

## Caso clínico de síndrome de Boerhaave

### Clinical case of Boerhaave's syndrome

Nelson Sánchez Recio<sup>1\*</sup> <https://orcid.org/0009-0000-7429-2710>

Arlet Payrol Pérez<sup>1</sup> <https://orcid.org/0000-0002-1861-9819>

Yuniesky Figueredo Lacasse<sup>1</sup> <https://orcid.org/0009-0003-8499-5774>

Manuel Cancio Bello de la Tejera<sup>1</sup> <https://orcid.org/0009-0005-6883-276X>

<sup>1</sup>Hospital Clínico Quirúrgico Docente "Julio Trigo López". La Habana, Cuba.

\*Autor para la correspondencia: [nelsonsr2020@gmail.com](mailto:nelsonsr2020@gmail.com)

#### RESUMEN

**Introducción:** El síndrome de Boerhaave representa una emergencia quirúrgica de alta mortalidad, caracterizada por una ruptura esofágica transmural secundaria a una hiperpresión intraluminal brusca.

**Objetivo:** Exponer un caso atípico de síndrome de Boerhaave en un paciente joven con antecedente de intervención quirúrgica abdominal previa.

**Presentación de caso:** Se presentó un paciente masculino de 24 años con antecedentes de úlcera péptica, que requirió una cirugía abdominal, hace dos años, por síndrome pilórico. Ingresó por vómitos posprandiales y, durante su evaluación, reveló un paro cardiorrespiratorio. Tras una reanimación exitosa, se requirió una ventilación mecánica y desarrolló un *shock* resistente, que precisó noradrenalina. La ecografía toracoabdominal mostró un derrame pleural izquierdo masivo, un derrame derecho mínimo y una marcada dilatación gástrica. Los hallazgos confirmaron una perforación esofágica. La evolución posterior resultó desfavorable.

**Conclusiones:** El síndrome de Boerhaave puede manifestarse de forma grave. Los antecedentes de cirugía abdominal superior constituyen un factor de riesgo potencial. La ecografía toracoabdominal resulta fundamental para el diagnóstico temprano en pacientes críticos. El desenlace fatal refleja la gravedad de esta entidad cuando cursa con inestabilidad hemodinámica severa.

**Palabras clave:** síndrome de Boerhaave; ruptura esofágica; paro cardiorrespiratorio; derrame pleural; ecografía toracoabdominal; *shock*.

## ABSTRACT

**Introduction:** Boerhaave's syndrome is a high-mortality surgical emergency characterized by transmural esophageal rupture secondary to sudden intraluminal hyperpressure.

**Objective:** To expose an atypical case of Boerhaave's syndrome in a young patient with a history of previous abdominal surgery.

**Case Summary:** A 24-year-old male with history of peptic ulcer disease who required abdominal surgery two years earlier for pyloric stenosis. He presented with postprandial vomiting and developed cardiac arrest during evaluation. After successful resuscitation, he required mechanical ventilation and developed refractory shock needing norepinephrine. Thoracoabdominal ultrasound revealed massive left pleural effusion, minimal right effusion, and marked gastric dilatation. Findings confirmed esophageal perforation. Subsequent clinical course was unfavorable.

**Conclusions:** Boerhaave's syndrome can manifest severely. History of upper abdominal surgery constitutes a potential risk factor. Thoracoabdominal ultrasound is essential for early diagnosis in critical patients. The fatal outcome reflects the severity of this condition when accompanied by severe hemodynamic instability.

**Keywords:** Boerhaave Syndrome; Esophageal Rupture; Cardiac Arrest; Pleural Effusion; Thoracoabdominal Ultrasound; *Shock*.

Recibido: 18/11/2025

Aceptado: 14/03/2026

## Introducción

El síndrome de Boerhaave (BS) es una afección poco frecuente, caracterizada por una ruptura espontánea transmural del esófago, generalmente, en su tercio distal, causado por un aumento brusco de la presión transesofágica, desencadenada por un esfuerzo durante el vómito. Representa la causa no iatrogénica más frecuente en la práctica médica, al ser responsable del 8,0-56,0 % de todas las perforaciones.<sup>(1,2)</sup>

Se estima una incidencia global de 3,1 casos por cada 1 000 000 habitantes; con predominio del sexo masculino, vinculado al hábito de fumar, el alcohol y las drogas, y suele presentarse entre la 5ta y 7ma décadas de vida.<sup>(3,4)</sup>

Constituye una de las condiciones con elevada mortalidad, sin tratamiento adecuado, la mortalidad ronda el 100 %; con la intervención médica y la cirugía temprana estos valores se sitúan entre 30,0-60,0 %; su reconocimiento precoz la reduce significativamente a un 6,5 %.<sup>(1,3)</sup>

El objetivo de este trabajo fue exponer un caso atípico de síndrome de Boerhaave en un paciente joven con antecedente de intervención quirúrgica abdominal previa.

