
Síndrome de Boerhaave. importancia de un diagnóstico oportuno. Presentación de caso.



Rev Guatem Cir Vol. 30 (1) - 2024

Servio Tulio Torres Rodríguez, Roberto Estrada Gordillo, José Gabriel Rayo Méndez, Roberto Gordillo Castillo.

Hospital Hermano Pedro. Guatemala. Guatemala. Autor correspondiente. Servio Tulio Torres Rodríguez. 6 avenida 7-66 zona 10. Edificio Condominio Médico. Oficina C-2. Guatemala. E Mail. stuliotr@gmail.com

RESUMEN

Introducción. La rotura espontánea de esófago conocida como Síndrome de Boerhaave tiene una etiología diversa, asociada hasta en un 90% a un incremento súbito de la presión esofágica intraluminal y fallo de la relajación del músculo cricofaríngeo después de vómitos forzados y se localiza principalmente en el tercio inferior posterolateral izquierdo. **Presentación de caso.** Se presenta caso de un varón de 39 años con antecedentes de alcoholismo habitual, que consulta a emergencia por dolor epigástrico y vómitos de reciente data. Se diagnostica síndrome de Boerhaave a través de esofagograma y se repara por vía torácica izquierda acompañado de cierre primario en dos planos y parche muscular. **Conclusiones.** El diagnóstico precoz y la intervención quirúrgica reparativa temprana se relaciona con una sobrevida favorable del paciente.

Palabras claves. Síndrome Boerhaave, esófago, toracotomía, cierre primario

ABSTRACT

Boerhaave Syndrome. Importance of a Prompt Diagnosis. Case presentation.

Introduction. The spontaneous rupture of the esophagus known as Boerhaave Syndrome has a diverse etiology, associated in up to 90% with a sudden increase in intraluminal esophageal pressure and failure to relax the cricopharyngeal muscle after forced vomiting and is located mainly in the lower third, left posterolateral. **Case presentation.** We present the case of a 39-year-old man with a history of habitual alcoholism, who consulted the emergency room due to recent epigastric pain and vomiting. Boerhaave syndrome was diagnosed through esophagogram and repair was performed through a left thoracic approach accompanied by primary closure in two planes and a muscle patch. **Conclusions.** Early diagnosis and early reparative surgical intervention are related to favorable patient survival.

Keywords. Boerhaave syndrome, esophagus, thoracotomy, primary closure

INTRODUCCIÓN

Herman Boerhaave en el siglo XVIII describió en hallazgos de autopsia la perforación del esófago, la que llevaría posteriormente su nombre y dos siglos después, el Dr. Barret N.R, publicó el primer cierre exitoso en una paciente de mediana edad con perforación posterior del tercio inferior a través de toracotomía derecha¹. Esta patología de baja frecuencia y alta mortalidad, exige de un diagnóstico oportuno para una intervención temprana precisa. Se presenta el caso de un paciente masculino que consulta a emergencia con historia de alcoholismo habitual, vómitos y dolor abdominal epigástrico que lleva a sospechar perforación esofágica, confirmada por esofagograma y reparada en dos

planos a través de toracotomía izquierda. La evolución de paciente fue favorable egresando sin fugas ni complicaciones infecciosas mediastinales.

PRESENTACIÓN DE CASO CLÍNICO

Masculino de 39 años, que ingresó por la madrugada al servicio de urgencias con historia de dolor abdominal de fuerte intensidad, localizado en región epigástrica, de instalación súbita y permanencia constante que posteriormente se irradia al pecho. A su ingreso, se encontró consciente, orientado, quejumbroso, con S/V: P/A 120/70, FC 78 X', FR 16 x' Corazón rítmico sin soplos ni ruidos ectópicos. Pulmones con buena entrada de aire en ambos campos pulmonares

pulmonar. Abdomen con resistencia muscular, doloroso a la palpación y ruidos intestinales presentes. Ingresó con diagnóstico de posible pancreatitis aguda, úlcera péptica perforada o enfermedad coronaria. Se documentó antecedente de alcoholismo rutinario y vómitos con reducida frecuencia unas horas previas a su ingreso. El electrocardiograma y el panel de enzimas cardíacas eran normales. Sus laboratorios mostraron: Recuento de glóbulos blancos en $9.33 (10^3/\mu\text{l})$, linfocitos $2.37 (10^3/\mu\text{l})$ 25.4%, granulocitos $6.37 (10^3/\mu\text{l})$, 68.3%, hemoglobina 16.8 g/dl, hematocrito 51.6%, plaquetas $614 + 10^3/\mu\text{l}$, amilasa en 86 u/l, lipasa 140 u/l, transaminasa G.O 45 u/l, transaminasa G.P 40 u/l, nitrógeno de urea 15 mgs/dl y creatinina 0.9 mgs/dl.

