

# Ruptura Esofagica: Reporte de un Caso



---

**Marisol Arevalo, M.D.**

Dpto. de Medicina de Emergencia

Hospital Nacional Edgardo Rebagliatti Martins

Lima, Perú



# ANAMNESIS:

---

- Paciente Varón de 71 años
- ANTECEDENTES: Ceguera Total por meningitis, gastritis crónica con endoscopia
- MEDICACION HABITUAL: Ranitidina, aspirina
- Familiar Refiere que un día antes presenta diarrea líquida 10 cámaras, 3 vómitos marrones con un coagulo, no SA, y dolor abdominal tipo cólico intenso.
- No defeca desde hace 6 hras, el dolor es a predominio de epigastrio.



# EXAMEN FISICO:

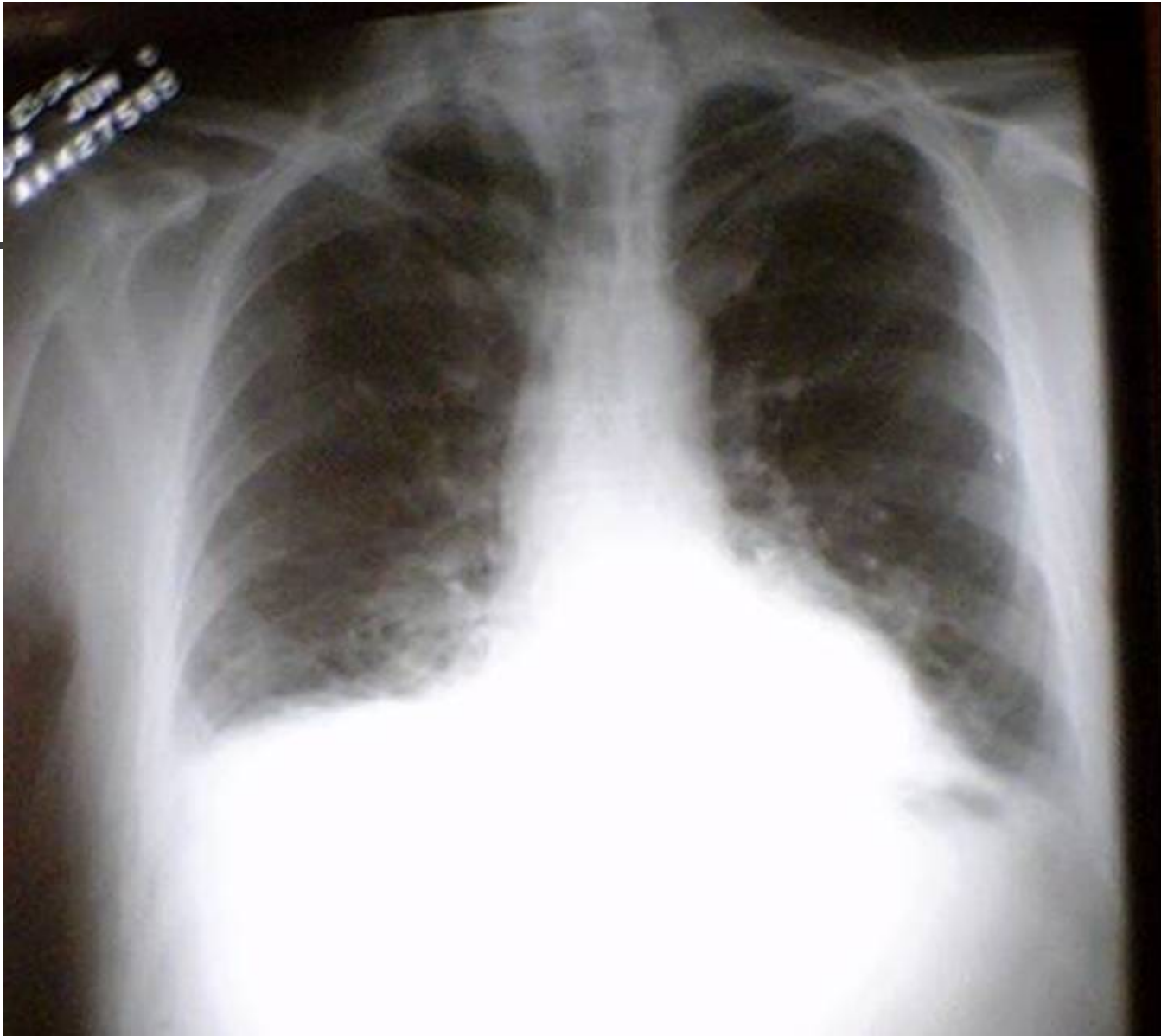
---

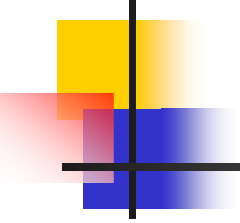
- PA: 115/70, FR 40, Pulso: 98
- Paciente LOTEP, MEG, MEH, REN, quejumbroso, pálido, abdomen duro, doloroso, RHA disminuidos, espaciados, TR(-) no signos de melena.