## Presentación de caso

Se presentó un paciente masculino de 24 años de edad, con antecedentes de cirugía abdominal por síndrome pilórico por úlcera péptica desde hace dos años. Acudió a urgencias por dolor abdominal y vómitos posprandiales, con restos alimentarios. Durante su evaluación presentó una parada cardiorrespiratoria (PCR), se procedió a la reanimación vital avanzada, con retorno a la circulación

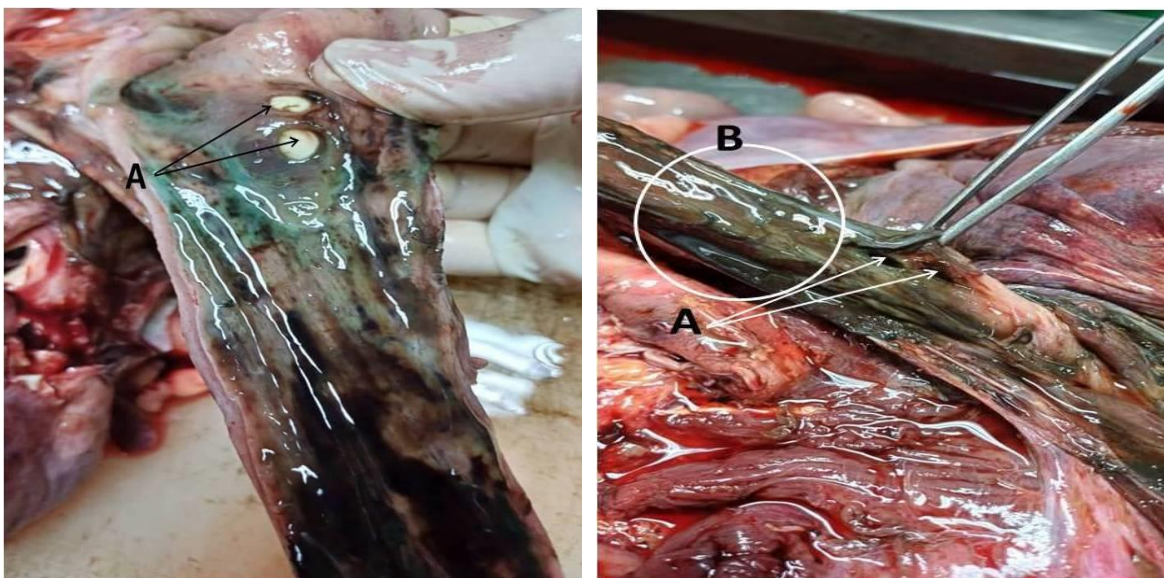
espontánea, se requirió ventilación mecánica artificial y soporte hemodinámico con noradrenalina por signos evidentes de *shock*.

Se solicitó ecografía de urgencias, donde se evidenció un derrame pleural izquierdo de gran cuantía y un derrame pleural mínimo derecho; además, de gran dilatación gástrica. Valorado por la guardia de cirugía para la evacuación del derrame, se le realizó una pleurostomía mínima baja.

A través del drenaje se constató la salida de líquido pleural aproximadamente 2 000 ml con características de líquido intestinal.

A las seis horas, el paciente hace PCR en asistolia, se reanimó por espacio de 40 minutos y falleció. Los familiares autorizaron la realización de la necropsia.

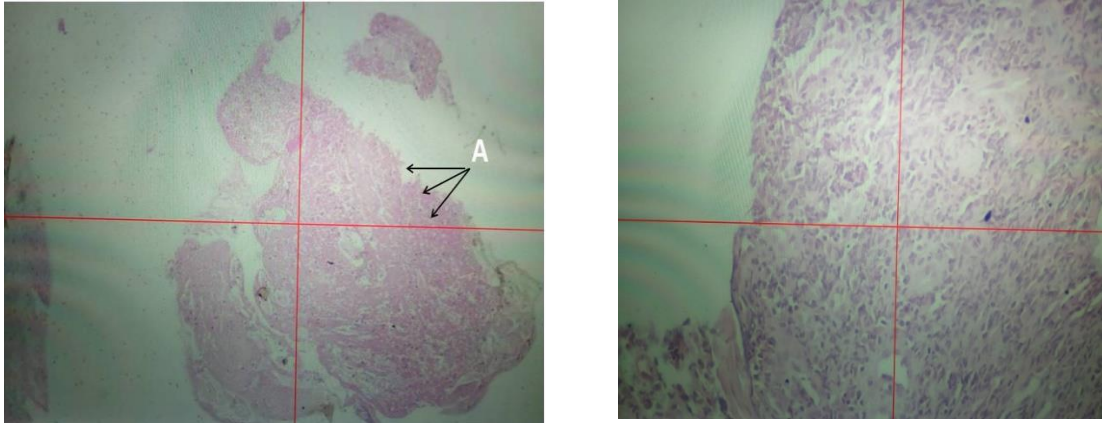
Se presentan en la figura 1 las características macroscópicas del esófago.



