

mucosal tumor-like lesions: A case report. BMC Gastroenterol. 2021;21:29, <http://dx.doi.org/10.1186/s12876-021-01607-w>.

7. Pasquini P, Baiocchi A, Falasca L, et al. Mucosal Schwann cell «Hamartoma»: A new entity? World J Gastroenterol. 2009;15:2287-9, <http://dx.doi.org/10.3748/wjg.15.2287>.
8. Bae MN, Lee JE, Bae SM, et al. Mucosal Schwann-cell hamartoma diagnosed by using an endoscopic snare polypectomy. Ann Coloproctol. 2013;29:130-4, <http://dx.doi.org/10.3393/ac.2013.29.3.130>.
9. García-Molina F, Ruíz-Macia JA, Sola J. Hamartoma de células de Schwann mucoso: Revisión de una entidad descrita recientemente [Mucosal Schwann cells hamartoma: Review of a recently described entity]. Rev Esp Patol. 2018;51:49-54, <http://dx.doi.org/10.1016/j.patol.2017.03.003>.
10. Vaamonde-Lorenzo M, Elorriaga K, Montalvo I, et al. Colonic mucosal Schwann cell hamartoma. J Dig Dis. 2020;21:475-7, <http://dx.doi.org/10.1111/1751-2980.12874>.

G. Castillo-López<sup>a,\*</sup>, S. González-Vázquez<sup>a</sup>, T. Iscar-Galán<sup>b</sup>, L. Alarcón-García<sup>b</sup> y J.M. Riesco-López<sup>a</sup>

<sup>a</sup> *Departamento de Digestivo, Clínica Universidad de Navarra, Madrid, España*

<sup>b</sup> *Servicio de Anatomía Patológica, Clínica Universidad de Navarra, Madrid, España*

\* Autor para correspondencia. C. del Marquesado de Sta. Marta, 1, San Blas-Canillejas, 28027 Madrid (España). Teléfono: +34-913531920.

Correo electrónico: [gcastillol@unav.es](mailto:gcastillol@unav.es) (G. Castillo-López).

<https://doi.org/10.1016/j.rgm.2024.10.002>

0375-0906/ © 2024 Asociación Mexicana de Gastroenterología. Publicado por Masson Doyma México S.A. Este es un artículo Open Access bajo la licencia CC BY-NC-ND (<http://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/4.0/>).

## Síndrome de Boerhaave: reporte de caso de tratamiento conservador exitoso

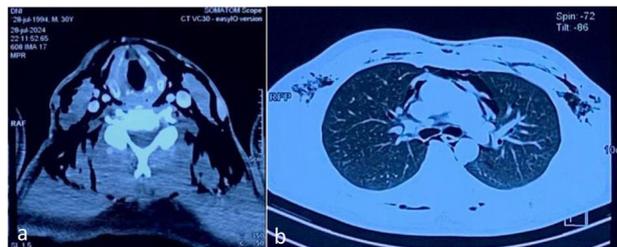


### Boerhaave syndrome: A case report of successful conservative treatment

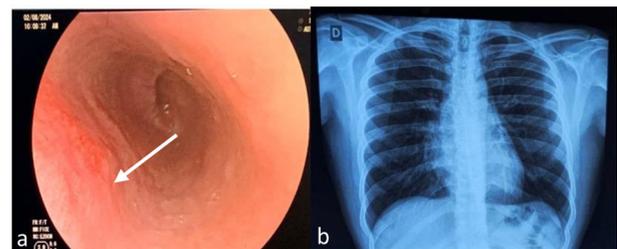
El síndrome de Boerhaave es la rotura espontánea de la pared esofágica representando entre el 8 y el 56% de todas las perforaciones esofágicas, y puede ser potencialmente mortal<sup>1</sup>.

