

HALLAZGOS DE IMAGEN EN EL SÍNDROME DE BOERHAAVE (PERFORACIÓN ESOFÁGICA ESPONTÁNEA). UN DESAFÍO PARA EL RADIÓLOGO.

**Miguel Grande Bárez¹, María Martínez Martínez-Losa²,
Rodrigo Pastorín Salís¹, Araceli Muñoz Hernández¹, Pedro
Torres Rubio¹, José Manuel García Gómez¹**

¹Unidad Central De Radiodiagnóstico. Hospital Infanta
Leonor, Madrid, España

²Hospital Ramón y Cajal, Madrid, España

INTRODUCCIÓN

La perforación espontánea del esófago (síndrome de Boerhaave) se caracteriza por una rotura completa del espesor de la pared esofágica

Se origina por un mecanismo de barotrauma cerrado, secundario al esfuerzo del paciente como consecuencia de episodios repetidos de vómitos.

Es una grave patología que supone un riesgo vital sin tratamiento adecuado, y a pesar de los avances en la técnica quirúrgica y los cuidados intensivos puede progresar a mediastinitis y shock séptico.

Aunque es una entidad clínica relativamente infrecuente (1/5000 personas) tiene una alta tasa de morbi-mortalidad

Suele afectar a hombres de mediana edad, siendo fundamental una adecuada correlación con los antecedentes clínicos ya que en >50% de casos tienen historia de alcoholismo.

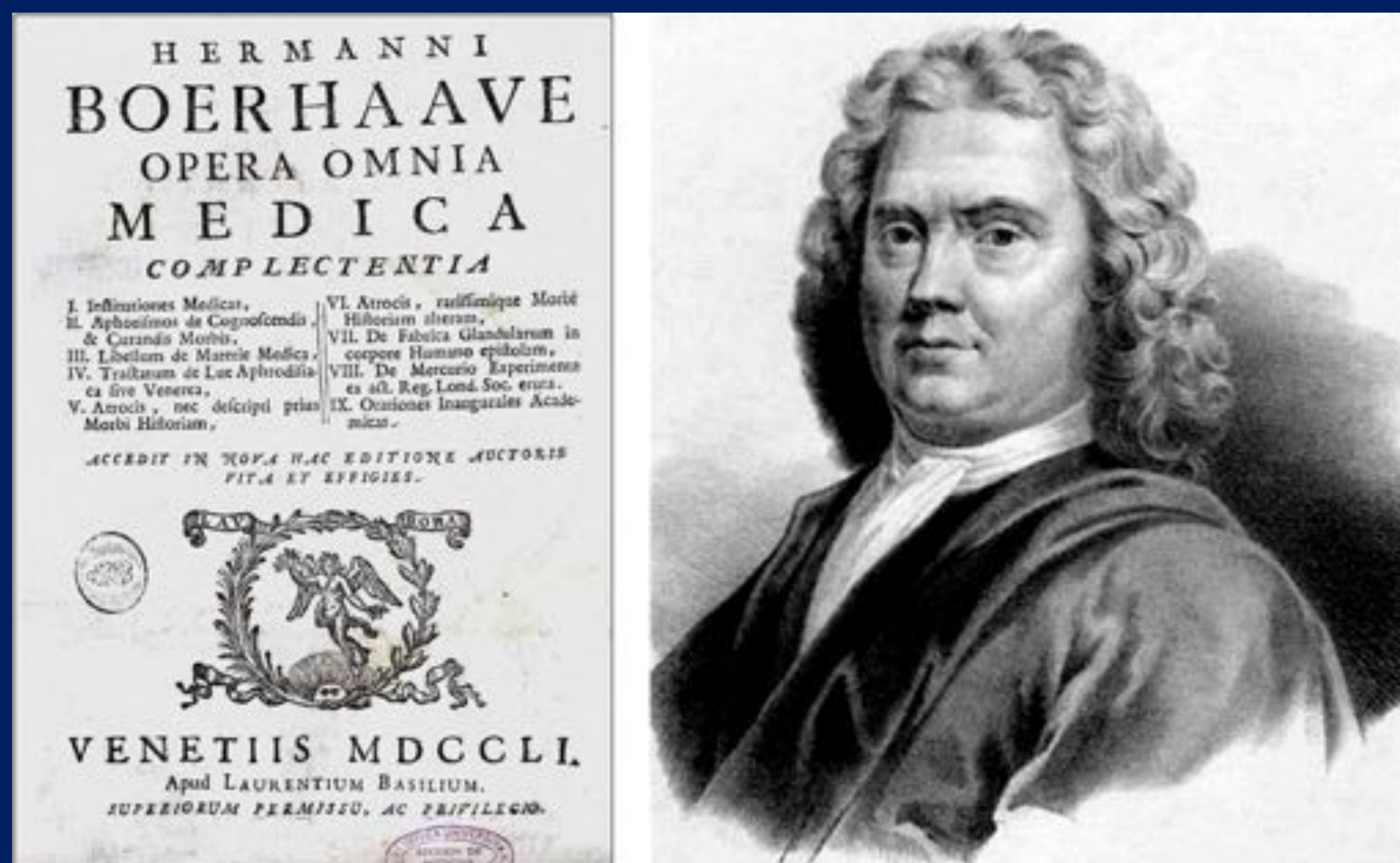
Sus presentación clínica clásica consiste en: vómitos, dolor retrosternal y enfisema mediastínico (triada de Mackler)

En ocasiones se presenta de forma más insidiosa, pudiendo confundirse con IAM, disección aórtica o patología abdominal (pancreatitis, colecistitis,...).

Por ello esta entidad representa un difícil reto diagnóstico, ya que de no ser sospechada puede suponer un retraso en su tratamiento, lo que condiciona el pronóstico vital.

HISTORIA

La primera mención del síndrome la realizó el doctor holandés Hermann Boerhaave, en 1724, cuando describió una ruptura esofágica con sepsis mediastínica secundaria a emesis, basándose en el cuadro clínico y la autopsia de su paciente el comandante de la flota holandesa Barón Van Wassenaer.



Hermann Boerhaave
(1668-1738)

El barón después de haber consumido gran cantidad de alimentos y alcohol intentó aliviar su saciedad provocándose el vómito con un derivado de la ipecacuana. Mientras lo hacía experimentó un fuerte dolor torácico.

