



Imagen clínica

**Empiema bilateral secundario a una perforación esofágica espontánea**



**Bilateral Empyema Due to Spontaneous Esophageal Perforation**

Luis Daniel Umezawa Makikado<sup>a,\*</sup>, César Augusto Noriega Rocca<sup>b</sup> y Gonzalo Ernesto Gianella Malca<sup>a</sup>

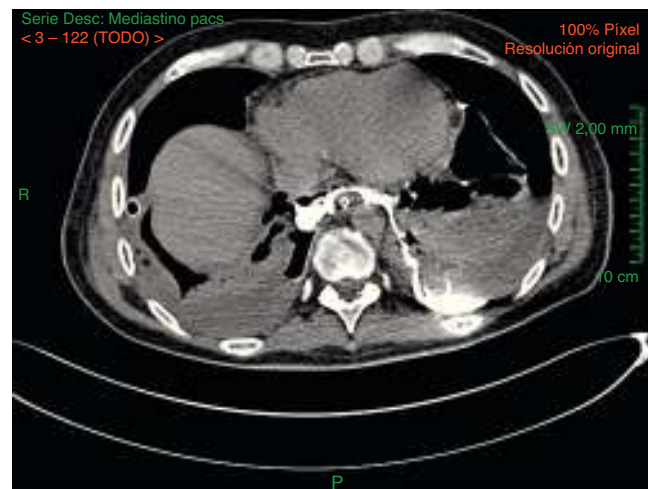
<sup>a</sup> Unidad de Cuidados Intensivos, Clínica Ricardo Palma, Lima, Perú

<sup>b</sup> Servicio de Neumología, Clínica Ricardo Palma, Lima, Perú

Paciente varón de 50 años, sin antecedentes de interés, es llevado a urgencia por un cuadro de náuseas, vómitos y disnea progresiva tras 3 días en la ciudad de Cuzco. En la radiografía de tórax se evidenció un derrame pleural bilateral. El análisis citoquímico del líquido fue compatible con empiema. El paciente desarrolló insuficiencia respiratoria progresiva que requirió el inicio de ventilación mecánica y pase a la Unidad de Cuidados Intensivos (UCI) donde recibió tratamiento antibióticos de amplio espectro, y se realizó el drenaje torácico bilateral. Después de 10 días es extubado y transferido a Lima, a nuestra UCI.

A su llegada persiste el empiema bilateral, por lo que se realizó una tomografía axial computarizada con contraste oral, donde se evidenció una perforación esofágica (fig. 1). El diagnóstico de la perforación esofágica se confirmó con una endoscopia alta donde se pudo observar una solución de continuidad ojival en la pared esofágica posterior en comunicación con el mediastino a 3 cm de la unión gastroesofágica, y se procedió al cierre de la misma mediante el uso de clips metálicos y colocación de una sonda nasoyeyunal. La evolución fue favorable, con buena tolerancia de la nutrición enteral y sin signos de sepsis o fallo respiratorio. Tras el clipaje, el drenaje torácico fue disminuyendo progresivamente, siendo menor de 100 cc/24 h y se mantuvo hasta el alta para trasladar al paciente a Alemania donde continuó su recuperación, y finalmente fueron retirados.

El síndrome de Boerhaave es una perforación espontánea del esófago debido al aumento repentino en la presión intraesofágica<sup>1</sup>. El carácter inespecífico de los síntomas puede contribuir a retrasar el diagnóstico y empeorar su pronóstico. En la radiografía de tórax suele presentar neumomediastino o neumoperitoneo asociado a derrame pleural, neumotórax y/o enfisema subcutáneo<sup>2</sup>. El diagnóstico se confirma por medio de la tomografía computarizada, esofagograma contrastado o endoscopia.



**Figura 1.** Tomografía pulmonar donde se encuentra derrame pleural bilateral con signo de neumomediastino, hay comunicación fistulosa del esófago al compartimento mediastinal posterior, acumulándose el contraste en la zona declive de ambos hemitórax.

**Bibliografía**

1. Pate JW, Walker WA, Cole FH Jr, Owen EW, Johnson WH. Spontaneous rupture of the esophagus: A 30-year experience. *Ann Thorac Surg.* 1989;47:689-92.
2. Brauer RB, Liebermann-Meffert D, Stein HJ, Bartels H, Siewert JR. Boerhaave's syndrome: Analysis of the literature and report of 18 new cases. *Dis Esophagus.* 1997;10:64-8.

\* Autor para correspondencia.

Correos electrónicos: [luis.umezawa@hotmail.com](mailto:luis.umezawa@hotmail.com), [ldaniel.umezawa@gmail.com](mailto:ldaniel.umezawa@gmail.com) (L.D. Umezawa Makikado).