

RUPTURA ESPONTANEA DEL ESOFAGO. Síndrome de Boerhaaven. Presentación de un caso.

AGUIRRE, AUGUSTO*; CARIGNANO, FERNANDO**;
MACIAS, JUAN***; MEDORI, ALFONSO****

Resumen Se presenta un paciente con una rotura espontánea del esófago, Síndrome de Boerhaaven, asistido en nuestro servicio. Concurrió a la consulta con vómitos, dolor en ambas bases pulmonares y disnea de 7 horas de evolución. El diagnóstico se realizó en base a los antecedentes, el examen clínico y el estudio contrastado del esófago con material liposoluble. Fue operado en dos oportunidades, realizándose avenamientos torácicos bajo agua y lavado de la cavidad pleural. Evolucionó tórpidamente con óbito al 5º día de internación por sepsis. El diagnóstico precoz, que se basa en la sospecha ante los antecedentes y síntomas, es confirmado con el estudio radiológico contrastado con material liposoluble. Aboga en contra de aquél, la infrecuencia de la afección y tardanza en la consulta. La postergación del tratamiento quirúrgico, que debe realizarse dentro de las 24 hs. de producido el cuadro, suele tener consecuencias fatales para el enfermo.

Introducción

La ruptura espontánea -no traumática- del esófago, síndrome de Boerhaaven, es una entidad de frecuencia excepcional. Esta ocasionalidad, unida a una tardanza en la consulta, provoca retrasos diagnósticos que inciden palmariamente en la evolución de esta patología. Motiva esta presentación la asistencia de un paciente con esta afección en el H.I.G. "Dr. José Penna" de Bahía Blanca, cuyo tratamiento definitivo fue postergado por las dificultades diagnósticas ofrecidas.

Material y métodos

Se trata de un paciente varón, de 29 años de edad, que ingresa al servicio de emergencia del hospital derivado de un centro asistencial de la zona. Refiere haber comenzado 7 hs. antes con un vómito alimentario-bilioso, dolor intenso en am-

bas bases pulmonares y en hemiabdomen superior y agitación, cuadro que se presenta luego de una ingesta alcohólica copiosa (aproximadamente 14 hs. antes). Antecedentes de alcoholismo.

El examen físico evidencia un enfermo con excitación psicomotriz, que toma una posición antálgica hacia el lado izquierdo, taquicárdico (frecuencia cardíaca 120 x '), con disnea de reposo (frecuencia respiratoria 35 x '), buena entrada de aire en ambos campos pulmonares y abdomen en tabla.

El laboratorio exhibe leucocitosis con neutrofilia e hiperglucemia como únicos datos positivos. La radiografía de abdomen no tenía datos positivos y la radiografía de tórax de frente mostró un neumomediastino. No se demostró la extravasación de la sustancia de contraste hidrosoluble en la esofografía que se solicitó inmediatamente.

* Jefe del Servicio de Clínica Quirúrgica del H.I.G. "Dr. José Penna"

** Médico Cirujano de Planta.

*** Médico Cirujano de Guardia.

**** Médico Jefe de Residentes de Cirugía General. Láinez 2.401. Bahía Blanca

Con el diagnóstico presuntivo de perforación de víscera hueca intraabdominal se le practicó una laparotomía exploratoria en la cual no se hallaron signos de enfermedad.

El paciente evoluciona desfavorablemente, circunstancia que motiva la realización de una nueva radiografía de tórax, que denotó un hidroneumotórax izquierdo. Se repite seguidamente la esofagografía, con material de contraste liposoluble, demostrándose la salida de material de contraste hacia mediastino y estableciendo el diagnóstico de ruptura esofágica.

Se realizaron dos toracotomías mínimas (lateral, 7° espacio intercostal izquierdo y anterior, 2° espacio intercostal izquierdo) para la colocación de tubos de avenamiento bajo agua (incisiones por las cuales se observó la salida de líquido amarronado), esofagostoma cervical por línea esternocleidomastoidea anterior y gastrotomía sobre sonda Pezzer para drenaje y alimentación posterior.

El paciente es remitido a la unidad de terapia intensiva donde evoluciona tópidamente, con oclusión de los tubos de avenamiento a las 48 hs. de su colocación, disminución de la entrada de aire en el hemitórax izquierdo, fiebre, descenso del hematócrito y leucocitosis con neutrofilia. Las sucesivas radiografías de tórax evidencian una opacidad creciente en el hemitórax izquierdo, circunstancia que motiva una toracotomía posterolateral izquierda universal, constatándose la presencia de abundante pus en pleura y mediastino, que se lava y drena con dos tubos bajo agua.

En las 48 hs. siguientes, el enfermo presenta signos francos de sepsis e insuficiencia respiratoria severa, causas por las cuales fallece al 5° día de su ingreso al hospital.

Conclusiones

El síndrome de Boerhaaven es una patología infrecuente y, fundamentalmente por esa razón, su diagnóstico es muy dificultoso.

Los vómitos iterativos luego de libaciones copiosas, son registrados como el antecedente más común de esta afección (1). Debe sospecharse además en la hiperemesis gravídica (2), en el síndrome de Barrett (1)(3) y en el íleo abdominal por síndrome de Bouveret (íleo biliar más hemorragia digestiva)(4).

El dolor torácico agudo e intenso, seguido de disnea, son síntomas constantes, presentes en el caso que presentamos y referidos por la absoluta mayoría de los autores consultados (1-2, 5 -8). La

ingesta de esteroides y las perforaciones puntiformes pueden enmascarar el cuadro, retrasando notablemente el diagnóstico (6)(9).