## PROBLEMAS:

- Síndrome doloroso Abdominal
- D/C Abdomen agudo
- GECA

RP/ NaCL 0.9% 1000,



- 
- 
- GLucosa:135, Urea:52, Creatinina:2.7
  - Hgma:6480, bast 10%, Hb 17,7
  - Plaquetas 183000
  - Perfil de coagulación: Normal



## REEVALUACION A LAS 8 HORAS

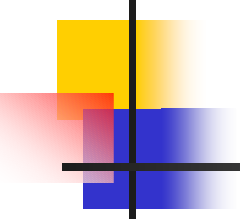
- PA: 120/ 60 FC 90x min FR 20x min
- Pac. deshidratado, afebril, piel pálida mucosas aún secas lengua saburral, pulmones MV pte RC regulares. Abdomen b/d dolor a la palpación en epigastrio.
- Plan: Hidratación parenteral.



# EVALUACION A LAS 19 HORAS

---

- Paciente con dolor intenso irradiado a espalda, PA 70 palpatoria, FC 120 x min.
- Secreción por SNG contenido borbáceo
- Abd doloroso en epigastrio que impresiona contractura muscular.
- Tórax mv presente.
- Plan: Hidratación y evaluación por Cirugia

- 
- 
- AGA: FiO<sub>2</sub> 0.5: PH 7.24, PCO<sub>2</sub> 26.3, PO<sub>2</sub> 94.3, HCO<sub>3</sub> 11.5, Lactato:6.8,
  - SatO<sub>2</sub> 100%.
  - G: 68, U:89, Creat 3.18, Na: 147, K: 4.42
  - Amilasa 1030, CPK 1596, CPKmb 75

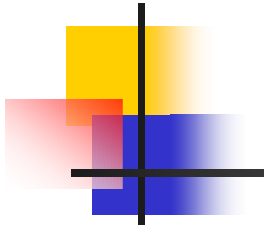




# Eval por QX A LAS 20 HORAS

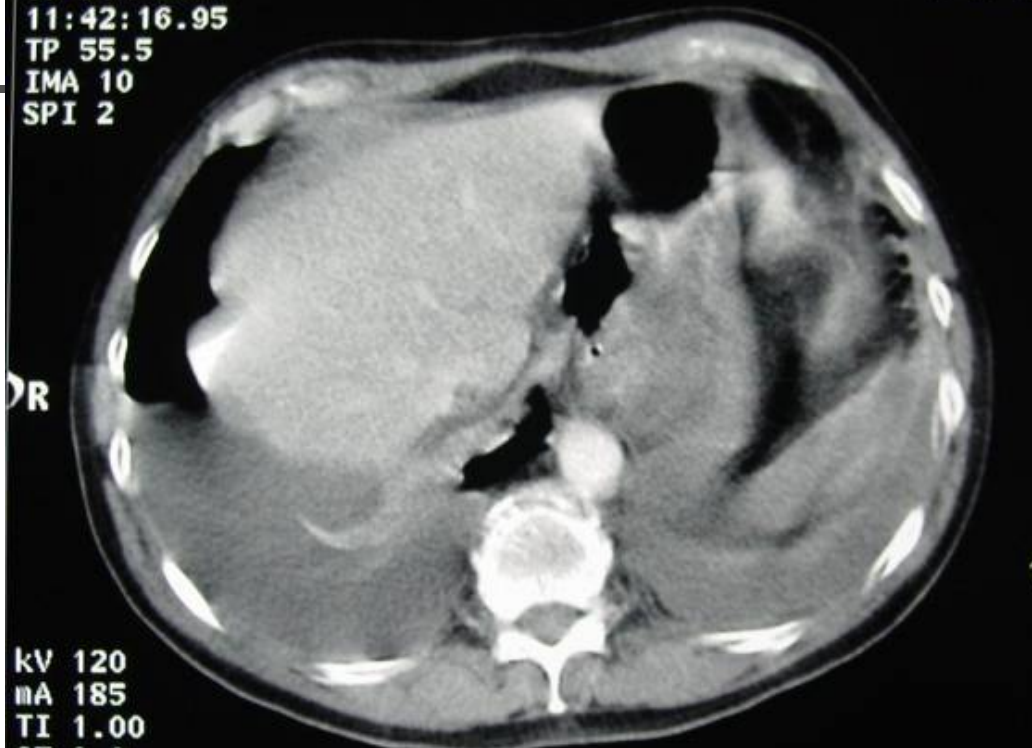
---

- Abd distendido, poco depresible, doloroso en forma difusa, RHA (-),
- IMP DX :
  1. Abdomen agudo Qx
  2. D/C Trombosis mesentérica vs perforación de viscera hueca. Preparar SOP



