

Ciencia Latina Revista Científica Multidisciplinar, Ciudad de México, México.  
ISSN 2707-2207 / ISSN 2707-2215 (en línea), marzo-abril 2025,  
Volumen 9, Número 2.

[https://doi.org/10.37811/cl\\_rcm.v9i2](https://doi.org/10.37811/cl_rcm.v9i2)

## **SÍNDROME DE BOERHAAVE: NEUMOMEDIASTINO SECUNDARIO A EMESIS PSICÓGENA. REPORTE DE CASO**

**BOERHAAVE SYNDROME: PNEUMOMEDIASTINUM  
SECODARY TO PSYCHOGENIC EMESIS. A CASE REPORT**

**Dra. Lina Johana Terreros**  
Hospital Universitario San Ignacio

**Dr. Juan Diego Navarro**  
Hospital Universitario San Ignacio

**Dr. Jaisson Eluceeb Cetina**  
Hospital Universitario San Ignacio

DOI: [https://doi.org/10.37811/cl\\_rcm.v9i2.17286](https://doi.org/10.37811/cl_rcm.v9i2.17286)

## **Síndrome de Boerhaave: Neumomediastino secundario a emesis psicógena. Reporte de caso**

**Dra. Lina Johana Terreros**<sup>1</sup>[linaj.terreros@javeriana.edu.co](mailto:linaj.terreros@javeriana.edu.co)<https://orcid.org/0000-0003-0150-4123>Pontificia Universidad Javeriana – Hospital  
Universitario San Ignacio**Dr. Juan Diego Navarro**[juan.navarro@javeriana.edu.co](mailto:juan.navarro@javeriana.edu.co)<https://orcid.org/0000-0001-7379-6466>

Hospital Universitario San Ignacio

**Dr. Jaisson Eluceeb Cetina**[J\\_cetina@javeriana.edu.co](mailto:J_cetina@javeriana.edu.co)<https://orcid.org/0000-0003-3993-4364>Pontificia Universidad Javeriana – Hospital  
Universitario San Ignacio

### **RESUMEN**

El síndrome de Boerhaave ruptura esofágica espontánea o por esfuerzo descrito en 1724 por Hermann Boerhaave, entidad poco frecuente de etiología variable con mayor frecuencia iatrogénica, incidencia de 1.3 casos por millón con alta tasa de mortalidad hasta el 80% según el tiempo de diagnóstico. **Caso Clínico:** Se trata de paciente femenino de 19 años de edad, con antecedente de ansiedad y depresión, con cuadro de dolor toracoabdominal en epigastrio de intensidad severa con irradiación retroesternal múltiples episodios eméticos de ejecución violenta edema en la cara y cuello, examen físico con presencia de edema facial bilateral, con enfisema subcutáneo entendido al cuello y tercio superior del tórax sin otros hallazgos clínicos, tomografía de cuello y tórax evidencio enfisema de los tejidos blandos del cuello, cara y neumomediastino desde la unión esofagogástrica, zona de adelgazamiento en aspecto anterior del tercio distal del esófago sin colecciones considerándose síndrome de Boerhaave con puntaje de Pittsburgh 1 recibió manejo médico con adecuada evolución clínica. **Discusión** Esta entidad con menor incidencia en pacientes jóvenes, se presenta con una clínica clásica en menos del 50% de los pacientes descrita como un conjunto de síntomas dado por vómitos, dolor torácico y enfisema subcutáneo (tríada de Mackler) por lo que en muchos de los casos su diagnóstico sigue siendo un reto, el defecto anatómico evidenciado en múltiples casos se localiza principalmente a nivel del tercio inferior del esófago, la cual requiere intervenciones específicas urgentes dependiendo de tamaño y clínica de presentación que puede variar entre síntomas generales hasta fallo multiorgánico, su abordaje terapéutico es amplio desde manejo médico hasta técnicas quirúrgicas específicas dependiendo de la extensión de la lesión y el compromiso sistémico puede llegar a tener un aumento de mortalidad hasta del 50% de esto radica la importancia de su sospecha clínica y diagnóstico temprano por parte del personal de salud en el servicio de urgencias.