La radiografía de tórax mostró área de hiperlucencia paracardíaca izquierda y ante la sospecha de ruptura esofágica, se solicitó esofagograma en la cual se observó extravasación contenida del medio de contraste del tercio inferior del esófago. Figuras 1 y 2.

Con diagnóstico de Síndrome de Boerhaave o ruptura espontánea del esófago, se llevó a sala de operaciones donde se realizó toracotomía posterolateral izquierda con apertura del tórax en el 5 espacio intercostal. Se observó abombamiento para cardíaco, no pulsátil. Se disecó el esófago distal desde el hilio pulmonar hasta el hiato, descubriendo sitio de perforación de más o menos 2 cms, en sentido longitudinal al eje del esófago, se aspiró material mucoso y pocos restos alimenticios. Figuras 3 y 4. El esófago se cerró en dos planos con material de sutura absorbible y puntos separados. Se interpuso parche de músculo intercostal y se cerró la pleura parietal. Se coloca sonda nasogástrica, salvando el sitio del cierre esofágico y tubo de drenaje torácico en hemitórax izquierdo. Con evolución clínica y radiológica satisfactoria, se retiró el

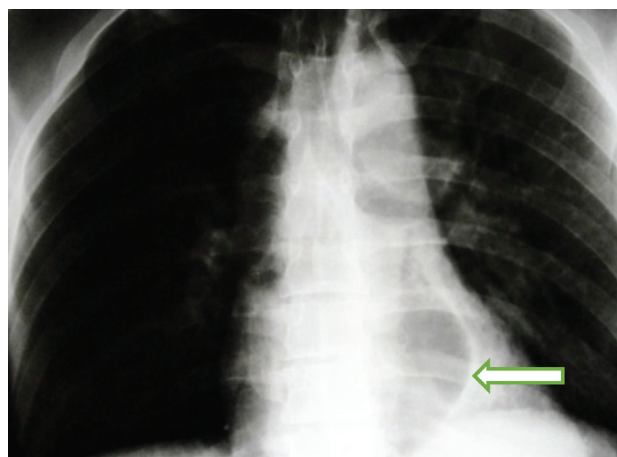


Figura 1. Observa el neumomediastino basal izquierda

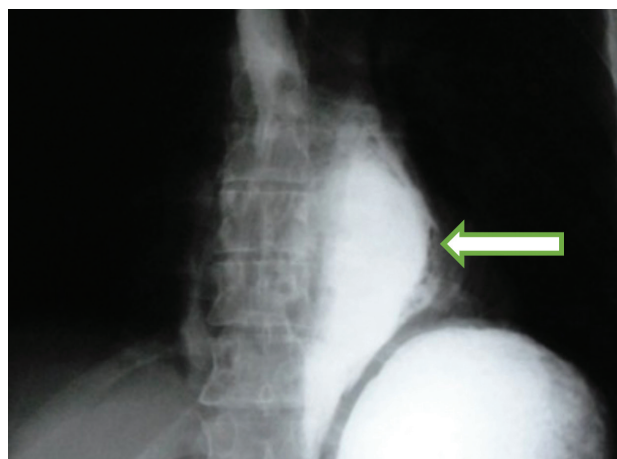


Figura 2. Extravasación del medio de contraste en tercio inferior del esófago

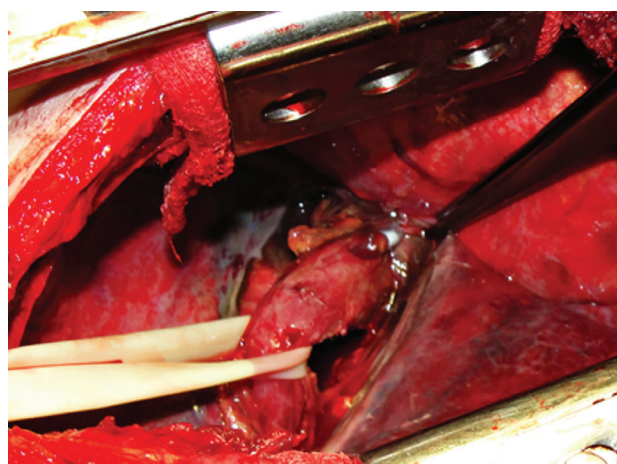


Figura 3. Perforación esofágica de 2 cms

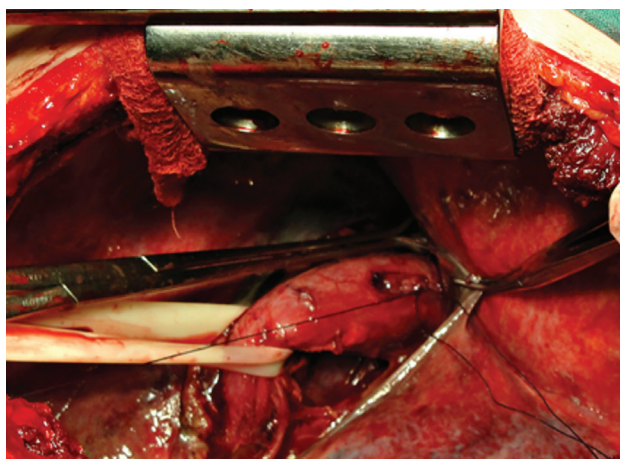


Figura 4. Cierre en dos planos del esófago



Figura 5. Esofagograma control

drenaje al 5° día post operatorio y se dio egreso en condición estable. El esofagograma de control reveló paso del medio de contraste hacia el estómago sin fugas ni estrecheces. Figura 5.

DISCUSIÓN

El ejercicio de la práctica médica conlleva siempre la toma de decisiones que inciden directa o indirectamente en la evolución y el desenlace favorable o nocivo de nuestras acciones. El diagnóstico preciso y la pronta intervención en algunos casos significa la diferencia entre la vida o la muerte del paciente. El síndrome descrito por Herman Boerhaave en 1724 es una de esas entidades en que se conjugan ambos axiomas y fue muy elegantemente enunciado por N.R. Barret en su publicación de 1946 en el que literalmente describe “En los desvíos de la cirugía, pocas afecciones pueden ser más dramáticas en su presentación y más terribles en sus síntomas que la perforación espontánea del esófago. Hasta ahora ningún caso ha sido tratado con éxito y sólo en unos pocos se ha logrado el diagnóstico antes de la muerte, pero no hay ninguna razón fundamental por la que esta situación insatisfactoria no deba mejorarse en el futuro¹.