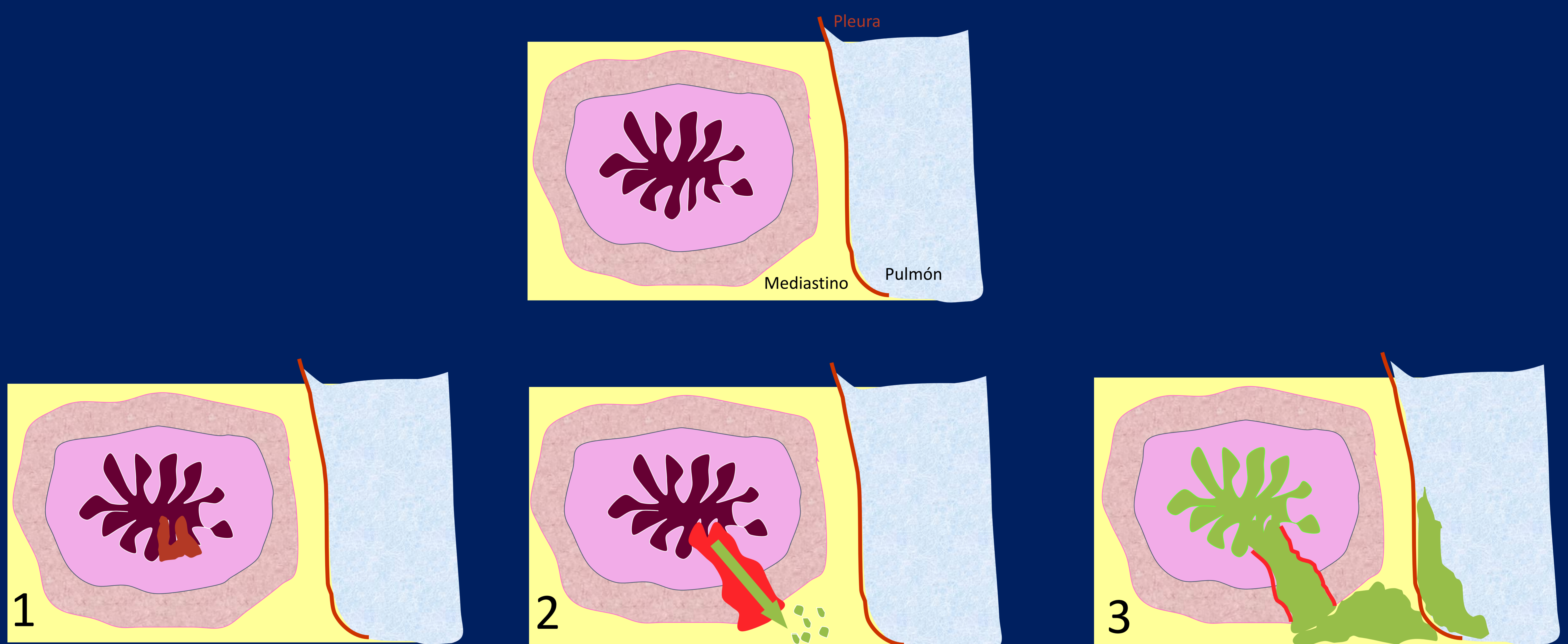
En la autopsia se confirmó la presencia de contenido gástrico en la cavidad pleural izquierda y de una perforación transversal del esófago distal

Pese a la gran cantidad de referencias al respecto, tuvieron que pasar cerca de dos siglos para que comenzaran a darse avances en el manejo y tratamiento del cuadro clínico, como la realización del primer drenaje exitoso por Frink en 1941 y el primer cierre esofágico satisfactorio por Barret en 1947, dejando de ser esta entidad un diagnóstico post-mortem.

ETIOPATOGENIA

Se piensa que la rotura transmural es consecuencia de un repentino aumento de presión interna del esófago producida durante los vómitos intensos, como resultado de una incoordinación neuromuscular que causa un fallo del cierre del músculo cricofaríngeo (esfínter esofágico superior), siendo también frecuente cuando el paciente ingiere grandes cantidades de alimento y/o bebidas.

La ubicación anatómica más frecuente de la perforación es la pared posterolateral izquierda de los 2/3 inferiores del esófago, unos 2-3 cm proximales a la transición esófago-gástrica.



La rotura esofágica espontánea del esófago constituye una entidad que progresa, desde:

- El desgarro de la mucosa (1) (Síndrome de Mallory-Weiss),
- La diseción de la pared (2) (Hematoma intramural)
- Hasta la rotura completa de las capas del esófago con salida de su contenido hacia el mediastino (3) (Síndrome de Boerhaave).

Para algunos autores, éste proceso supone un espectro continuo en la evolución de una misma condición clínica.

En el síndrome de Boerhaave, cuando se perfora el esófago se produce extravasación del contenido esofágico (verde) hacia el mediastino inferior y a la cavidad pleural (generalmente izquierda, ya que la porción distal del esófago está en contacto con ella)

Por ello el derrame pleural y/o empiema asociado en estos casos habitualmente es izquierdo.

CLÍNICA

Vómitos, dolor retroesternal y enfisema subcutáneo cervical (“triada de Mackler”)

Sin embargo rara vez se da esta triada completa y a menudo el único síntoma es dolor abdominal.

La deglución puede desencadenar tos, al existir comunicación entre el esófago y la cavidad pleural

Globalmente presenta una tasa de mortalidad aproximada del 35% (es la perforación digestiva de mayor gravedad)

La detección de la perforación esofágica en las primeras 24 horas desde la instauración de los síntomas permite el tratamiento quirúrgico, tras lo cual la supervivencia es >80%

El retraso en el tratamiento más allá de 24 horas influye negativamente en el pronóstico

Debido a que con frecuencia los pacientes no presentan la tríada clásica, las alteraciones visibles en la TC pueden ser la primera pista para sugerir el diagnóstico

Clásicamente la perforación ocurre después de vómitos forzosos, por lo que estrictamente no corresponde a una perforación “espontánea”. Se usa el término para distinguirlas de las perforaciones iatrogénicas, que corresponden al 85-90% del total