**Palabras clave:** urgencias, neumomediastino, atención en urgencias

---

<sup>1</sup> Autor principal

Correspondencia: [linaj.terreros@javeriana.edu.co](mailto:linaj.terreros@javeriana.edu.co)

# Boerhaave Syndrome: Pneumomediastinum Secodary to Psychogenic Emesis. A Case Report

## ABSTRACT

Boerhaave syndrome, spontaneous or effort-induced esophageal rupture, described in 1724 by Hermann Boerhaave, is a rare entity with variable etiology, most frequently iatrogenic, with an incidence of 1.3 cases per million and a high mortality rate of up to 80% depending on the time of diagnosis. **Clinical Case:** This is a 19-year-old female patient with a history of anxiety and depression, presenting with severe thoracoabdominal pain in the epigastric region with retrosternal irradiation and multiple episodes of violent emesis. edema in the face and neck, physical examination showing bilateral facial edema, with subcutaneous emphysema extending to the neck and upper third of the chest without other clinical findings, neck and chest CT scan revealed emphysema of the soft tissues of the neck, face, and pneumomediastinum from the esophagogastric junction, thinning area in the anterior aspect of the distal third of the esophagus without collections, considering Boerhaave syndrome with a Pittsburgh score of 1, received medical management with adequate clinical evolution. **Discussion** This entity, with a lower incidence in young patients, presents with a classic clinical picture in less than 50% of patients, described as a set of symptoms including vomiting, chest pain, and subcutaneous emphysema (Mackler's triad), which is why in many cases its diagnosis remains a challenge. The anatomical defect evidenced in multiple cases is mainly located at the lower third of the esophagus, which requires urgent specific interventions depending on the size and clinical presentation, which can range from general symptoms to multi-organ failure. Its therapeutic approach is broad, from medical management to specific surgical techniques, depending on the extent of the lesion and systemic involvement, which can lead to an increase in mortality of up to 50%. This underscores the importance of clinical suspicion and early diagnosis by healthcare personnel in the emergency department.

**Keywords:** emergencies, pneumomediastinum, emergency care

*Artículo recibido 15 febrero 2025*

*Aceptado para publicación: 18 marzo 2025*



## **INTRODUCCIÓN**

El síndrome de Boerhaave, conocido como la ruptura esofágica espontánea o por esfuerzo, fue descrito por primera vez en 1724 por Hermann Boerhaave cuando analizó el caso clínico de Jan Von Wassenaer, un almirante que, posterior de una comida abundante, presentó vómitos asociados a dolor en el pecho. El almirante murió en menos de 24 horas, con evidencia de ruptura esofágica en su autopsia (1) Esta entidad es poco frecuente, con una etiología variable con mayor frecuencia iatrogénica ((2,3)), presenta una alta mortalidad alrededor de 13.3%, que puede oscilar del 4% al 80% según el tiempo de diagnóstico, y una incidencia estudiada en diferentes poblaciones de 1.3 casos por millón de habitantes (4,5) Por otro lado, la clínica clásica se presenta en menos del 50% de los pacientes, y es descrita como un conjunto de síntomas dado por vómitos, dolor torácico y enfisema subcutáneo, la cual es conocida como la tríada de Mackler(6,7). Esta ruptura esofágica se localiza principalmente a nivel del tercio inferior del esófago, a unos 3 a 5 cm de la unión gastroesofágica la cual requiere intervenciones específicas dependiendo de tamaño y clínica de presentación, las cuales varían desde el manejo médico hasta técnicas quirúrgicas específicas(8,9)

## **DESARROLLO**

### **Caso clínico**

Se trata de una paciente de sexo femenino, de 19 años de edad, con antecedente de trastorno mixto de ansiedad y depresión, quien estuvo en una hospitalización reciente por una crisis, quien consultó por un cuadro clínico de 1 día de evolución refiriendo dolor abdominal en epigastrio de carácter urente, intensidad 10/10 en escala análoga para el dolor, el cual se irradiaba a región retroesternal y se asociaba a más de 12 episodios eméticos; refiriendo emesis violenta, con arcadas de náuseas, similares a sus episodios previos en las crisis de ansiedad. Traía estudios endoscópicos y ecográficos recientes sin evidencia de alteraciones y el día de la consulta, presento edema en la cara y cuello posterior a episodios eméticos.

En la valoración física, la paciente se encontraba afebril, hidratada, con signos vitales normales, y evidenciaba edema facial bilateral, con enfisema subcutáneo que se extendía al cuello y tercio superior del tórax. Adicionalmente evidenció murmullo vesicular conservado, sin signos de neumotórax, y abdomen doloroso a la palpación en epigastrio, sin evidencia de signos de irritación peritoneal.



