

Caso	(540) Dolor centro torácico, más allá del síndrome aórtico agudo e infarto
Autores	Esnelly Francismaría Berríos Bonilla, Flores Quan Jose Carlos, Álvarez Páez Manuel Sebastián, Calero Ortega Andrea, Cifuentes García Irene
Centro	Complejo Hospitalario De Toledo

EXPOSICIÓN DEL CASO

Mujer de 48 años que acude a urgencias con dolor retroesternal, irradiado a región interescapular tras episodio de vomito. El EKG es normal y en la analítica destaca leucocitosis de 42000, PCR 145, procalcitonina de 8. Durante su ingreso se identifica enfisema subcutáneo hasta región palpebral derecha, por lo que se solicitan nuevas pruebas de imagen.

En la radiografía de tórax se identifica radiolucencia mediastínica adyacente a botón aórtico y región paratraqueal en relación con neumomediastino que asocia derrame pleural izquierdo. Por los hallazgos antes descritos, se realiza TC de tórax con contraste oral identificándose extenso enfisema subcutáneo a nivel cervical bilateral, que se extiende a raíces de ambos miembros superiores y pared torácica superior, así como neumomediastino de localización periesofágica, prevascular y periaórtico con liquido libre periesofágico y paraaórtico. En la porción inferior del mediastino posterior se visualiza fuga del contraste esofágico a través de un defecto de 10 mm en la pared posterolateral izquierda del esófago distal en un segmento de 20 mm, en relación con perforación. Asocia neumotórax basal izquierdo y mínimo apical ipsilateral, así como moderado derrame pleural, que condiciona atelectasia pasiva de parénquima pulmonar subyacente.

DISCUSIÓN

El síndrome de Boerhaave o perforación esofágica espontánea es una urgencia quirúrgica muy rara (incidencia estimada 1/6000), con alta morbi-mortalidad.

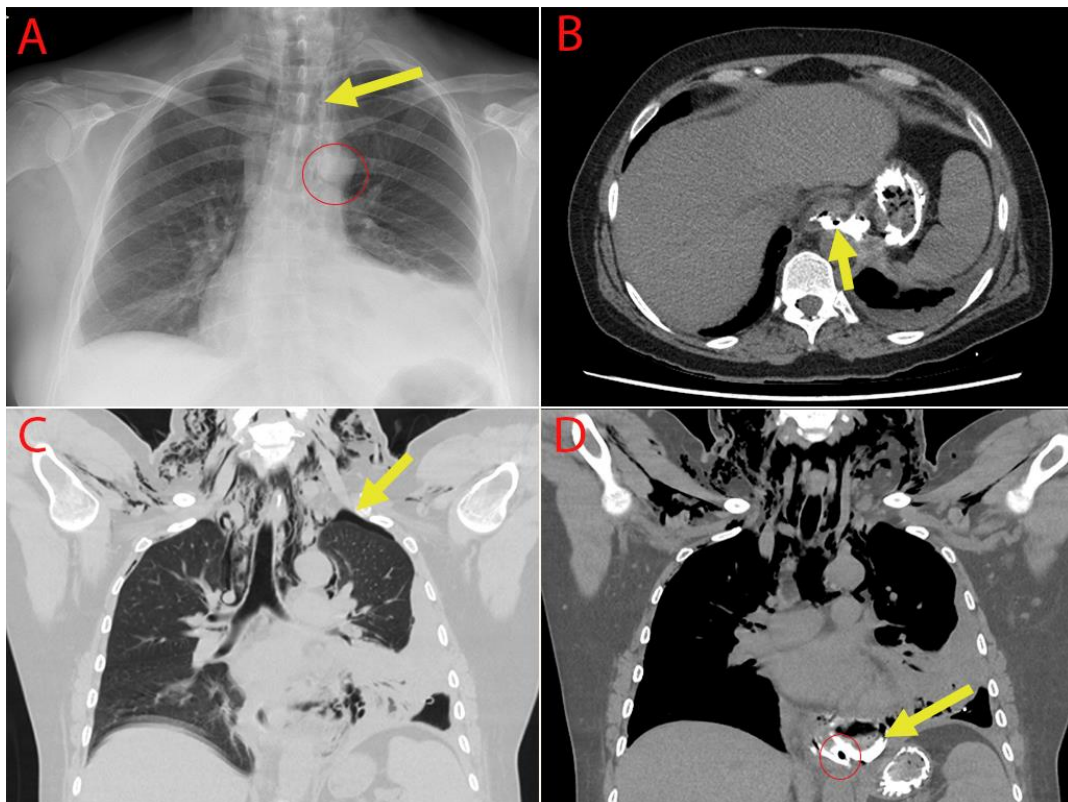
Se diagnostica con mayor frecuencia en hombres de 50-70 años, después de una ingestión abundante de comida o consumo abundante de alcohol. Ocurre cuando hay una relajación incompleta del músculo cricofaríngeo durante el vómito, lo que resulta en un aumento abrupto de la presión intraluminal suficiente para romper el esófago. La perforación se localiza principalmente a lo largo de la pared posterolateral izquierda del esófago distal (90%), 3-6 cm por encima del hiato esofágico del diafragma. Muchos pacientes presentan síntomas atípicos y los hallazgos en el examen físico a menudo son inespecíficos. La "tríada de Mackler": vómitos, dolor en la parte baja del pecho y enfisema subcutáneo, está presente solo en una minoría de pacientes. Esto conlleva, como en nuestro caso, a pensar en otros diagnósticos como síndrome aórtico agudo, pericarditis, infarto de miocardio, embolia pulmonar, neumotórax espontáneo o úlcera péptica perforada y retrasar el tratamiento de forma precoz, aumentando la probabilidad de progresar rápidamente a mediastinitis infecciosa y choque séptico en 24-48 h.