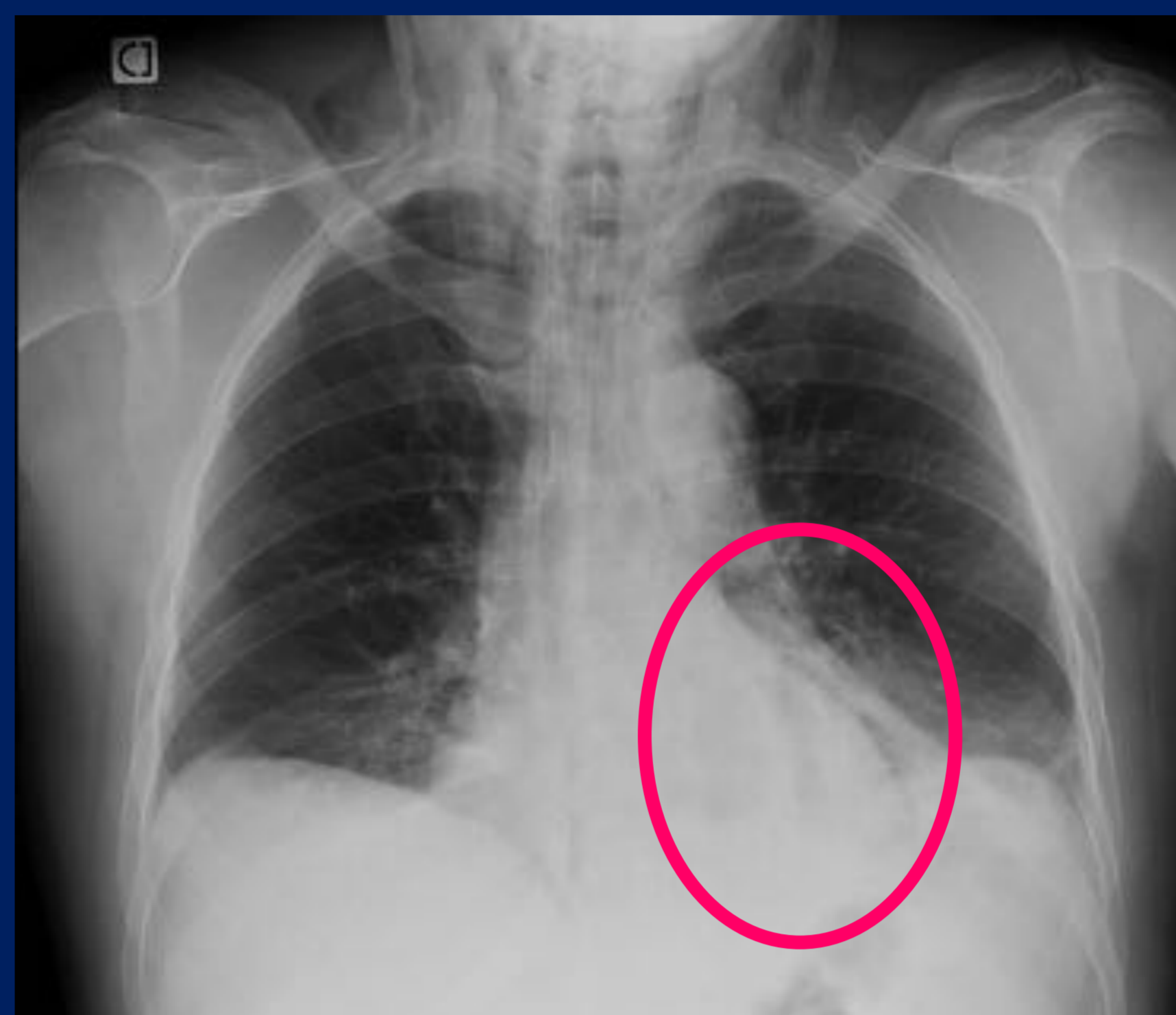
Es más habitualmente encontrada en pacientes alcohólicos (suponen más del 50% de los casos) dada la debilidad de la pared del esófago que presentan, así como en pacientes bulímicos y con otro tipo de trastornos alimentarios que se presentan con vómitos de repetición.

DIAGNÓSTICO POR IMAGEN

RX DE TÓRAX.

Primera prueba a realizar. Puede mostrar ensanchamiento mediastínico, neumomediastino, derrame pleural (izq), enfisema subcutáneo, hidroneumotórax, infiltrados parcheados pulmonares... Pero una Rx normal no descarta el síndrome.

Un signo radiológico clásico es la "V de Naclerio", que corresponde a enfisema mediastínico lineal localizado en el ángulo cardiofrénico izquierdo



EGD.

Cada vez más en desuso, ante la posibilidad de poder realizar el TC directamente con contraste oral.

Debe administrarse contraste hidrosoluble (Gastrografín®), que se absorbe rápidamente en mediastino.

TC

-Es la técnica de elección por su gran resolución anatómica y su alta sensibilidad para detectar aire ectópico.

-A parte de la perforación evalúa también las posibles complicaciones acompañantes

-Un signo radiológico definitivo en el diagnóstico de esta entidad es la presencia de "tractos aéreos periesofágicos", 2arios al paso de aire intraluminal a través de la rotura transmural.

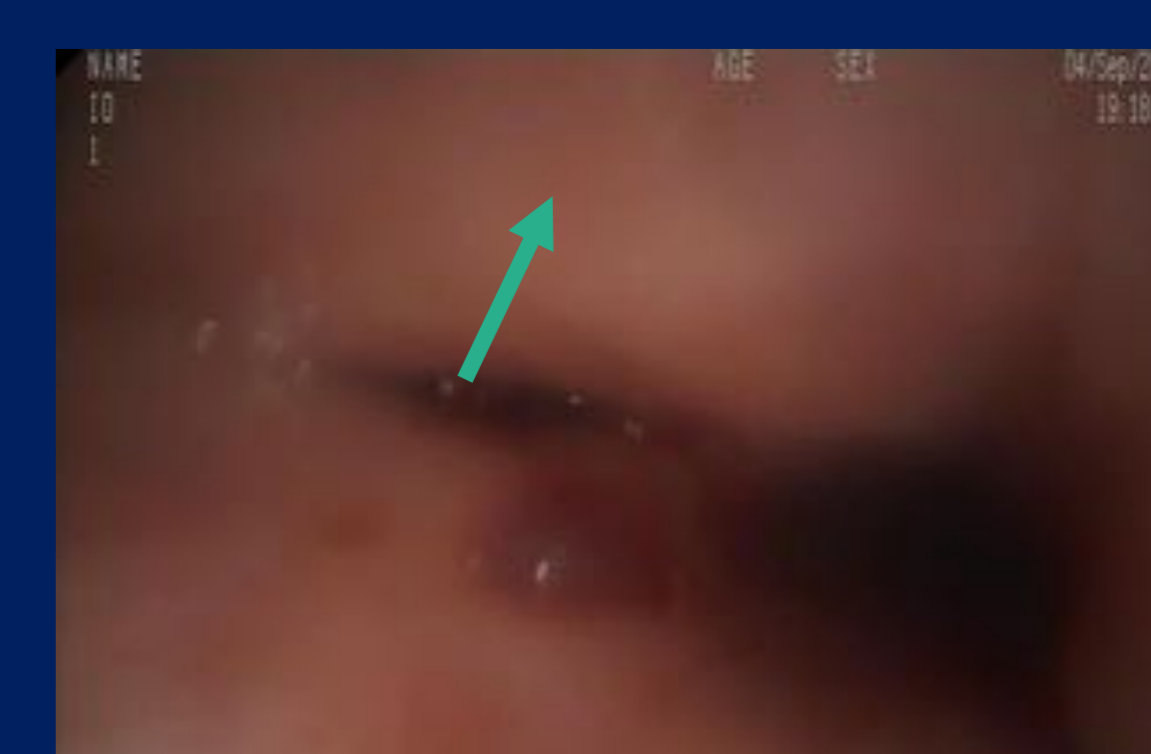


-En el caso de administrar contraste oral, la demostración de extravasación del mismo fuera de la luz esofágica es "patognomónica" de rotura esofágica.