Se presenta el caso de un varón de 30 años, sin comorbilidades previas conocidas, quien ingresa por cuadro de 1 h de evolución, que inició con episodios de vómitos intensos en 7 oportunidades precedidos por la ingesta de alimentos copiosos. El paciente presentó epigastralgia y dolor retroesternal intensos (8/10), así como disnea y odinofagia. Al examen físico, se encuentra despierto, quejumbroso, polipneico, taicárdico, diaforético, con enfisema subcutáneo en regiones laterales del cuello y tórax superior. El resto de la exploración no mostraba alteraciones. Los parámetros de laboratorio fueron: hemoglobina 16.6 g/dl, hematocrito 51%, leucocitos  $26,800 \times 10^3/\mu\text{l}$ , abastionados: 14%, glucosa 234 mg/dl, proteína C reactiva: 60 mg/l. Se realizó una tomografía de cuello con contraste que muestra extenso enfisema subcutáneo en la base y regiones laterales del cuello (fig. 1a), además de una tomografía de tórax con contraste, que muestra neumomediastino y neumopericardio (fig. 1b). Con la sospecha de síndrome de Boerhaave, el paciente se mantuvo en ayunas, se inició analgesia intravenosa y antibiotioterapia de amplio espectro. Al séptimo día de hospitalización, el paciente presenta mejoría clínica y de parámetros de laboratorio. Se realiza una endoscopia digestiva alta superior observándose un área de eritema lineal en la pared izquierda del esófago medio/distal (fig. 2a), además de una radiografía de tórax, sin alteraciones (fig. 2b). El paciente reinicia dieta por boca y es dado de alta con evolución favorable.

El síndrome de Boerhaave es la rotura espontánea de la pared esofágica secundaria a arcadas, vómitos o cualquier esfuerzo vigoroso que aumenta la presión intraluminal<sup>2</sup>. Es una afección que afecta a 3.1 de pacientes por cada 1,000,000 al año, y presenta tasas de morbimortalidad de hasta el 50%<sup>2,3</sup>. Clínicamente, los pacientes acuden con dolor torácico, vómitos y enfisema subcutáneo (triada de Mackler) en un 14%, sin embargo, los síntomas pueden ser inespecíficos por lo que el diagnóstico es un reto<sup>4,5</sup>. La tomografía con contraste tiene alta sensibilidad diagnóstica (92-100%) y detecta compromiso del mediastino como presencia de aire o abscesos secundarios<sup>6</sup>. Posterior al diagnóstico, el tratamiento debe ser precoz con disminución significativa de la mortalidad (menos del 10%)<sup>3,6</sup>. Algunos pacientes son candidatos de tratamiento conservador, siem-



**Figura 1** a) Enfisema subcutáneo en la base y regiones laterales del cuello; b) Neumomediastino y neumopericardio.



**Figura 2** a) Área de eritema lineal en la pared izquierda del esófago medio-distal; b) Radiografía de tórax normal.

pre y cuando se encuentren hemodinámicamente estables, la rotura esofágica sea contenida y la contaminación medias-tínica sea limitada<sup>7</sup>. Este consiste en nada por vía oral, antibióticos de amplio espectro, así como inicio de un inhi-bidor de la bomba de protones<sup>6,8</sup>. Si el paciente requiere intervención, la terapia endoscópica es una opción menos invasiva permitiendo la colocación de clips, *stents* metálicos recubiertos o la terapia de vacío endoluminal. Sin embargo, aquellos pacientes que presentan perforaciones de gran tamaño, *shock* séptico o alguna afección esofágica asociada, la cirugía está indicada como primera opción terapéutica<sup>8,9</sup>.

En conclusión, el síndrome de Boerhaave es una enfer-medad del esófago poco frecuente, pero con gran riesgo de complicaciones y mortalidad. La sospecha y el diagnóstico debe ser oportuno con mejoría del pronóstico instaurando tratamiento individualizado.

## Financiación

Los autores de este manuscrito no han recibido financiación.

