall MB, Kaiser LR, Kucharczuk JC. Evolving options in the management of esophageal perforation. *Ann Thorac Surg.* 2004;77(4):1475-1483. doi:10.1016/j.athoracsur.2003.08.037
3. Brauer RB, Liebermann-Meffert D, Stein HJ, Bartels H, Siewert JR. Boerhaave's syndrome: analysis of the literature and report of 18 new cases. *Dis Esophagus.* 1997;10(1):64-68. doi:10.1093/dote/10.1.64
4. Pate JW, Walker WA, Cole FH Jr, Owen EW, Johnson WH. Spontaneous rupture of the esophagus: a 30-year experience. *Ann Thorac Surg.* 1989;47(5):689-692. doi:10.1016/0003-4975(89)90119-7
5. Saha A, Jarvis M, Thorpe JA, O'Regan DJ. Atypical presentation of Boerhaave's syndrome as Enterococcal bacterial pericardial effusion. *Interact Cardiovasc Thorac Surg.* 2007;6(1):130-132. doi:10.1510/icvts.2006.139667
6. Tonolini M, Bianco R. Spontaneous esophageal perforation (Boerhaave syndrome): Diagnosis with CT-esophagography. *J Emerg Trauma Shock.* 2013;6(1):58-60. doi:10.4103/0974-2700.106329
7. Aiolfi A, Inaba K, Recinos G, et al. Non-iatrogenic esophageal injury: a retrospective analysis from the National Trauma Data Bank. *World J Emerg Surg.* 2017;12:19. Published 2017 Apr 27. doi:10.1186/s13017-017-0131-8
8. Chirica M, Kelly MD, Siboni S, et al. Esophageal emergencies: WSES guidelines. *World J Emerg Surg.* 2019;14:26. Published 2019 May 31. doi:10.1186/s13017-019-0245-2