ENDOSCOPIA.

Puede detectar el origen de la perforación, debiendo usarse con precaución dado el riesgo de agravar la lesión



CASOS

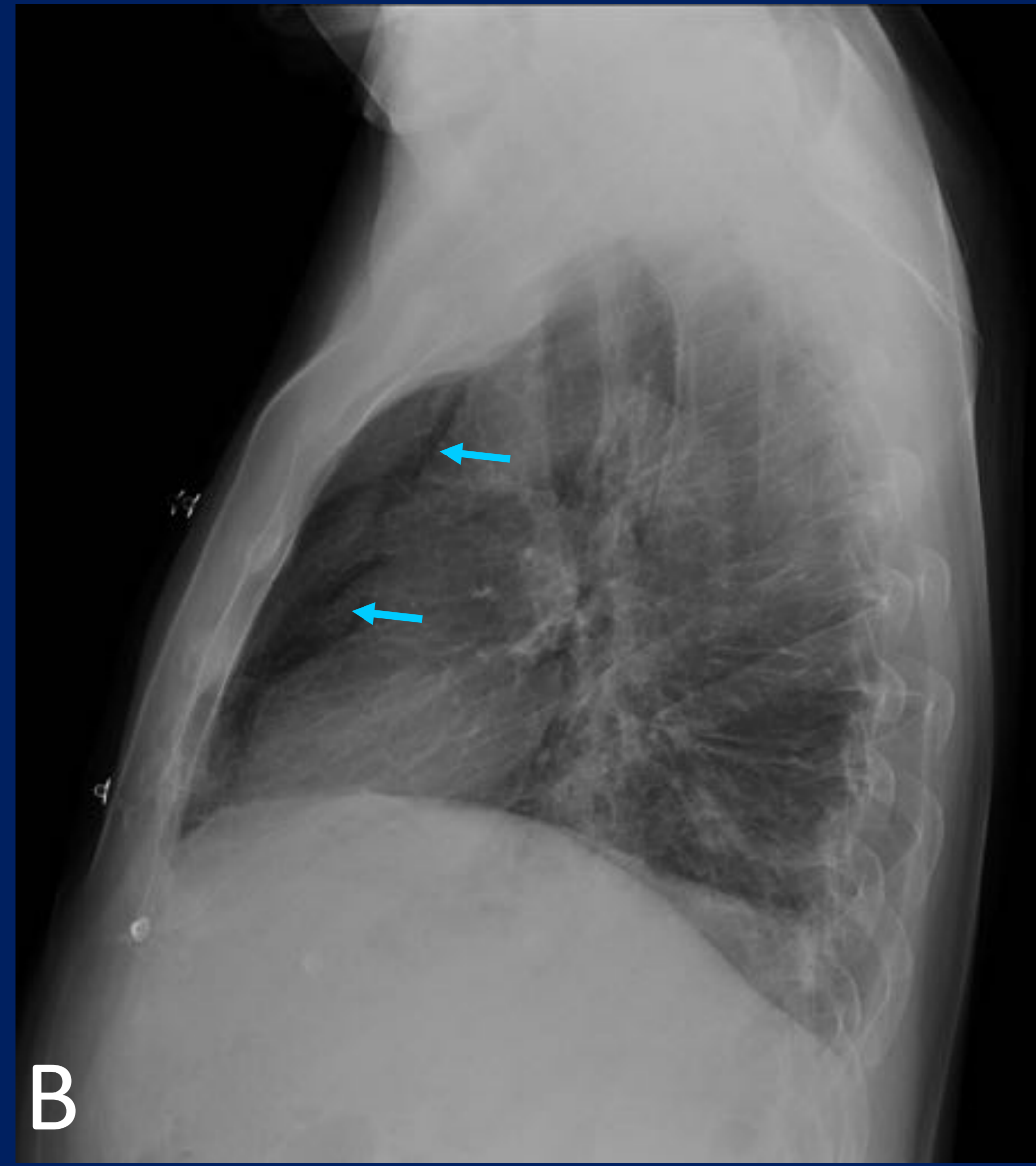
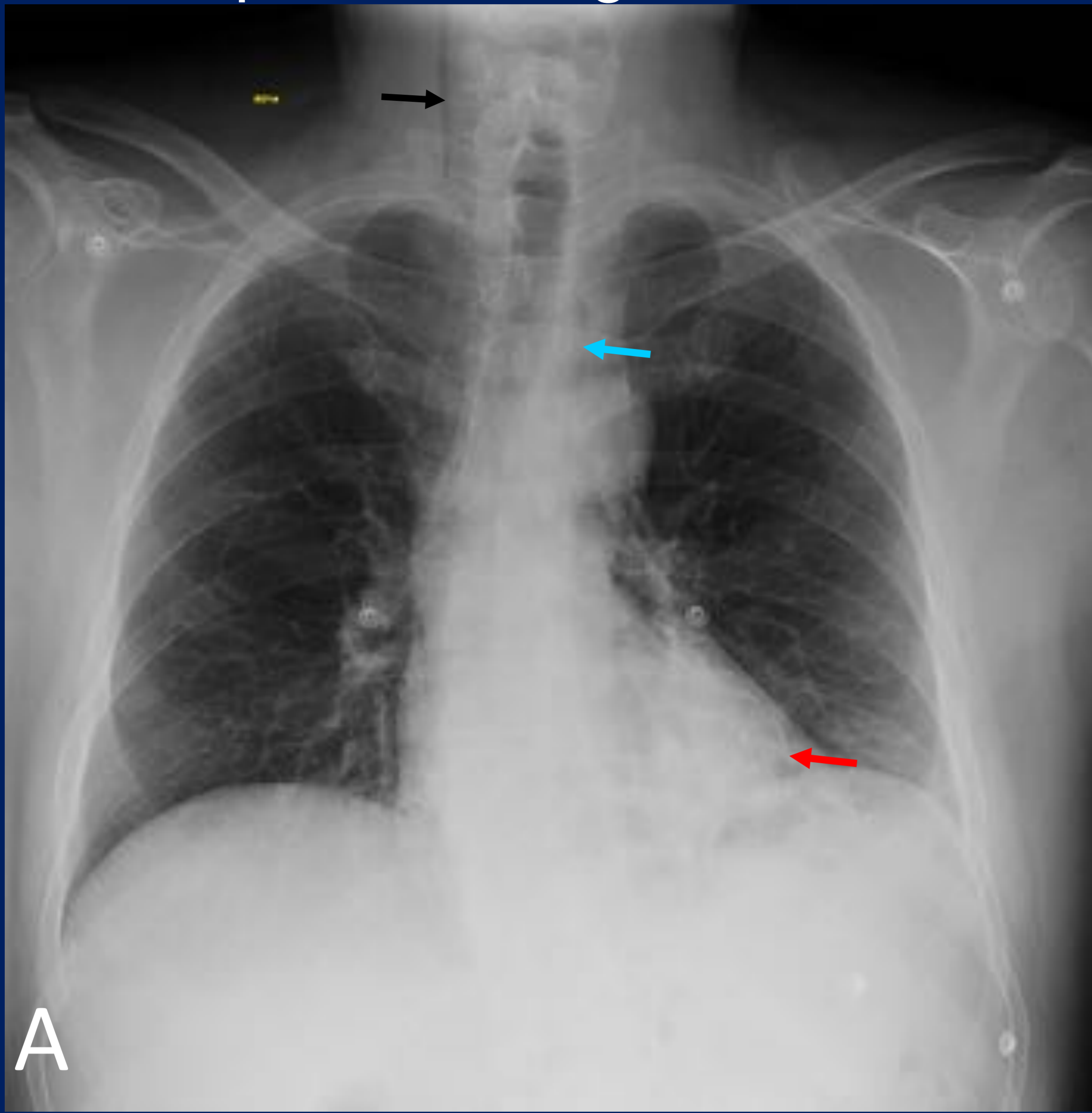
CLÍNICOS