**GONZALES GAVANCHO WILFREDO** Hosp. E. Rebagliati M  
126207-08 **A** SOMATOM PLUS  
VC10  
H-SP-C

07-JUN-2004  
11:42:16.95  
TP 55.5  
IMA 10  
SPI 2



kV 120  
mA 185  
TI 1.00  
GT 0.0  
SL 5.0/15.0  
362 11/-35  
AB30 LO ABDOMEN-PELVIS  
101I310 M/71C/C

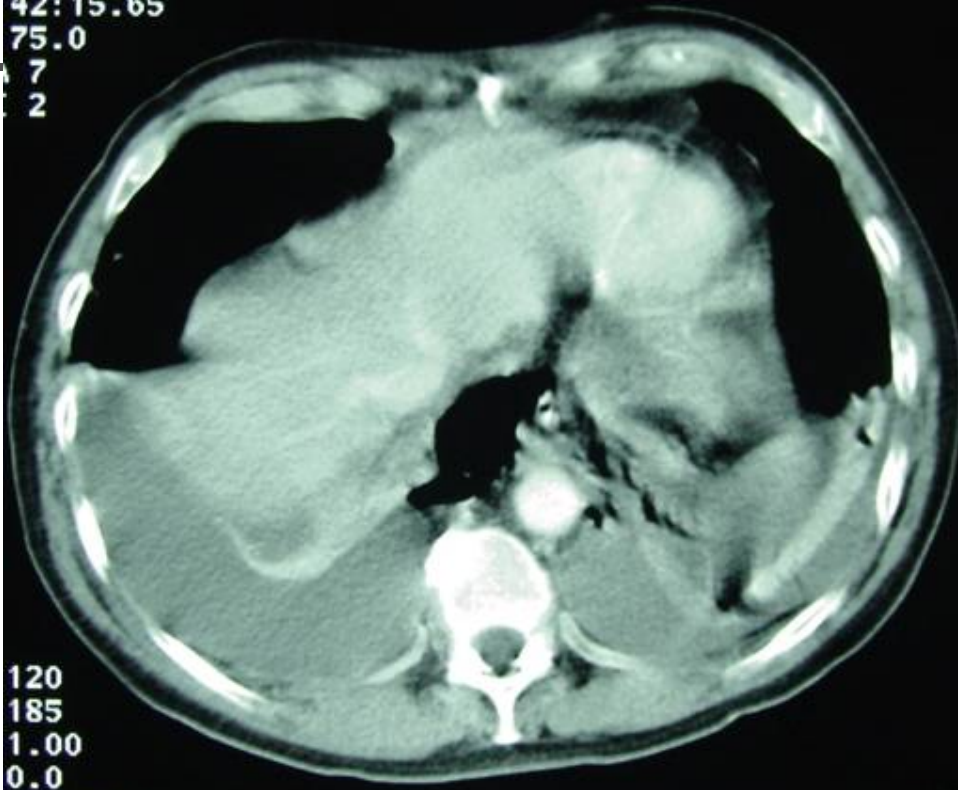
W 35  
C 5

**GONZALES GAVANCHO WILFREDO** Hosp. E. Rebagliati M  
126207-08 SOMATOM PLUS

NZALES GAVANCHO WILFREDO Hosp. E. Rebagliati M.  
6207-08 A SOMATOM PLUS 4

JUN-2004  
42:15.65  
75.0  
7  
2

VC100  
H-SP-CR



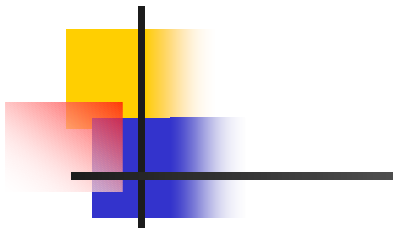
10  
C  
M

120  
185  
1.00  
0.0  
5.0/15.0  
11/-35

0 LO ABDOMEN-PELVIS  
I010 M/71C/C

W 350  
C 50

NZALES GAVANCHO WILFREDO





## 21 horas de ingreso:

---

- - Procedimiento: Tubo de drenaje pleural der. Burbujeo mas liq borraceo aprox 800cc