Fuente: Dpto. Anatomía patológica, Hospital Clínico Quirúrgico Docente "Julio Trigo López".

**Fig. 1** - Esófago. A) se observa en el tercio distal dos perforaciones de aproximadamente 0,5 cm de diámetro; B) Mucosa esofágica con signos de esofagitis química.

En la figura 2, se muestran las características microscópicas del esófago.



Fuente: Dpto. Anatomía Patológica, Hospital Clínico Quirúrgico Docente "Julio Trigo López".

**Fig. 2** - Esófago. A) Epitelio estratificado con abundante infiltrado inflamatorio linfocitario. B) Pequeños acúmulos de polimorfonucleares en el sitio de la perforación esofágica

### Consideraciones éticas

Este estudio estuvo regido por los principios de la última Declaración de Helsinki;<sup>(5)</sup> se solicitó el consentimiento a los familiares para la publicación del caso con fines investigativos y docentes.

### Discusión

El BS en pacientes jóvenes, representa un desafío diagnóstico, pues requiere una alta tasa de sospecha para disminuir la mortalidad. Este caso destaca como los antecedentes del paciente, vómitos cuantiosos, posprandiales con restos alimentarios, cirugía previa por síndrome pilórico y el descalabro de la hemodinamia abruptamente, constituyen factores de riesgos determinantes que debería poner en alerta al médico de una posible perforación esofágica.<sup>(1,2,3)</sup>

Un estudio español, llevado a cabo por *Carbonell* y otros,<sup>(6)</sup> presentó dos casos con BS, ambos hombres, de 31 con antecedentes de disfagia por anillo de Schatzki.

El primer caso acude a urgencias por episodio de "atragantamiento" y "dolor retroesternal".

El segundo caso de 49 años mostró antecedentes de tabaquismo y etilismo crónico, donde asiste por "dolor retroesternal intenso", precedido de vómitos.

En ambos casos, se recogen factores de riesgos predisponentes, se confirmó con TAC contrastada la presunción diagnóstica en dichos pacientes. Los resultados exponen disparidad en los efectos antes mencionados en cuanto a la edad, debido a la existencia de los factores de riesgos; sin embargo, se coincidió que fue más frecuente en los hombres.

El paciente presentado mostró el desencadenante clásico de vómitos, dolor abdominal y deterioro hemodinámico, que derivó en PCR, si bien este síndrome está caracterizado por la tríada de Mackler (vómitos, dolor torácico y enfisema subcutáneo). En un tercio de los pacientes, la presentación ha sido atípica, lo cual retrasa el diagnóstico por la existencia de vómitos como factor desencadenante y que constituye el elemento clave en la fisiopatología.<sup>(7)</sup>

El hallazgo ecográfico de derrame pleural bilateral, con predominio izquierdo, orientó inicialmente al diagnóstico, pero fueron las características del líquido pleural, obtenido a través de la sonda de pleurostomía, la cual proporcionó el hallazgo definitivo al poner en evidencia las características intestinales de este. Este estudio, realizado sin sospecha de perforación esofágica, demostró ser crucial en el diagnóstico, lo que destaca su necesidad en urgencias, donde no están disponibles estudios como la tomografía computarizada o la endoscopia.<sup>(8)</sup>

El desenlace del paciente reflejó la incidencia de complicaciones y elevada mortalidad asociada al BS, especialmente, en el contexto donde el diagnóstico se retrasa. Esta entidad ha tenido una elevada mortalidad, la cual se reduce con la cirugía,<sup>(9)</sup> aunque la edad ha sido el factor epidemiológico más importante, el pronóstico depende de la prontitud del diagnóstico; la presencia del antecedente de cirugía previa abdominal, los vómitos, las características del líquido pleural y la

inestabilidad hemodinámica debe elevar la sospecha clínica, independientemente, de la edad del paciente.<sup>(10)</sup>

## Conclusiones

El presente caso evidencia que el síndrome de Boerhaave, si bien es una entidad infrecuente, constituye una emergencia quirúrgica de elevada letalidad, que puede presentarse en la población joven. La existencia de antecedentes quirúrgicos abdominales superiores, como la cirugía pilórica, en este paciente, debe considerarse un factor de riesgo potencial que, sumado a un cuadro de vómitos posprandiales y deterioro hemodinámico abrupto, obliga a incluir la perforación esofágica en el diagnóstico diferencial.