Se impone establecer el diagnóstico diferencial con infarto agudo del miocardio, pancreatitis aguda o absceso pulmonar (8). La tomografía axial computarizada de tórax es el examen complementario de elección, puesto que, a la luz de las publicaciones recientes, permite una exactitud diagnóstica del 98% (8). En sitios donde se carece de ese medio, la radiografía simple de tórax de frente y perfil y la esofagografía con contraste hidrosoluble primero y liposoluble luego, en caso de ser negativo este primer estudio, tienen un alto grado de positividad. Llamamos la atención aquí acerca de lo afirmado por varios autores, en relación a la mayor positividad de los estudios con material de contraste liposoluble (1)(3)(5)(8).

Debe tenerse presente que la ruptura espontánea del esófago puede asociarse a enfermedades pulmonares agudas, como el neumotórax hipertensivo (3). El diagnóstico seguido de la ineludible intervención quirúrgica dentro de las 24 hs. de producido el cuadro, son hitos fundamentales y condicionantes de la evolución satisfactoria de esta patología (1)(2)(5)(7)(8). El caso que consideramos, es prueba elocuente de que la demora en la consulta o en establecer el diagnóstico de certeza, pueden ser de graves consecuencias para el paciente. Asimismo, la tardanza apuntada, adiciona los síntomas propios de la sepsis -severa en la región del mediastino- y de la disfunción respiratoria, elementos que contribuyen aún más a entorpecer la identificación de la enfermedad.

Dentro de las 24 hs. de producida la ruptura, el cierre simple del esófago con avenamiento torácico y mediastinal es la conducta de elección. Transcurrido ese lapso, se aconseja realizar el drenaje antecitado, practicar una esofagostomía cervical y una gastrotomía para la evacuación del estómago y la posterior alimentación, posponiendo el cierre esofágico (1,5,8,10). El drenaje endoesofágico por endoscopia y la toracotomía mínima parecen ser también un método de alternativa ante casos de larga evolución (10).

En el postoperatorio alejado de cierre simple del esófago con avenamiento torácico y mediastinal, se ha publicado la detección de trastornos en la motilidad esofágica y reflujo gastroesofágico mediante métodos manométricos, sin que se establezca claramente la causa de la disfunción (11).

Ruptura Espontánea de Esófago



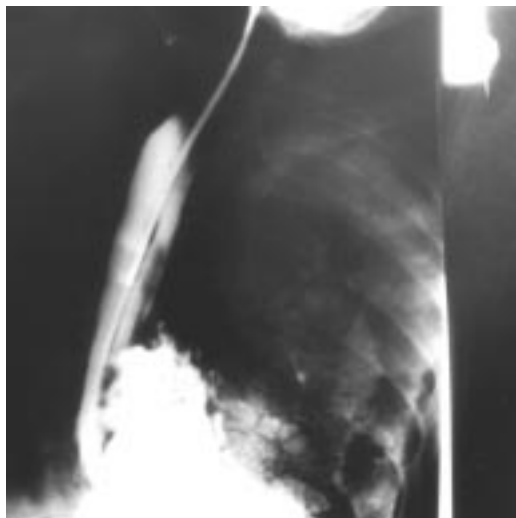
En la radiografía de tórax se aprecia la mayor evidencia del cayado aórtico y neumomediastino izquierdo.

En la radiografía de tórax se ve neumomediastino y derrame pleural izquierdo.



En la radiografía contrastada del esófago, se evidencia extravasación del bario a la cavidad pleural.

Extravasación del bario y
diseminación por
la cavidad pleural.



Bibliografía

- 1- Okitsu H, Takagi Y, Satou S, Kimura K, Uyama T, Monden Y: Clinical study of 8 cases of spontaneous esophageal rupture. *Nippon-Kyobu-Geka-Gekai-Zasshi*, 41(12):2409-13, 1993.
- 2- Pedersen T K, Thomsen A B, Andersen J B, Hojgaard A, Bech K: Spontaneous esophageal rupture during 3rd trimester. *Ugeskr-Laeger*, 154(33): 2269-70, 1992.
- 3- Matsumoto M A, Rockoff S D, Aaron B L: Tension pyopneumothorax. Rare presentation of ruptured Barret's esophagus. *Chest*, 103(5): 1604-6, 1993.
- 4- Rene M, Valls C, Hidalgo F, Prieto L: Duodenal gallstone ileus producing Boerhaaven's syndrome. *Abdom-Imaging*. 20(6): 516-7, 1995.
- 5- Vikenes K, Aslaksen A, Viste A: Spontaneous esophageal rupture. Differential diagnosis from acute myocardial infarction. *Tidsskr-Nor-Laegeforen*. 113(25): 3134-5, 1993.
- 6- Kyriacou D N: A case of Boerhaaven's syndrome presenting as diffuse left pulmonary infiltrate. *Ann-Emerg-Med*. 20(11): 1239-42, 1991.
- 7- Inoue K et al: A case of spontaneous rupture of the esophagus. *Nippon-Kyobu-Geka-Gekai-Zasshi*. 39(10): 1923-6, 1991.
- 8- Sestili F et al: Spontaneous esophageal rupture of Boerhaaven's syndrome. Presentation of a case. *Minerva-Chir*. 45(1-2): 103-6, 1990.
- 9- Klygis L M, Jutabha R, Crohan M B, Vanagunas A D: Esophageal perforations masked by steroids. *Abdom-Imaging*. 18(1): 10-2, 1993.
- 10- McNamee C J, Meyns B, Pagliero K M: New method for dealing with late-presenting spontaneous esophageal ruptures <see coments>. *Ann-Thoracic-Surg*. 52(1): 151-3, 1991.
- 11- Salo J A, Seppala K M, Pitkaranta P P, Kivilaso E O: Spontaneous rupture and functional state of the esophagus. *Surgery*. 112(5): 897-900, 1992.