

LA IMPORTANCIA DE EXPLORAR A LOS PACIENTES. SÍNDROME DE BOERHAAVE

Garre González, Miguel Ángel; Guerrero Barranco, Beatriz; Robles Casado, Beatriz. Hospital de Poniente El Ejido (Almería)

INTRODUCCIÓN

La rotura esofágica espontánea tras vómitos (Síndrome de Boerhaave) es causa poco frecuente de perforación esofágica siendo habitual la demora en el diagnóstico por su presentación inespecífica. Las alteraciones radiológicas por perforación aparecen en el 80% de los casos pero horas o días después y ya que las manifestaciones clínicas son muy inespecíficas todo dificulta el diagnóstico al inicio.

DESCRIPCIÓN DEL CASO

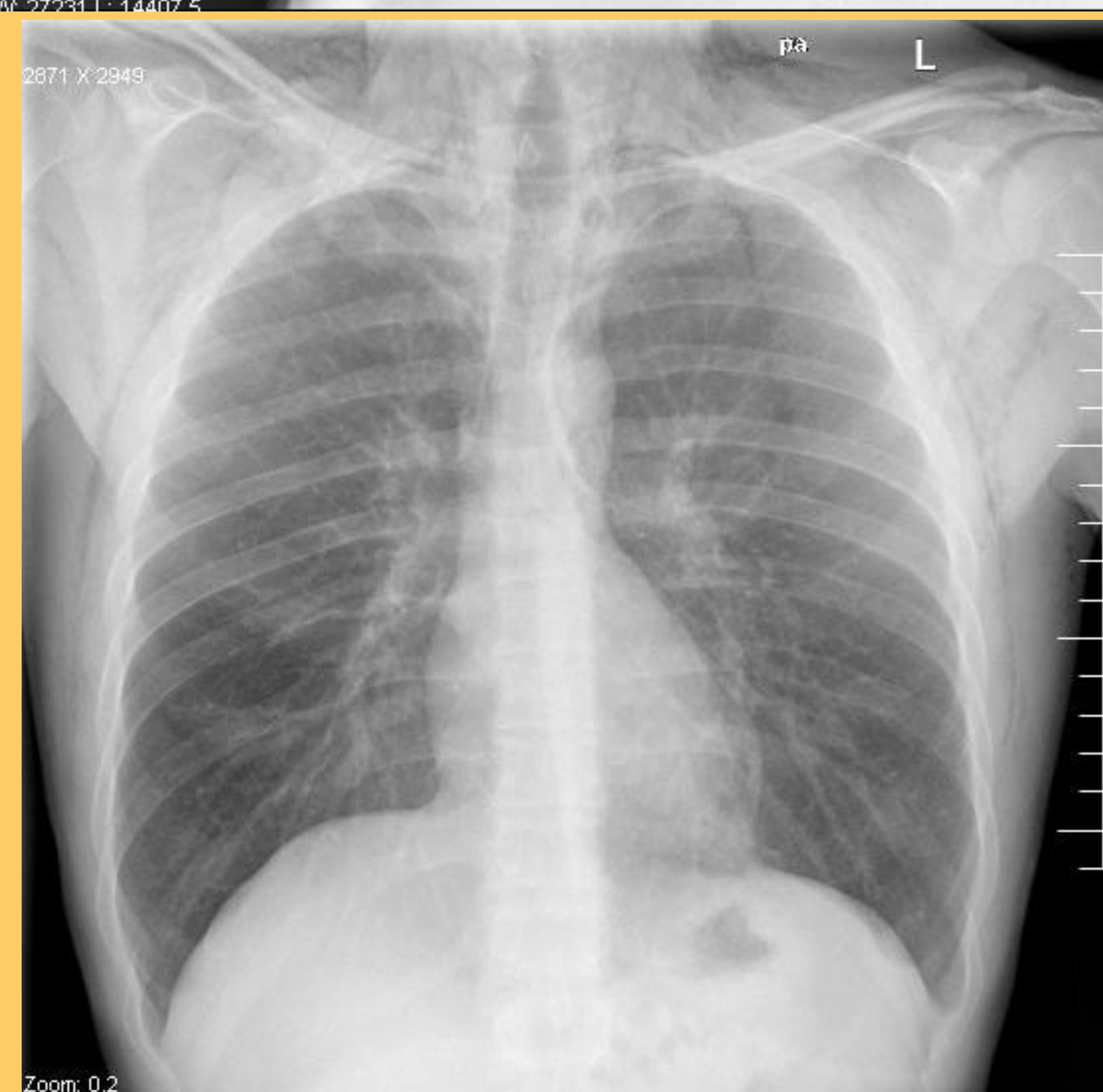
Varón de 28 años, consulta por cuadro de malestar general, odinofagia, fiebre de 4 días y vómitos los días previos. Trabaja en invernadero. Sin antecedentes patológicos de interés.

Acudió a Urgencias donde se pautó tratamiento con ibuprofeno cada 8 horas, sin mejoría. Desde hace 24 horas refiere sensación de inflamación cervical, tos y disfonía por lo que consulta.

Exploración: Bien hidratado, con sensación de ansiedad y dolor. Faringe hiperémica, sin placas. En la exploración cervical se percibe crepitación desde el cuello hasta la pared costal. Ningún otro hallazgo.

Solicitamos una radiografía de tórax donde se aprecia enfisema subcutáneo desde el cuello hasta últimas costillas.

Se deriva a urgencias con diagnóstico de enfisema subcutáneo por vómito intenso o acceso de tos como etiología más probable. Se realizó TAC de Tórax y cuello que confirma una mínima perforación en la pared posterior esofágica con enfisema y neumomediastino.



ESTRATEGIA PRÁCTICA DE ACTUACIÓN

El primer informe de neumomediastino se hizo en 1850 en un paciente que había estado tosiendo violentamente.

Las clínica más común son dolor en el pecho, cambios en la voz y la tos. En raras ocasiones, un neumomediastino a tensión puede resultar en una disminución del gasto cardíaco. El espontáneo rara vez produce síntomas significativos.

La mortalidad y la morbilidad asociadas son generalmente atribuibles a estados de enfermedad subyacentes. Generalmente tiene una alta mortalidad con principales factores pronósticos: el tamaño y localización de la perforación, la contaminación de la pleura y mediastino y la demora en el diagnóstico.

Sin tocar el cuello, no habríamos pedido una radiografía y no se habría hecho el diagnóstico. No podemos olvidar que las pruebas complementarias son una ayuda en la práctica clínica pero sin olvidar la importancia de la exploración

BIBLIOGRAFÍA

Santalla Martínez M, Dacal Quintas R, Marcos Velázquez P. Tratamiento con drenajes subcutáneos en el neumomediastino y enfisema subcutáneo masivo. Arch Bronconeumol. 2013;49:127-8.
Vidarsdottir H, Blondal S, Alfredsson H, et al. Oesophageal perforations in Iceland: a whole population study on incidence, aetiology and surgical outcome. Thorac Cardiovasc Surg 2010; 58:476 PubMed