# Gastroenterología: 22 horas de Ingreso



---

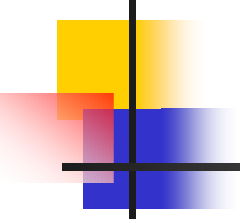
- Gastroenterología:
- PA 78/54, FC 112 FR 32.
- Sínd de Boerhaave, ruptura esofágica probablemente distal
- Requiere Tto qx.
- No procede estudio invasivo como endoscopia
- Plan: TTo Qx.
- 15:00 drenaje pleural izquierdo: liq borráceo aprox 600 cc



# 28 horas de ingreso

---

- SOP: Qx Toracotomía exploradora y drenaje QX
- Hallazgos: Pegadura pleural HTD sobretodo lóbulo superior y medio.
- Severa necrosis esofágica y mediastinal detrás del corazón con apertura de esófago a HTD, por el lado izquierdo el magma necrótico abarca todo el hilio pulmonar y capa adventicia de la aorta descendente, hay 160reas necróticas de pulmón adyacente al hilio izquierdo.
- Mal pronóstico

- 
- 
- En UCI durante el postoperatorio paciente desarrolló mediastinitis, piotórax, insuficiencia renal y falla multiorgánica paciente fallece a los 25 días de hospitalización.

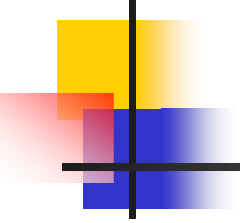


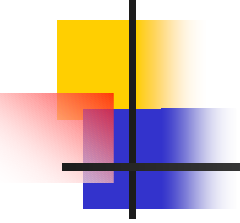


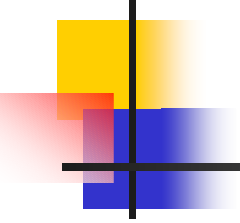
# SÍNDROME DE BOERHAAVE

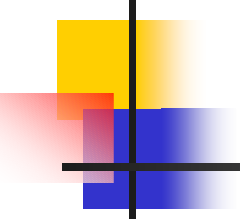
---

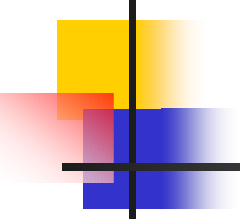
- Definición:
- Ruptura espontánea del esófago que ocurre sobre todo como consecuencia de un violento vómito.

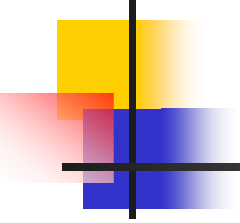
- 
- 
- Este síndrome fué descrito por primera vez en 1724 por Herman Boerhaave. Se diferencia del síndrome de Mallory-Weiss en que en este caso se tratada de una perforación transmural mientras que el síndrome de Mallory-Weiss es tan solo una laceración.
  - Hay que distinguirlo de la perforación iatrogénica que supone el 85-90% de los casos de rupturas esofágicas.

- 
- 
- Ocurre casi siempre en el lado izquierdo del tercio inferior esofágico a 2 o 3 cm de la unión gastroesofágica. Es más frecuentemente observado en pacientes alcohólicos o que abusan de la comida.

- 
- 
- Se trata de un síndrome relativamente raro pero con un alto índice de mortalidad (35%). De hecho, es considerada como la más letal de todas las perforaciones del tracto digestivo

- 
- 
- La radiografía de tórax es útil en el diagnóstico inicial y el 90% muestran anomalías después de la perforación . El hallazgo más común es una efusión pleural, usualmente a la izquierda. Otros hallazgos son neumotórax, hidroneumotórax, neumomediastino y enfisema subcutáneo

- 
- 
- El esofagograma muestra típicamente una extravasación del medio de contraste a la cavidad pleural.

- 
- 
- La tomografía computarizada puede confirmar el diagnóstico o sustituir el esofagograma en pacientes intolerantes
  - Adicionalmente, permite hacer su seguimiento y alertar sobre la aparición de neumomediastino.

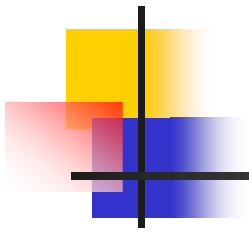


# TRATAMIENTO

---

- El tratamiento es quirúrgico: realización de esofagostomía con finalización terminal lo que permite a la herida cicatrizar por segunda intención. En casos difíciles se emplea la implantación de stents metálicos. Para la profilaxis de la mediastinitis se administran antibióticos de amplio espectro como el imipenen.





***¡¡GRACIAS!!***