

# DOLOR TORÁCICO AGUDO Y VÓMITOS: ¿QUÉ SOSPECHAR?

## ACUTE CHEST PAIN AND VOMITING: WHAT TO SUSPECT?

A. Martín-Lagos Maldonado, T. Gallart-Aragón

Hospital Universitario San Cecilio. Granada.

### Resumen

La perforación espontánea del esófago se conoce como síndrome de Boerhaave. En la mayoría de los casos ocurre tras un cuadro de vómitos. Muchos pacientes se presentan con síntomas atípicos como shock o distress respiratorio, y a menudo el síndrome de Boerhaave es diagnosticado de forma errónea como una pericarditis, un infarto de miocardio o una úlcera perforada. Es fundamental que el clínico mantenga un alto índice de sospecha para el diagnóstico de este síndrome en cualquier paciente con vómitos y dolor retrosternal. La mayoría de los pacientes requieren tratamiento quirúrgico, y sólo una minoría pueden ser considerados para tratamiento conservador. Nosotros presentamos el caso de un paciente que presentó dolor torácico y vómitos revisando la presentación clínica y manejo del síndrome de Boerhaave.

**Palabras clave:** Boerhaave, perforación de esófago, neumomediastino, dolor torácico.

### Abstract

Spontaneous perforation of the esophagus is known as Boerhaave syndrome. In most cases, it occurs after forceful vomiting. Many patients present with atypical symptoms such as shock or respiratory distress, and Boerhaave syndrome is often misdiagnosed as pericarditis, myocardial infarction, or perforated ulcer. It is very important for any physician to have a high index of suspicion for the diagnosis of Boerhaave syndrome in any patient with vomiting and retrosternal pain. Most patients require surgical treatment, and only a minority can be considered for conservative management. We present the case of a patient who presented with chest pain and vomiting and discuss the clinical presentation and management of Boerhaave syndrome.

**Keywords:** Boerhaave, esophageal rupture, pneumomediastinum, chest pain.

### Introducción

La perforación espontánea del esófago se conoce como síndrome de Boerhaave, y suele ocurrir en la mayoría de los casos tras un cuadro de vómitos. El diagnóstico de sospecha es fundamental para su detección temprana y manejo precoz. Nosotros presentamos el caso de un paciente que presentó dolor torácico y vómitos revisando la presentación clínica y manejo del síndrome de Boerhaave.

#### CORRESPONDENCIA

Alicia Martín-Lagos Maldonado  
Hospital Universitario San Cecilio  
18016 Granada  
[aliciamartin-lagos@hotmail.com](mailto:aliciamartin-lagos@hotmail.com)

*Fecha de envío:* 30/06/2018  
*Fecha de aceptación:* 15/08/2018

## Caso clínico

Varón de 68 años sin antecedentes médicos de interés salvo consumo de alcohol (20-40 g/día), consulta en Urgencias por dolor torácico de inicio brusco de tres horas de evolución y vómitos tras una ingesta severa de destilados. La exploración física es normal. Los análisis de sangre y el electrocardiograma tampoco muestran datos reseñables. La radiografía simple de tórax evidencia un infiltrado alveolar y derrame pleural derecho (**Figura 1**). Se solicita tomografía axial computarizada (TC) toracoabdominal urgente que informa la presencia de neumomediastino posterior en relación a la existencia de una perforación esofágica (**Figura 2**), y mediante tránsito baritado con gastrografin se confirman una mínima extravasación de contraste secundario a dicha perforación. Ante la estabilidad clínica del paciente y considerando el pequeño tamaño de la perforación se decide actitud conservadora con antibioterapia de amplio espectro, dieta absoluta y colocación de tubo de toracotomía en la Unidad de Cuidados Intensivos (UCI). Los controles de imagen sucesivos muestran una mejoría progresiva con total desaparición del neumomediastino, y a las 24 horas el estudio con gastrografin no muestra fuga a nivel de la perforación. Cuatro semanas después el paciente es dado de alta con restablecimiento del tránsito intestinal.



**Figura 1**

Radiografía simple de abdomen. Derrame y efusión pleural en hemitórax derecho.



**Figura 2**

Tomografía axial computarizada (TC) torácica. Derrame pleural derecho y neumomediastino.