En el transcurso del tiempo los métodos diagnósticos y las técnicas quirúrgicas han evolucionado considerablemente, modificando lo que en su momento parecía ser la única primicia, sin que ello signifique descuidar los principios de que la historia clínica aporta los elementos de sospecha que deben ser tomados en cuenta, así en este caso, aun cuando no se cumplieron todos los signos de vómitos, acompañados de dolor retroesternal y enfisema subcutáneo, conocido como Tríada de Mackler reportados entre el 40% al 66% de los casos² deben alertarnos, sobre todo en pacientes con historia de etilismo crónico, síntomas agudos de vómitos y dolor epigástrico. El diagnóstico diferencial incluye ulcera gástrica o duodenal perforada, infarto

agudo de miocardio, pericarditis, neumotórax, tromboembolismo pulmonar, hernia diafragmática, aneurisma disecante de aorta, pancreatitis aguda; los que deberán ser descartados en base a los hallazgos clínicos, radiológicos y de laboratorios; así como el neumomediastino espontáneo entidad benigna no asociada a trauma ni yatrogenia³.

El antecedente de alcoholismo, los vómitos y la localización del dolor motivó la toma de radiografía de tórax que muestra alteraciones en más de un 70-90% de los casos⁴ y que evidenció en el paciente, una imagen de aire mediastinal paracardiaco izquierdo y el esofagograma, que tiene una alta sensibilidad alrededor del 90%, confirmó la sospecha de ruptura esofágica por la presencia del medio de contraste extravasada en la posición que generalmente se localiza, es decir a nivel en el tercio inferior del esófago, lado izquierdo y a unos 3-5 cm de la unión gastroesofágica^{5,6}. La tomografía aporta signos de neumomediastino, mediastinitis y signos indirectos de perforación como engrosamiento mural o aire libre paraesofágico y la endoscopia es controvertida por la posibilidad de ampliación de la perforación y el posible aumento de la contaminación⁴. Su etiología implica un incremento súbito de la presión esofágica intraluminal y fallo de la relajación del músculo cricofaríngeo después de vómitos forzados; y con menor frecuencia durante el parto, la defecación, crisis asmática y el levantamiento de pesas².

El diagnóstico en las primeras 24 horas, es crucial para el pronóstico del paciente, previniendo las complicaciones infecciosas y catabólicas producto de la perforación, como la mediastinitis y la sepsis. La decisión del tratamiento sin retrasos influye directamente en la sobrevida, siendo ésta del 75% en las 24 horas, 50% después de este tiempo y aproximadamente del 10% después de las 48 horas⁷. Este diagnóstico temprano

nos permitió ofrecer un tratamiento quirúrgico sin demoras, efectuando el cierre primario en dos planos de las paredes del esófago y reforzamiento con parche de músculo intercostal, que es la moción de manejo quirúrgico más exitoso con o sin debridación mediastinal de refuerzo, y drenaje de la cavidad pleural afectada y mejor, si fuera en las primeras 12 horas posterior a la perforación. El debate puede ser controversial en aquellos casos en que el tiempo de la ruptura fuera mayor de 24 horas, ya que el cierre primario, idealmente debería ser reservada para los que se presenten en las primeras 12 horas.^{8,9}