## Consideraciones éticas

Los autores declaran que para esta investigación no se han realizado experimentos en seres humanos. Utilizamos proto-colos de obtención de base de datos del paciente en nuestro centro de trabajo; no se solicitó consentimiento informado para la publicación de este caso porque en el presente arti-culo no se publican datos personales que permita identificar al paciente. Este estudio cumple con la normativa vigente de investigación bioética. El Comité de Ética del Hospital La Caleta de Chimbote nos permitió realizar este estudio por los detalles antes explicados.

## Conflicto de intereses

Los autores no tienen ningún conflicto de intereses que declarar.

## Bibliografía

1. Mahant SS, Lanjewar A. A case report of conservati-vely managed Boerhaave syndrome. *Cureus*. 2024;16:e55225, <http://dx.doi.org/10.7759/cureus.55225>.
2. Totsi A, Fortounis K, Michailidou S, et al. Early diagnosis and surgi-cal management of Boerhaave syndrome: A case report. *Cureus*. 2023;15:e47596, <http://dx.doi.org/10.7759/cureus.47596>.

3. Chew FY, Yang S-T. Boerhaave syndrome. *CMAJ*. 2021;193:E1499, <http://dx.doi.org/10.1503/cmaj.202893>.
4. Haba Y, Yano S, Akizuki H, et al. Boerhaave syn-drome due to excessive alcohol consumption: Two case reports. *Int J Emerg Med*. 2020;13:56, <http://dx.doi.org/10.1186/s12245-020-00318-5>.
5. Mangeshkar S, Borkowski P, Shokrehuda A, et al. Boer-haave syndrome: An unusual myocardial infarction mimick-a case report. *Eur Heart J Case Rep*. 2024;8:ytae310, <http://dx.doi.org/10.1093/ehjcr/ytae310>.
6. Allaway MGR, Morris PD, B-Sinclair J-L, et al. Management of Boerhaave syndrome in Australasia: A retrospective case series and systematic review of the Australasian literature. *ANZ J Surg*. 2021;91:1376–84, <http://dx.doi.org/10.1111/ans.16501>.
7. Horrocks R. Boerhaave syndrome, a rare oesophageal rupture: A case report. *Br Paramed J*. 2021;5:49–53, <http://dx.doi.org/10.29045/14784726.2021.3.5.4.49>.
8. Tarazona MAD, Chaves CER, Mateus JFI, et al. Boerhaave syn-drome: Successful conservative treatment Case report and literature review. *Int J Surg Case Rep*. 2023;107:108289, <http://dx.doi.org/10.1016/j.ijscr.2023.108289>.
9. Salvador-Ibarra IJ, Pizaña-Davila A. Síndrome de Boerhaave: reporte de un caso y revisión de la literatura. *Cir Cir*. 2021;89:6210, <http://dx.doi.org/10.24875/CIRU.21000010>.

D.C. Calderón-Cabrera<sup>a,\*</sup>, E.J. Cobián-Cerna<sup>a</sup>  
y C. Zanabria-Caya<sup>b</sup>

<sup>a</sup> *Servicio de Gastroenterología, Hospital La Caleta, Chimbote, Ancash, Perú*

<sup>b</sup> *Servicio de Medicina Interna, Hospital La Caleta, Chimbote, Ancash, Perú*

\* Autor para correspondencia. Calle Luis Montero Mz I lote 25 Urb Santo Dominguito. Trujillo, La Libertad; Teléfono: 951728365

Correo electrónico: [dcalderson30@gmail.com](mailto:dcalderson30@gmail.com)  
(D.C. Calderón-Cabrera).

<https://doi.org/10.1016/j.rgm.2024.11.003>

0375-0906/ © 2024 Asociación Mexicana de Gastroenterología. Publicado por Masson Doyma México S.A. Este es un artículo Open Access bajo la licencia CC BY-NC-ND (<http://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/4.0/>).