CASO 1

Varón 51 Años

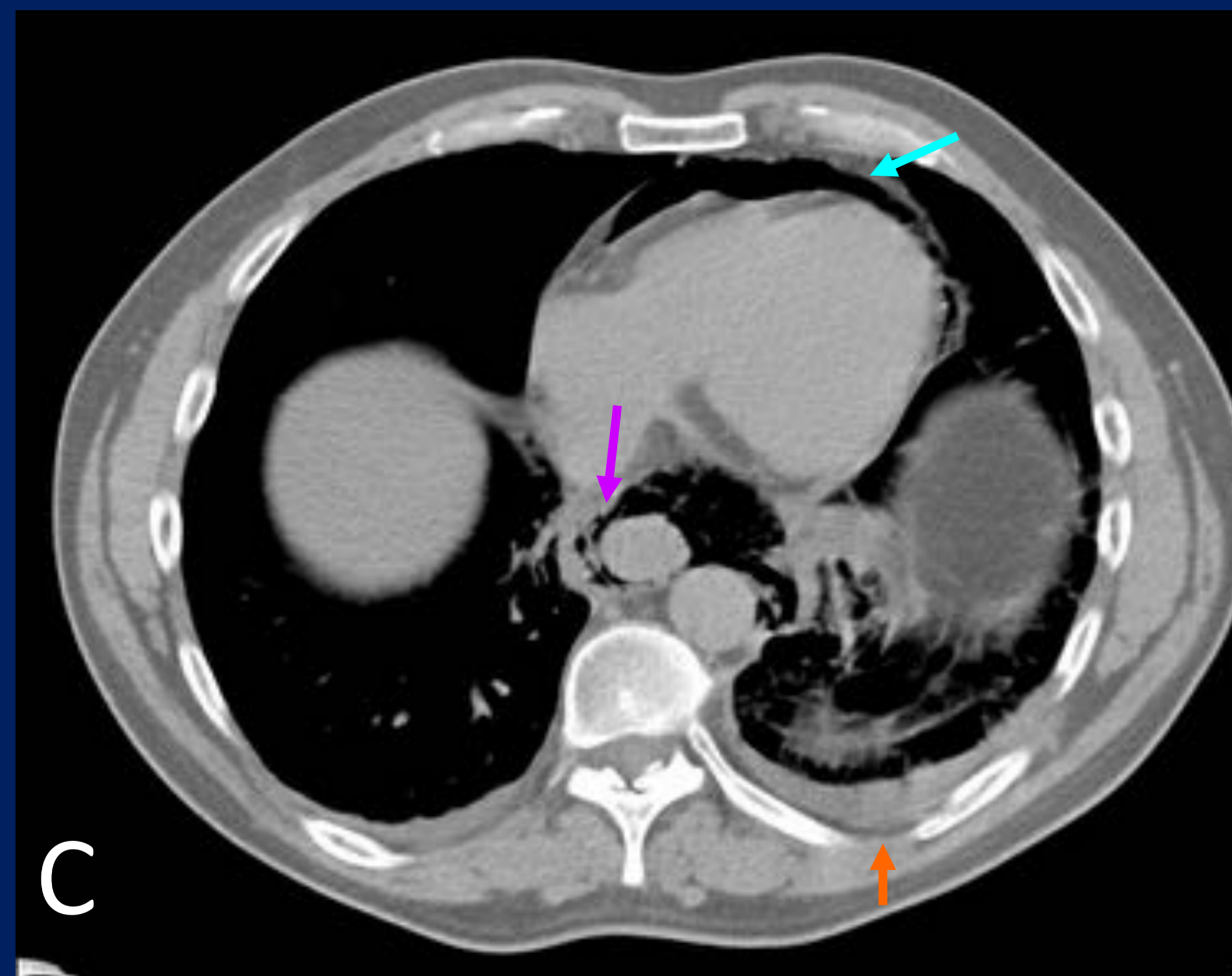
Cuadro de brusco e intenso dolor epigástrico y náuseas, tras comida, sin atragantamiento

