

Caso	(471) Perforación esofágica, síndrome de boerhaave
Autores	Marta Herruzo Rivas, Alberto Hermoso Torres, Antonio José García Sánchez
Centro	Complejo Hospitalario De Jaén

EXPOSICIÓN DEL CASO

Paciente varón de 40 años consumidor de cocaína y heroína que acude a urgencias por malestar general. Refiere vómitos alimenticios tras los cuales comienza con dolor costal brusco, disnea, nerviosismo, sudoración y malestar general. A la exploración presentaba abdomen distendido y duro a la palpación y la analítica mostraba leucocitosis (19000) con neutrofilia y creatinina 1.7. La radiografía de tórax evidenció un neumotórax izquierdo. Se completó estudio con TC donde se observó neumomediastino por encima del diafragma y periaórtico, neumotórax leve izquierdo y gran derrame pleural ipsilateral. Hallazgos que sugirieron perforación de esófago distal, posible Síndrome de Boerhaave.

El paciente fue intervenido quirúrgicamente confirmando la existencia de dos perforaciones en regiones posterolateral derecha e izquierda del esófago distal. Evolucionó correctamente.

DISCUSIÓN

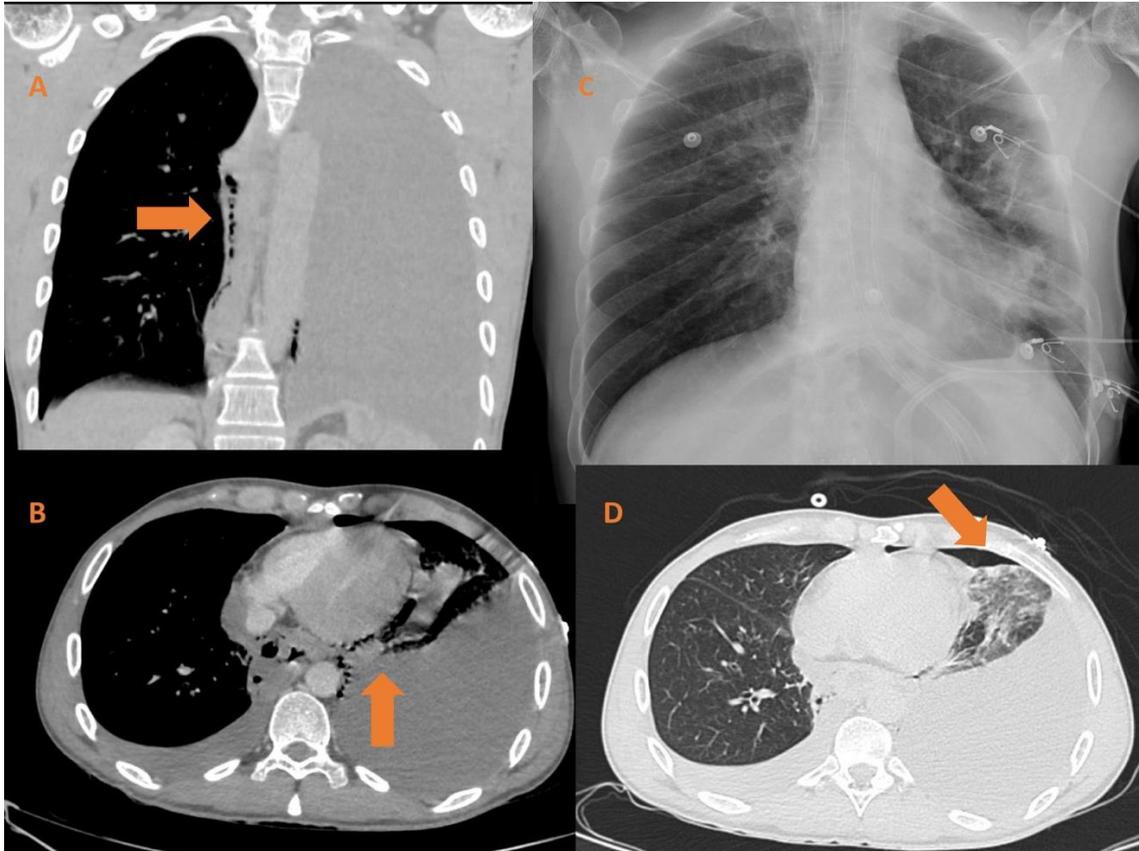
La perforación esofágica es una patología relativamente rara pero grave, que sin tratamiento puede progresar a mediastinitis y shock séptico. Sus manifestaciones clínicas clásicas son: vómitos, dolor torácico y enfisema mediastínico (Triada de Macler). Sin embargo, a menudo se presenta con signos clínicos inespecíficos (hipotensión, sepsis, fiebre), pudiendo confundirse con IAM, disección aórtica o patología abdominal.

Las alteraciones visibles en la TC pueden ser la primera pista para sugerir el diagnóstico hasta en el 30% de los casos. Las principales causas son traumática, espontánea, neoplásica o infecciosa. Dentro de las causas espontáneas incluimos el síndrome de Boerhaave; que consiste en una rotura transmural del esófago, más frecuente en lado izquierdo y distal del esófago, con salida de la sangre hacia el mediastino. Es más frecuente en hombres y se relaciona con vómitos violentos y consumo de alcohol. Clínicamente se presenta con un cuadro brusco de dolor, vómitos, neumotórax, enfisema subcutáneo y shock. Constituye una situación grave que requiere tratamiento quirúrgico urgente. El signo radiológico clásico es la "V de Naclerio", que corresponde a enfisema mediastínico lineal en ángulo costovertebral izdo (entre aorta inferior y diafragma).

Frecuentemente asocia derrame pleural izquierdo. Cuando se administra contraste oral se observa extravasación del mismo hacia el mediastino inferior y la cavidad pleural (generalmente izquierda, ya que la porción distal del esófago está en contacto con ella). Suele asociar hidroneumotórax.

CONCLUSIÓN

El síndrome de Boerhaave es una enfermedad poco frecuente pero que supone una emergencia médica grave. La supervivencia depende de la rapidez del diagnóstico y tratamiento, para lo que tiene un papel clave la realización de pruebas de imagen y conocer sus signos característicos.



En A y B, corte coronal y axial respectivamente, observamos burbujas de aire periaórtico y periesofágico que corresponden al neumomediastino. C y D, rx tórax y corte axial en ventana de pulmón donde observamos neumotórax y gran derrame pleural izdos.

BIBLIOGRAFÍA

Ali D, Detroz A, Gorur Y, et al. Abrupt Severe Chest Pain and Vomiting: Remember to Think of a Ruptured Oesophagus (Boerhaave Syndrome). *Eur J Case Rep Intern Med.* 2019;6(10):001265.

Ruibal,MC, Martinez A, Baleato S. Perforación esofágica: espectro de hallazgos radiológicos. Congreso nacional SERAM, 2008 White CS, Templeton PA, Attar S. Esophageal perforation: CT findings. *AJR* 1993;160: 767-770

Backer CL et al. Computed tomography in patients with esophageal perforation. *Chest* 1990; 98: 1078-80