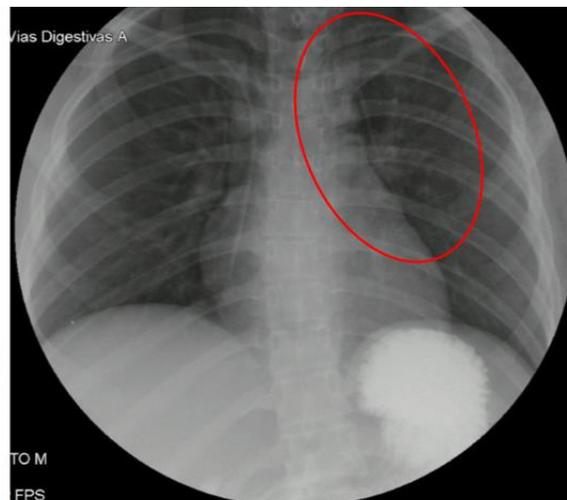
Los paraclínicos de ingreso presentaban un hemograma sin respuesta inflamatoria, función renal, electrolitos y perfil hepático normales. Se realizó una tomografía de cuello y tórax que evidenciaba enfisema de los tejidos blandos del cuello y de la hemicara izquierda, además de la presencia de neumomediastino que se extendía desde la unión esofagogástrica en sentido cefálico, disecando los diferentes compartimentos del mediastino hasta la región cervical y en el esófago se evidenciaba una zona de adelgazamiento el aspecto anterior del tercio distal del mismo, sin definir una clara solución de continuidad, sin evidenciar colecciones u otras alteraciones anatómicas evidenciadas (**Figura 1A-1B**).

Fue valorada por el servicio de cirugía general, quienes consideraron que la paciente cursaba con un síndrome de Boerhaave, con un puntaje de Pittsburgh de 1, con riesgo bajo por lo que se decidió instaurar manejo médico, inicio de antibiótico y nutrición parenteral.

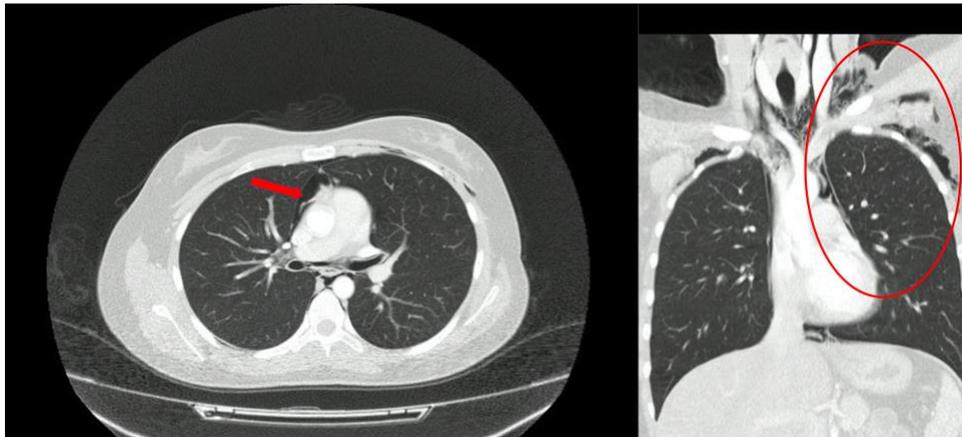
Durante los días de seguimiento no presentó deterioro clínico, se realizó una radiografía de vías digestivas con contraste yodado hidrosoluble por vía oral, sin evidencia alteraciones en su calibre, mucosa o peristaltismo. En especial no se evidenciaron fugas del medio de contraste. No se observó alteraciones en la unión gastroesofágica (**Figura 2**). La paciente continuó con una adecuada evolución clínica, recibió 7 días de antibiótico y fue dada de alta sin complicaciones.



**Figura 1B** Tomografía de cuello que evidencia enfisema de los tejidos blandos del cuello y de la hemicara izquierda



**Figura 2.** Radiografía de vías digestivas con contraste yodado hidrosoluble por vía oral, sin alteraciones, no se evidencian fugas de medio de contraste.