## Discusión

Más de la mitad de las perforaciones esofágicas son iatrogénicas, secundarias principalmente a procedimientos terapéuticos endoscópicos, mientras que sólo una tercera parte son espontáneas<sup>1</sup>. El síndrome de Boerhaave es una entidad rara, pero de elevada mortalidad, que consiste en la ruptura espontánea del esófago.

Se ha relacionado con el barotrauma secundario a un aumento de presión intraesofágica, típicamente tras un cuadro de vómitos, y, de forma menos frecuente, con entidades como la enfermedad por reflujo gastroesofágico o la esofagitis eosinofílica que pueden comprometer la integridad de la pared esofágica. La ruptura suele localizarse en el tercio distal del esófago y afectar a la pared izquierda posterolateral unos 2-3 cm de la unión gastroesofágica.

La presentación clásica consiste en la tríada de vómitos (79%), dolor torácico (83%) y enfisema subcutáneo (27%) (tríada de Mackler), presente en una minoría de pacientes. En la mayoría de las ocasiones se manifiesta con dolor torácico, vómitos y respiración acortada<sup>2</sup>. Muchos pacientes debutan de una forma atípica con shock o distrés respiratorio. El carácter inespecífico de sus síntomas y datos de la exploración física lleva con frecuencia al diagnóstico erróneo de infarto de miocardio, neumotórax espontáneo, emergencia aórtica o perforación de una úlcera gástrica. En otras ocasiones y, sobre todo considerando el antecedente del consumo de alcohol, también debe excluirse un cuadro biliopancreático.

El diagnóstico del síndrome de Boerhaave es radiológico<sup>3</sup>. La radiografía de tórax es la prueba más útil para el diagnóstico precoz, junto con el TC, que, en ocasiones puede no mostrar el lugar de la perforación pero revelar datos indirectos de su existencia como la presencia de líquido o aire libre en el mediastino. Sin embargo, el esofagograma será el que localice la fuga a la cavidad pleural y/o mediastino. El retraso diagnóstico eleva la mortalidad de esta entidad del 10% en estadios precoces al 50% en fases tardías, por lo que la detección y manejo temprano es imprescindible.

El tratamiento del Síndrome de Boerhaave depende de factores como la localización, la severidad y duración de la perforación y la edad y condición basal del paciente. El contenido gástrico del vómito contamina normalmente el mediastino, y la mayoría de los pacientes requiere cirugía reparadora de la fuga esofágica en las primeras 24 horas. No obstante, el abordaje puede ser conservador (cese de la alimentación oral, descompresión nasogástrica, fluidoterapia y nutrición parenteral, antibioterapia de amplio espectro, inhibidores de la bomba de protones y tubo de toracostomía) solo en una minoría de pacientes con ruptura esofágica contenida sin signos de toxicidad o infección sistémica y sin presencia de contaminación pleural o en el mediastino<sup>4</sup>. En estos casos, el neumomediastino suele recuperarse de forma favorable en 72-96 horas con oxigenoterapia, reposo y antibioterapia profiláctica. La colocación endoscópica de prótesis autoexpandibles ha sido probada como alternativa en pacientes no sépticos y con comorbilidades que excluyan la cirugía<sup>5</sup>.

El síndrome de Boerhaave debe sospecharse en cualquier paciente con dolor torácico y vómitos.

## Bibliografía

1. Ekladius A, Tiong M. Boerhaave syndrome: a common manifestation of a rare disease. *Internal Medicine Journal* 2018; 48: 222–223.
2. Anwuzia-Iwegbu C, Al Omran Y, Heaford A. Conservative management of Boerhaave's syndrome. *BMJ Case Rep* 2014; 21: 2014.
3. He X, He Z, Li H. Boerhaave syndrome: Challenges in diagnosis and treatment of the early presentation and its complication. *J Trauma Acute Care Surg* 2018;84(6):1030-1032.
4. Van der Weg G, Wikkeling M, Avest E. A rare case of esophageal rupture: Boerhaave's syndrome. *International Journal of Emergency Medicine* 2014; 7:27
5. Leers JM, Vivaldi C, Schäfer H, Bludau M, Brabender J, Lurje G et al. Endoscopic therapy for esophageal perforation or anastomotic leak with self-expandable metallic stent. *Surg Endosc* 2009; 23(10):2258–2262.