

ROTURA ESPONTÁNEA DE ESÓFAGO TRAS INGESTA DE ALCOHOL

SPONTANEOUS ESOPHAGEAL RUPTURE AFTER ALCOHOL INTAKE

A.M. Caballero-Mateos, P.I. Jervez-Puente, F. Valverde-López, M. Ruiz-Cabello-Jiménez

Hospital Virgen de las Nieves. Granada.

Resumen

La rotura espontánea esofágica, o síndrome de Boerhaave, constituye una patología infrecuente que suele asociarse a una elevada mortalidad. La presentación clínica suele ser muy característica, por ello una actuación rápida puede ser determinante para el pronóstico.

Palabras clave: rotura espontánea de esófago, síndrome de Boerhaave.

Abstract

The spontaneous esophageal rupture (Boerhaave syndrome) is a rare condition associated with high mortality. Most of the times, its clinical findings are typical, which makes a quick diagnosis crucial for the final outcome.

Keywords: spontaneous esophageal rupture, Boerhaave syndrome.

CORRESPONDENCIA

Antonio Caballero Mateo
Hospital Virgen de las Nieves
Avda. de las Fuerzas Armadas, 2. 18014 Granada.
ogy1492@hotmail.com

Fecha de envío: 15/03/2017
Fecha de aceptación: 22/03/2017

Caso clínico

Se presenta el caso de un paciente de 51 años, sin antecedentes de interés y bebedor de unos 60 g de alcohol al día, que acude a urgencias por cuadro de dolor centrotorácico muy intenso no irradiado de dos horas de evolución tras ingesta de alcohol. Presenta importante sensación nauseosa pero no ha logrado vomitar. No ha presentado fiebre ni sensación distérmica. A su llegada presenta estabilidad hemodinámica. La exploración abdominal encuentra una defensa muscular voluntaria sin claros signos de irritación peritoneal. Se realiza un TC abdominal con contraste donde se objetivan signos de neumomediastino con engrosamiento y desestructuración de la pared del esófago distal sugerente de rotura espontánea esofágica (Figuras 1, 2 y 3). Conocido el resultado, se procede a ingreso para intervención quirúrgica urgente, donde se realiza esofaguectomía subtotal con esofagostomía cervical y colocación de sonda de yeyunostomía para alimentación, tras identificar perforación esofágica de unos 2 cm de longitud en esófago distal. Tras un postoperatorio clínicamente tórpido por un síndrome de privación alcohólica, el paciente evoluciona favorablemente y se procede al alta hospitalaria. Un mes después ingresa de forma programada para reconstrucción esofágica con plastia gástrica retroesternal.

El paciente no ha vuelto a presentar clínica relacionada en los siguientes cuatro años. Actualmente se encuentra en estudio por probable hepatopatía alcohólica crónica.

El síndrome de Boerhaave supone alrededor del 15% de roturas de esófago¹. Este síndrome se asocia en ocasiones a esofagitis eosinofílica, esofagitis secundaria a medicación,

esófago de Barrett o úlceras infecciosas². El cuadro clínico suele desencadenarse tras un episodio de vómitos, sin embargo en este caso no llegó a producirse. Probablemente tanto las náuseas como el esfuerzo provocado por éstas produjeron el aumento de presión necesario para la rotura.

La mortalidad se encuentra entre el 16% y el 51%, sin embargo se llega al 70% de los casos si no se interviene a tiempo³. En caso de rotura mínima y estabilidad clínica se podrá comenzar tratamiento conservador; sin embargo la gran mayoría de los casos requerirá tratamiento quirúrgico⁴. Debido a la gravedad del cuadro, el diagnóstico y tratamiento tempranos se hacen fundamentales.

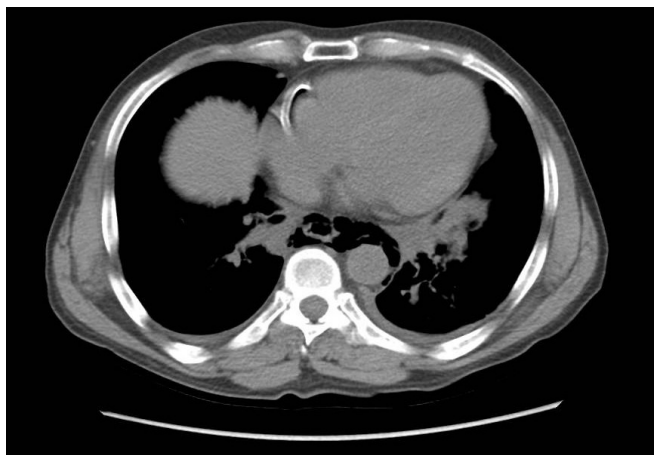


Figura 1 Imagen de TC donde se aprecia rotura esofágica distal y neumomediastino.

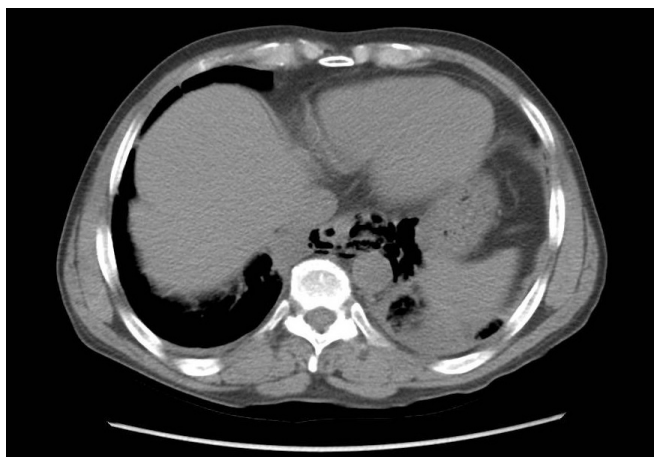


Figura 2 Importante cantidad de aire en mediastino.

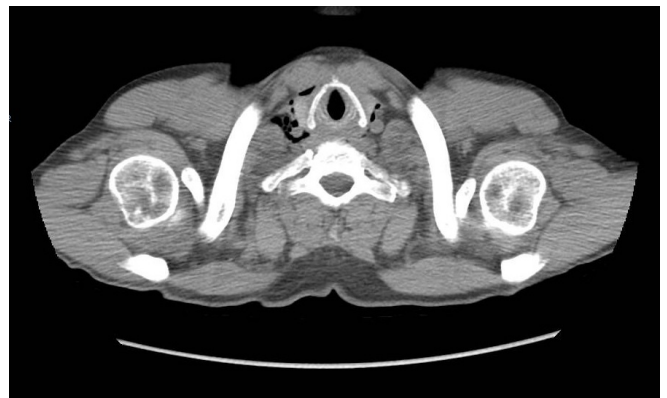


Figura 3 Aire subcutáneo a nivel cervical.

Bibliografía

1. Brinster CJ, Singhal S, Lee L, et al. Evolving options in the management of esophageal perforation. *Ann Thorac Surg* 2004; 77:1475.
2. Pate JW, Walker WA, Cole FH Jr, et al. Spontaneous rupture of the esophagus: a 30-year experience. *Ann Thorac Surg* 1989; 47:689.
3. Larsen K, Skov Jensen B, Axelsen F. Perforation and rupture of the esophagus. *Scand J Thorac Cardiovasc Surg* 1983; 17:311.
4. Carrott PW Jr, Low DE. Advances in the management of esophageal perforation. *Thorac Surg Clin* 2011; 21:541.