Descartar perforación gástrica



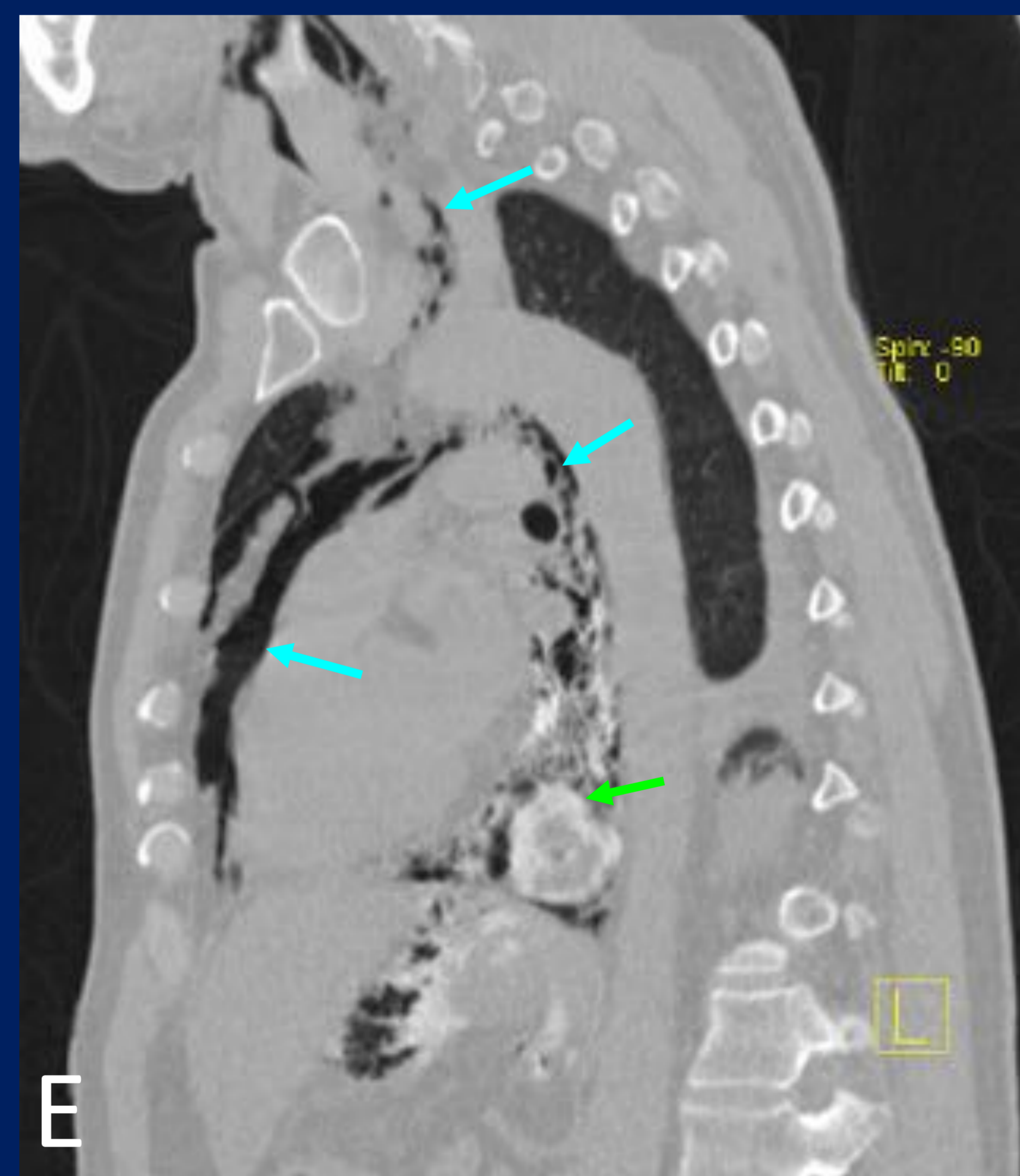
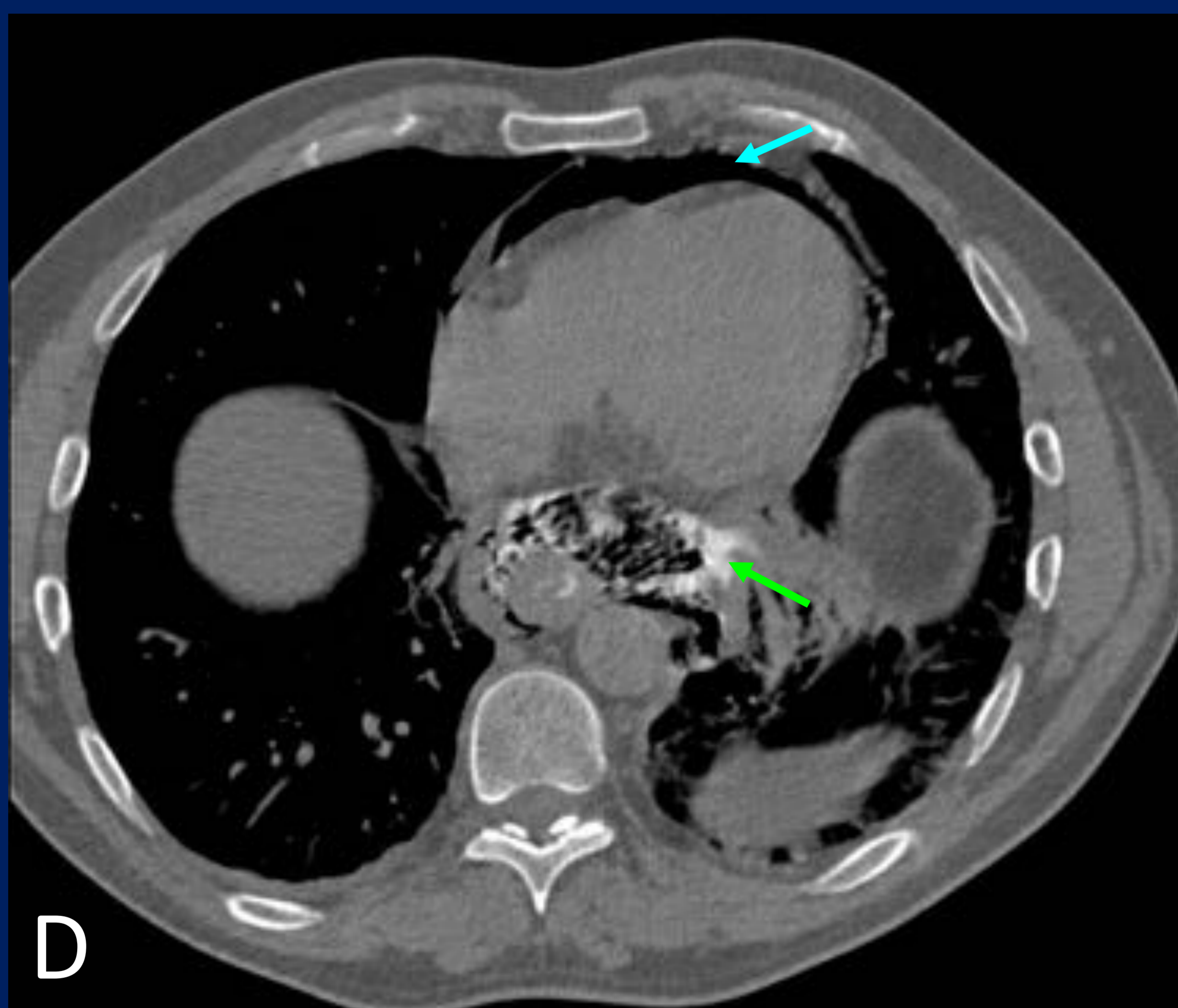
RX TÓRAX PA Y LATERAL (A y B)

Neumomediastino (→). Imagen aérea retrocardiaca (hernia hiato?) (→) Enfisema subcutáneo(→)



TC Basal corte axial (C)

Significativo neumomediastino (→), tractos aéreos rodeando al esófago (→). Leve derrame pleural bilateral, de predominio izquierdo (→)



TC + contraste oral. Corte axial (D) y sagital (E)

Se objetiva extravasación del contraste desde la luz esofágica hacia mediastino (→), junto con importante cantidad de aire disecando el mediastino (→)

TTO QUIRÚRGICO

Se demuestra rotura longitudinal de 3 cm en la pared izquierda del esófago distal con contaminación por abundantes restos alimenticios en la zona.