La ecografía toracoabdominal de urgencia se reveló como una herramienta diagnóstica crucial al objetivar un derrame pleural masivo y una dilatación gástrica, hallazgos que orientaron la conducta inicial.

No obstante, el retraso en la asistencia al hospital y la instauración de un *shock* refractario condicionaron un desenlace fatal, lo cual subraya la crítica ventana de una conducta quirúrgica y la imperiosa necesidad de mantener un alto índice de sospecha clínica para mitigar las complicaciones y la alta morbimortalidad.

## Referencias bibliográficas

1. Predescu D, Achim F, Socea B, Rotariu A, Moraru A, Rasuceanu A, et al. Boerhaave Syndrome-Narrative Review. *Diagnostics* (Basel). 2025 [acceso10/11/2025];15(19):2463. Disponible en: <https://pmc.ncbi.nlm.nih.gov/articles/PMC12524210/>
2. Chiaradia P, Larrañaga N, Roccatagliata N, Paba M, Jeanmaire E, Peralta D, et al. Síndrome de Boerhaave. Reporte de un caso y revisión de la literatura. *Acta Gastroenterol Latinoam*. 2020 [acceso10/11/2025];50(3):325-9. Disponible en:

<https://actagastro.org/sindrome-de-boerhaave-reporte-de-un-caso-y-revision-de-la-literatura/>

3. Turner A, Colier S, Turner S. Boerhaave Syndrome. In: Stat Pearls. Treasure Island (FL): Stat Pearls Publishing; 2025 [acceso10/11/2025]. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK430808/>

4. Salvador-Ibarra I, Pizaña-Dávila A. Síndrome de Boerhaave: reporte de un caso y revisión de la literatura. Cir Cir. 2021 [acceso10/11/2025];89(2):263-70. Disponible en: [https://www.scielo.org.mx/scielo.php?pid=S2444-054X2021000800026&script=sci\\_arttext](https://www.scielo.org.mx/scielo.php?pid=S2444-054X2021000800026&script=sci_arttext)

5. Asociación Médica Mundial. Declaración de Helsinki de la Asociación Médica Mundial: Principios éticos para la investigación médica con participantes humanos. JAMA. 2025;333(1):71-4. DOI: <https://doi.org/10.1001/jama.2024.21972>

6. Carbonell S, Ruiz E, García E, Ramija J. Síndrome de Boerhaave en nuestro medio. Presentación de 2 casos y revisión de la literatura Nacional. Cir Andal. 2023;34(1):19-23. DOI: <https://doi.org/10.37351/2021341.3>

7. Roy P, González Z, Kalapatapu V. Boerhaave Syndrom (Spontaneus Esophageal Perforation). Medscape. 2025 [acceso10/11/2025]. Disponible en: <https://emedicine.medscape.com/article/171683-overview>

8. Valero R, Pernalet B, Bonardo R, González R, Zurita L, Rendo A, *et al.* Síndrome de Boerhaave. Reporte de un caso y revisión de la literatura. Gen. 2008 [acceso10/11/2025];62(4):287-93. Disponible en: [https://ve.scielo.org/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=s0016-35032008000400012](https://ve.scielo.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=s0016-35032008000400012)

9. Aiolfi A, Micheletto G, Guerrazzi G, Bonitta G, Campanelli G, Bona D. Minimally Invasive Surgical Management of Boerhaave's Syndrome: a Narrative Literature Review. J Thorac Dis. 2020;12(8):4411-7. DOI: <https://doi.org/10.21037/jtd-20-1020>

10. Granel-Villach L, Fortea-Sanchis C, Martínez-Ramos D, Paiva-Coronel G, Queralt-Martín R, Villarín-Rodríguez A, *et al.* Boerhaave's Syndrome: a Review of

our Experience over the last 16 Years. Rev Gastroenterol Mex (Engl Ed.). 2014 [acceso10/11/2025];79(1):67-70. Disponible en:

<https://www.revistagastroenterologiamexico.org/en-boerhaave-s-syndrome-a-review-our-articulo--S225534X14000322>

### **Conflicto de intereses**

Los autores declaran que no existe conflictos de intereses.