**Figura 1A** Tomografía de tórax que evidencia enfisema de los tejidos blandos del cuello y de la hemicara izquierda, además de neumomediastino que se extiende desde la unión esofagogástrica en sentido cefálico disecando los diferentes compartimentos del mediastino hasta la región cervical, esófago con zona de adelgazamiento el aspecto anterior del tercio distal del esófago sin definir una clara solución de continuidad

## DISCUSIÓN

Esta es una entidad clínica que se presenta con menor incidencia en pacientes jóvenes, con una tríada clásica (de Mackler) la cual se evidencia en menos del 50% de los casos, descrita previamente como emesis, dolor torácico y enfisema subcutáneo que generalmente pasan inadvertidos, o se estudian como otras etiologías lo cual hace que el diagnóstico de esta etiología sea un reto clínico en el servicio de urgencias.(10–12)

El defecto anatómico encontrado se evidencia usualmente al tercio inferior del esófago, en la unión gastroesofágica por la debilidad estructural de la unión perse que puede llegar a presentar fuga de contenido gástrico como mediastinitis (perforación contenida) y/o derrame pleural izquierdo (perforación no contenida); clínicamente este caso clínico llama la atención debido a la presentación de una emesis psicógena, que por el esfuerzo realizado durante sus episodios eméticos presentó una ruptura a este nivel. (9,13)

Es importante para abordar pacientes en urgencias con múltiples episodios eméticos sin importar su causa primaria y dolor torácico concomitante, que pueden estar cursando con esta patología, ya que su diagnóstico temprano repercutirá directamente en la sobrevida de estos. El valorar estos pacientes de forma interdisciplinaria favorece el desarrollo de una atención de calidad, que mejora los tiempos de las conductas médicas.(9,14,15)

Después de la sospecha diagnóstica es importante realizar una evaluación física exhaustiva determinar el compromiso sistémico y estado hemodinámico del paciente para realizar intervenciones tempranas, dentro de estas la realización pertinente de imágenes diagnósticas que permitan definir el nivel del defecto y complicaciones con el fin de emplear la mejor estrategia terapéutica y abordaje de las complicaciones, que si bien en muchos de los casos la intervención requiere de procedimientos quirúrgicos y/o intervenciones endoscópicas con colocación de stents en algunos casos puede simplemente realizarse vigilancia clínica e intervenciones de soporte como sucedió en este caso.(16–18)

Las complicaciones están determinadas por el retraso diagnóstico mayor a 24 horas y la extensión de la perforación, asociándose a un peor resultado clínico, mayor tasas de mortalidad, reingreso a UCI y reintervenciones además de prolongación de la estancia hospitalaria, por lo que es crucial la sospecha clínica haciendo énfasis en etiología espontánea a cargo de especialidades no quirúrgicas en los servicios de urgencias con el fin de articular la atención multidisciplinaria temprana.(3,12,15)

## **CONCLUSIONES**

El síndrome de Boerhaave es una urgencia médico quirúrgica la cual corresponde a una perforación espontánea del esófago, generalmente localizada en la cara posterolateral distal se encuentra asociado a altas tasas de morbilidad y mortalidad que dependen del tiempo y sospecha diagnóstica inicial. Las intervenciones tempranas son de vital importancia las cuales incluyen medidas de soporte hemodinámico, nutricional y antibiótico combinadas en algunos casos con procedimientos quirúrgicos que varían desde cierre endoscópico al vacío, colocación de stents, o cirugía con cierre directo del defecto, incluso resección generalmente mediante una esofagostomía cervical, las cuales dependen de la condición médica del paciente, los hallazgos intraoperatorios y la práctica local.

El impacto de este caso clínico presentado radica en la importancia de la sospecha diagnóstica, desde el abordaje inicial en el servicio de urgencias, el cual genera una estrategia diagnóstica dirigida a la búsqueda específica de defectos en el esófago e intervenciones puntuales iniciales que permiten una adecuada evolución y limitación de complicaciones derivadas del diagnóstico tardío y sus posibles consecuencias, lo cual demuestra la importancia de tener en cuenta las etiologías menos incidentes en el abordaje de pacientes con síntomas de alta frecuencia como los son el vómito y dolor torácico.



## REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Boerhaave H, Descripti Prius nec, Historia A, Vincent Derbes BJ, Edgar Mitchell R. The First Translation of the Classic Case Report of Rupture of the Esophagus, with Annotations HISTORY OF A GRIEVIUS DISEASE NOT PREVIOUSLY DESCRIBED.
2. Khaitan PG, Famiglietti A, Watson TJ. The Etiology, Diagnosis, and Management of Esophageal Perforation. Vol. 26, Journal of Gastrointestinal Surgery. Springer; 2022. p. 2606–15.
3. Díaz-Antonio T, Mirón Fernández I, Rodríguez Molina A. Spontaneous esophageal perforation (Boerhaave syndrome). Cir Esp. 2021 Apr 1;99(4):308.
4. Griffiths EA, Yap N, Poulter J, Hendrickse MT, Khurshid M. Thirty-four cases of esophageal perforation: The experience of a district general hospital in the UK. Diseases of the Esophagus. 2009 Oct;22(7):616–25.
5. Sdralis E (Ilias) K, Petousis S, Rashid F, Lorenzi B, Charalabopoulos A. Epidemiology, diagnosis, and management of esophageal perforations: systematic review. Diseases of the Esophagus. 2017 Aug 1;30(8):1–6.
6. Salvador-Ibarra IJ, Pizaña-Davila A. Boerhaave syndrome. Case report and literature review. Vol. 89, Cirugia y Cirujanos (English Edition). Permanyer Publications; 2021. p. 26–30.
7. Huber-Lang M, Henne-Bruns D, Schmitz B, Wuerl P. Esophageal perforation: Principles of diagnosis and surgical management. Vol. 36, Surgery Today. 2006. p. 332–40.
8. Han Di, Huang Z, Xiang J, Li H, Hang J. The Role of Operation in the Treatment of Boerhaave's Syndrome. Biomed Res Int. 2018;2018.
9. Tzioti MK, Marinou A, Sidiropoulos T, Karachaliou A, Danias N. Nonoperative Management of Boerhaave Syndrome: A Case Study. Cureus [Internet]. 2024 Oct 28; Available from: <https://www.cureus.com/articles/247535-nonoperative-management-of-boerhaave-syndrome-a-case-study>
10. Vidarsdottir H, Blondal S, Alfredsson H, Geirsson A, Gudbjartsson T. Oesophageal perforations in Iceland: A whole population study on incidence, aetiology and surgical outcome. Thoracic and Cardiovascular Surgeon. 2010;58(8):476–80.



11. Granel-Villach L, Fortea-Sanchis C, Martínez-Ramos D, Paiva-Coronel GA, Queralt-Martín R, Villarín-Rodríguez A, et al. Boerhaave's syndrome: A review of our experience over the last 16 years. *Rev Gastroenterol Mex.* 2014;79(1):67–70.
12. Catarino Santos S, Barbosa B, Sá M, Constantino J, Casimiro C. Boerhaave's syndrome: A case report of damage control approach. *Int J Surg Case Rep.* 2019 Jan 1;58:104–7.
13. Hauge T, Hejleh AA, Nilsson M, Schröder W. Boerhaave syndrome. Vol. 111, *British Journal of Surgery.* Oxford University Press; 2024.
14. Schalet R, Carro Cruz F, Berezowski I, Adams-Mardi C, Haile H, Schueler SA, et al. Boerhaave Syndrome Mimicking Acute Coronary Syndrome. *ACG Case Rep J.* 2024 Aug;11(8):e01453.
15. Yang Q, Liu H, Shu X, Liu X. Risk factors for the poor prognosis of Benign esophageal perforation: 8-year experience. *BMC Gastroenterol.* 2022 Dec 1;22(1).
16. Wannhoff A, Kouladouros K, Koschny R, Walter B, Zoll Z, Büringer K, et al. Endoscopic Vacuum Therapy for Treatment of Boerhaave's syndrome: a multicenter analysis. *Gastrointest Endosc.* 2024 Feb;
17. Griffiths EA, Yap N, Poulter J, Hendrickse MT, Khurshid M. Thirty-four cases of esophageal perforation: The experience of a district general hospital in the UK. *Diseases of the Esophagus.* 2009 Oct;22(7):616–25.
18. Karstens KF, Bellon E, Tachezy M, Izbicki JR, Ghadban T, Duprée A, et al. Surgical Management of Non-Malignant Esophageal Perforations: A Single-Center Analysis over a 15-Year Period. *Dig Surg.* 2020 Jun 1;37(4):302–11.