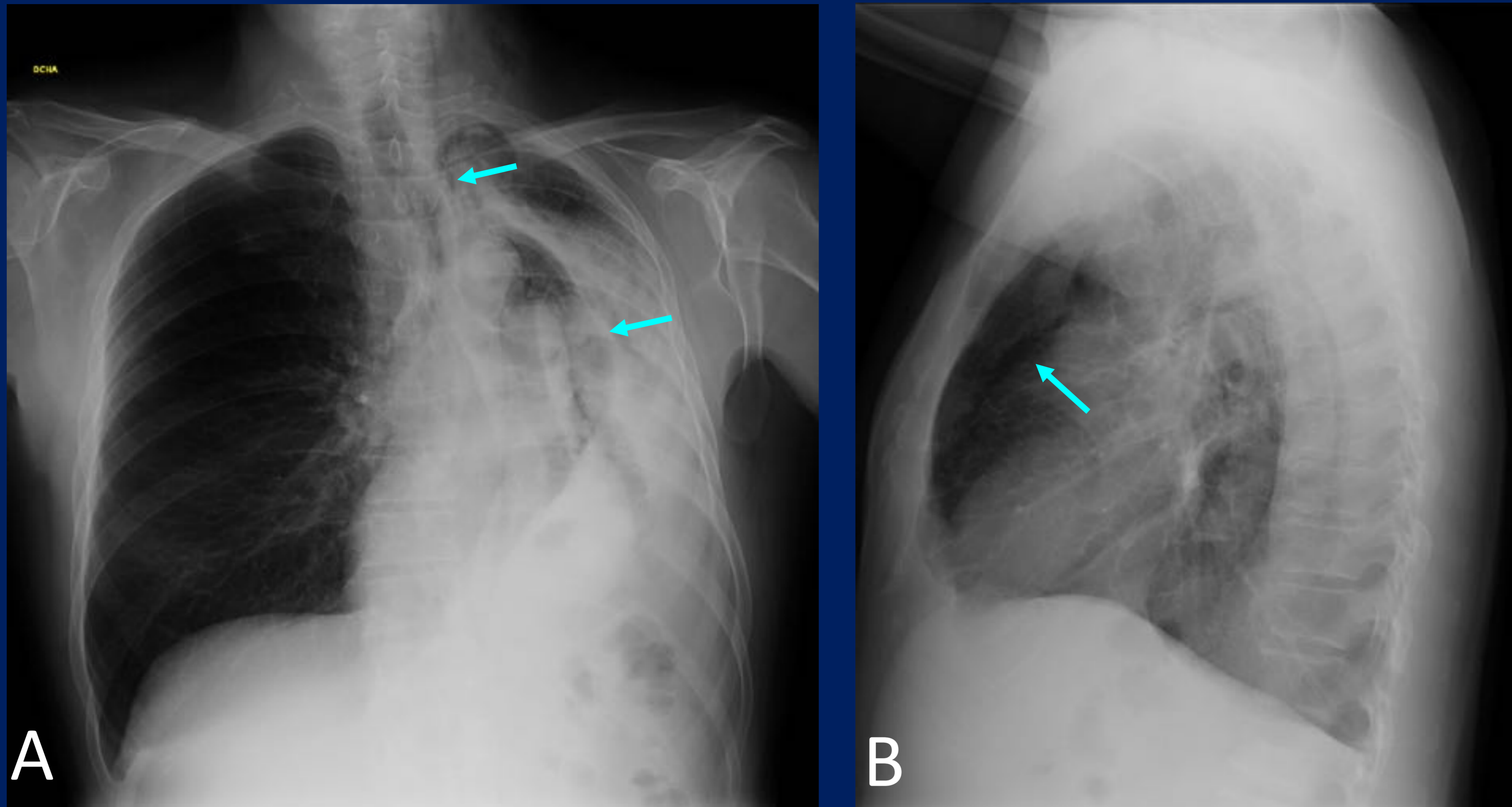
Esofagectomía distal y gastrectomía polar superior

Tras el alta, adecuada evolución en controles posteriores (EGD sin alteraciones)



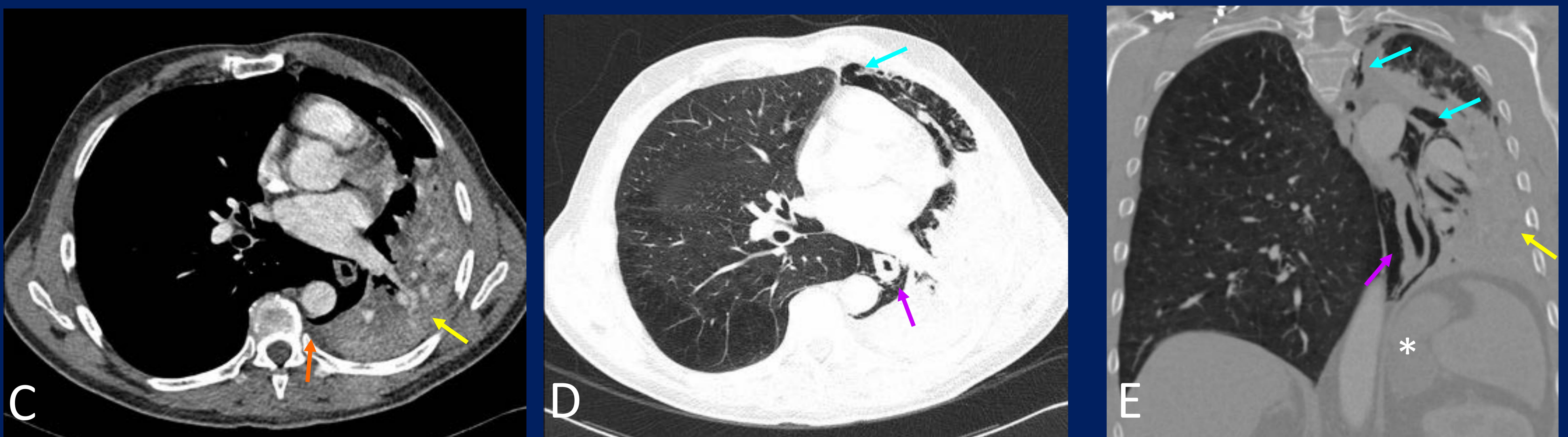
CASO 2

Paciente de 53 años con antecedentes de etilismo crónico y patología psiquiátrica, traído por la Policía por encontrarle en la calle con síncope. Con la sospecha de broncoaspiración y dado que presentaba insuficiencia respiratoria grave inicial, se realiza Rx tórax



RX TÓRAX PA Y LATERAL (A y B)

Pérdida de volumen en hemitórax derecho con desviación mediastínica hacia la derecha y opacidad prácticamente completa de dicho hemitórax, en relación con colapso pulmonar. Neumomediastino (→) que se extienden rodeando los grandes vasos hacia la región cervical.