Los métodos de tratamiento van desde el manejo no quirúrgico hasta la esofagectomía o la exclusión y desviación quirúrgica; sin embargo, con un diagnóstico temprano de perforación no contenida, la cirugía sigue siendo el pilar del tratamiento.

Es indispensable en este tipo de pacientes tener una alta sospecha al realizar la anamnesis y el examen físico, con la finalidad de lograr un diagnóstico acertado y un manejo oportuno para prevenir el desarrollo de complicaciones. Las pruebas de imagen nos ayudan a orientar el diagnóstico y nos permiten dar una aproximación anatómica del lugar de la perforación y los hallazgos en relación con la misma, para el posterior manejo quirúrgico de la misma.

CONCLUSIÓN

El síndrome de Boerhaave es una causa poco común de dolor centrotorácico y sus síntomas inespecíficos hacen difícil su diagnóstico al solaparse con otras causas de dolor torácico agudo, retrasando su diagnóstico, por lo que es importante realizar una adecuada relación clínico - radiológica con la finalidad de diagnosticar esta entidad y prevenir el desarrollo de complicaciones.



A. Neumomediastino de localización periaórtico (círculo rojo) y paratraqueal bilateral (flecha amarilla). B. Defecto en pared posterolateral izquierda (flecha amarilla en b y círculo rojo en d) que asocia fuga de contraste (flecha amarilla en d) en relación con perforación esofágica. C. Neumotórax apical izquierdo (flecha amarilla) y derrame pleural asociado.

BIBLIOGRAFÍA

1) Catherine A. Young, Christine O. Menias, Sanjeev Bhalla, and Srinivasa R. Prasad. CT Features of Esophageal Emergencies. *RadioGraphics* 2008 28:6, 1541-1553. DOI: <https://doi.org/10.1148/rg.286085520>

2) Tonolini M, Bianco R. Perforación esofágica espontánea (síndrome de Boerhaave): diagnóstico con CT-esofagografía. *J Emerg Trauma Shock* . 2013; 6: 58-60. DOI: <https://doi.org/10.4103/0974-2700.106329>

3) de Schipper JP, Pull ter Gunne AF, Oostvogel HJ et-al. Rotura espontánea del esófago: síndrome de Boerhaave en 2008. Revisión de la literatura y algoritmo de tratamiento. *Dig Surg*. 2009; 26 (1): 1-6. doi: 10.1159 / 000191283.

4) Giménez A, Franquet T, Erasmus JJ et-al. Complicaciones torácicas de los trastornos esofágicos. *Radiografía*. 2002; 22 Especificación No: S247-58.