Las modalidades del tratamiento incluyen, el manejo conservador reservada para perforaciones contenidas y tratadas con antibióticos, sonda nasogástrica y nutrición parenteral. La cirugía debería proponerse en los pacientes con perforación libre, en la ausencia de comorbilidades que pudieran complicar la cirugía y en pacientes con patología esofágica subyacente. Las opciones quirúrgicas son cierre primario, reforzado cierre primario (músculo intercostal, pleura, diafragma, estómago, epiplón y pulmón) y exclusión o resección esofágica⁵. La técnica mínimamente invasiva, mediante el uso de toracoscopia para reparación esofágica primaria deberá estar indicarla en pacientes hemodinámicamente estable, sin signos de sepsis y sin factores de riesgo médicos significativos que pudieran complicar el procedimiento⁸. La posibilidad de fístula post operatoria es la complicación más temida de la esofagectomía, reportada entre el 3 y el 25%¹⁰ o de la reparación tardía en el cierre primario. Los métodos de reparación y tratamientos incluyen los procedimientos quirúrgicos establecidos, como la instrumentación con stent metálicos auto expandibles o stent plásticos auto expandibles, con tasas de éxito del 90%^{8,10} y el uso de selladores de fibrina. El triunfo o el fracaso dependerá del tiempo transcurrido entre perforación y el diagnóstico, de

la longitud de la lesión y del criterio quirúrgico del cirujano para adoptar el procedimiento más adecuado según la situación particular.

CONCLUSIONES

Un diagnóstico certero basado en la sospecha clínica de la entidad y confirmado con estudios de imágenes, impulsará la toma de decisión quirúrgica inmediata, lo que incidirá directamente en el pronóstico del paciente, sobre todo, si la

intervención quirúrgica se realiza en las primeras 24 horas posteriores al inicio del suceso.

DECLARACIÓN DE CONFLICTO DE INTERESES

Los autores declaramos no tener ningún conflicto de intereses.

REFERENCIAS

1. Barrett NR. REPORT OF A CASE OF SPONTANEOUS PERFORATION OF THE ESOPHAGUS SUCCESSFULLY TREATED BY OPERATION. *Br J Surg.* 1946;216-218.
2. Borja JN, Ruilova JC, Rendón FA, Asqui EP. BOERHAAVE SYNDROME . REPORT OF A CASE. *Rev Med FCM-UCSG.* 2016;20(1):38-41.
3. Ana D, Aláez B, A JG, et al. Un caso de neumomediastino espontáneo que simula un síndrome de Boerhaave. *Rev Chil Cirugía.* 2009;61(1):89-91.
4. Carpio-Deherza Gonzalo, Lozada-González Vania C-AJ. Manejo quirúrgico del síndrome de Boerhaave. A propósito de un caso. *Rev Médico-Científica "Luz y Vida."* 2015;6(1):31-35.
5. L. Granel-Villach, C. Fortea-Sanchis, D. Martínez-Ramos, G.A. Pava-Coronel, R. Queralt-Martin, A.Villarín-Rodríguez J. S-S. Boerhaave ' s syndrome : A review of our experience over the last 16 years. *Rev Gastroenterol México.* 2014;79(1):67-70. doi:10.1016/j.rgmexen.2013.11.001
6. Lugo JJM. SÍNDROME DE BOERHAAVE. UNA CAUSA INFRECUENTE DE PERFORACIÓN ESOFÁGICA. *Rev Med Costa Rica.* 2012;603:367-371.
7. Mauricio Godinho, Eduardo Henrique Buschinelli, Evaldo Marchi, Sergio Ferreira Modena RA de P. Ruptura espontânea do esôfago - síndrome de Boerhaave ' . *Rev Col Bras.* 2012;39(1):83-84.
8. Mora EG. CIRUGÍA SÍNDROME DE BOERHAAVE : GENERALIDADES Y MANEJO. *Rev Médica Costa Rica y Centroamérica.* 2015;615:361-366.
9. Noslen Martínez Valenzuela, Juan Alberto Martínez Hernández MFD. Therapeutic Approach of Boerhaave ' s Syndrome Introducción. *Rev Cuba Cirugía.* 2020;59(4):1015.
10. Persson S, Rouvelas I, Irino T, Lundell L. Outcomes following the main treatment options in patients with a leaking esophagus : a systematic literature review. *Dis Esophagus.* 2017;30:1-10. doi:10.1093/dote/dox108