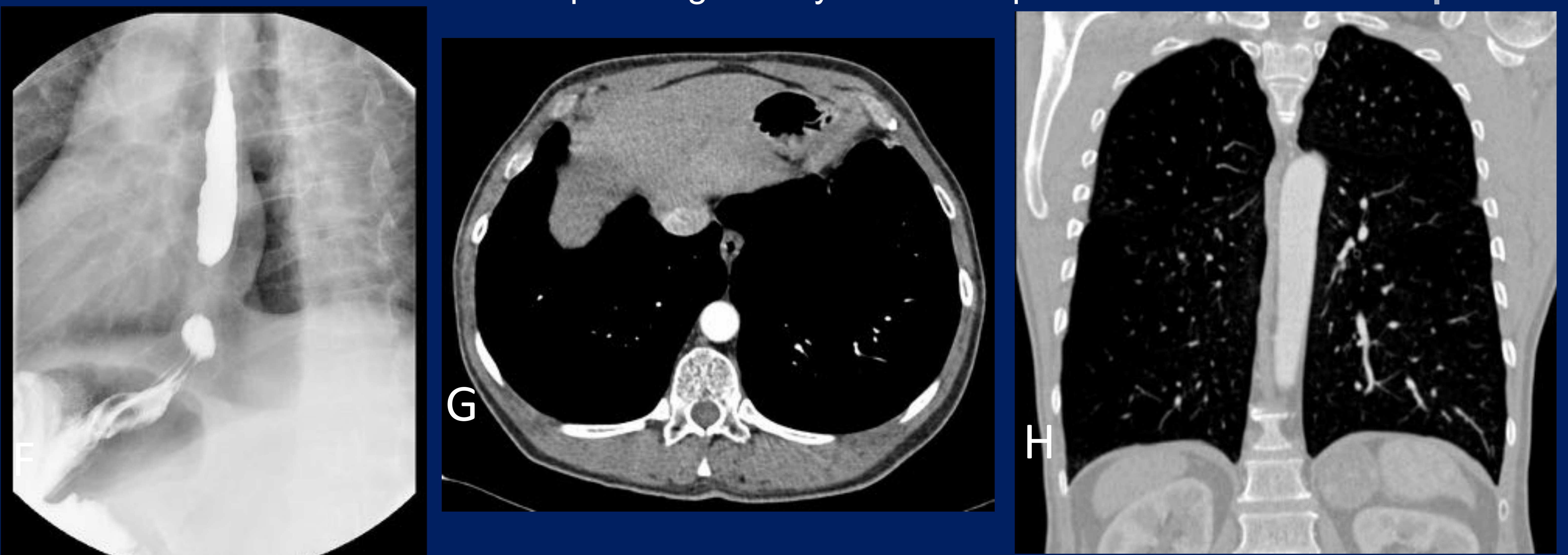
TC TORÁCICO + CIV. Cortes axiales (C y D) y coronal (E)

Neumomediastino en hemitórax izquierdo (→), tractos aéreos rodeando el esófago distal engrosado (→), con pérdida de volumen marcada en hemitórax izquierdo secundaria a atelectasia parenquimatosa del LSI y LII (→) y mínimo derrame pleural izquierdo (→). Los hallazgos podrían estar en relación con perforación esofágica o traqueal. Masa suprarrenal izquierda, sugestiva de mielolipoma (*)

Endoscopia digestiva: Mínimo desgarro lineal en tercio distal de esófago de apenas 1 cm,

Broncoscopia: El LII tiene prácticamente todos los segmentarios y subsegmentarios obstruidos por secreciones y material pardo-amarillento que, al extraerlos, parecen material fibrilar y restos alimentarios. Tras más de una hora de aspiración se deja todo el árbol bronquial permeable.

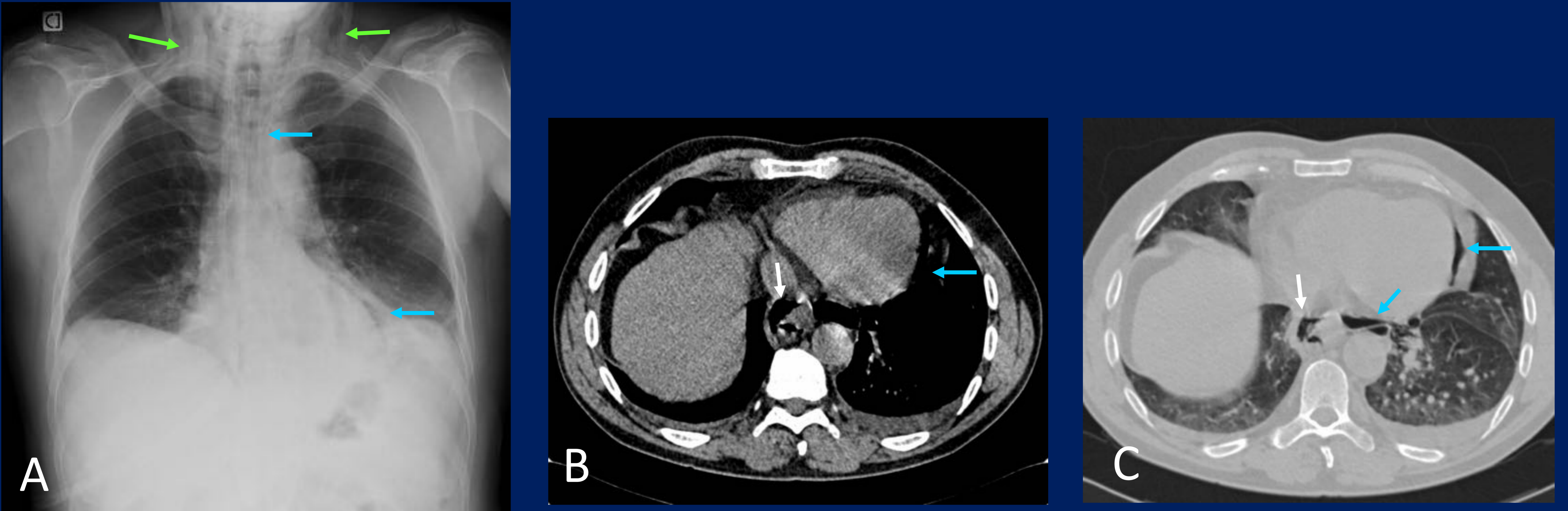
Tratamiento médico-conservador: reposo digestivo y antibioterapia. **Neumonía broncoaspirativa.**



Neumonía broncoaspirativa + leve perforación esofágica tratada de forma conservadora. 5 meses después del proceso el paciente no presentó alteraciones destacables en las exploraciones radiológicas realizadas EGD (F) y TC (G y H)

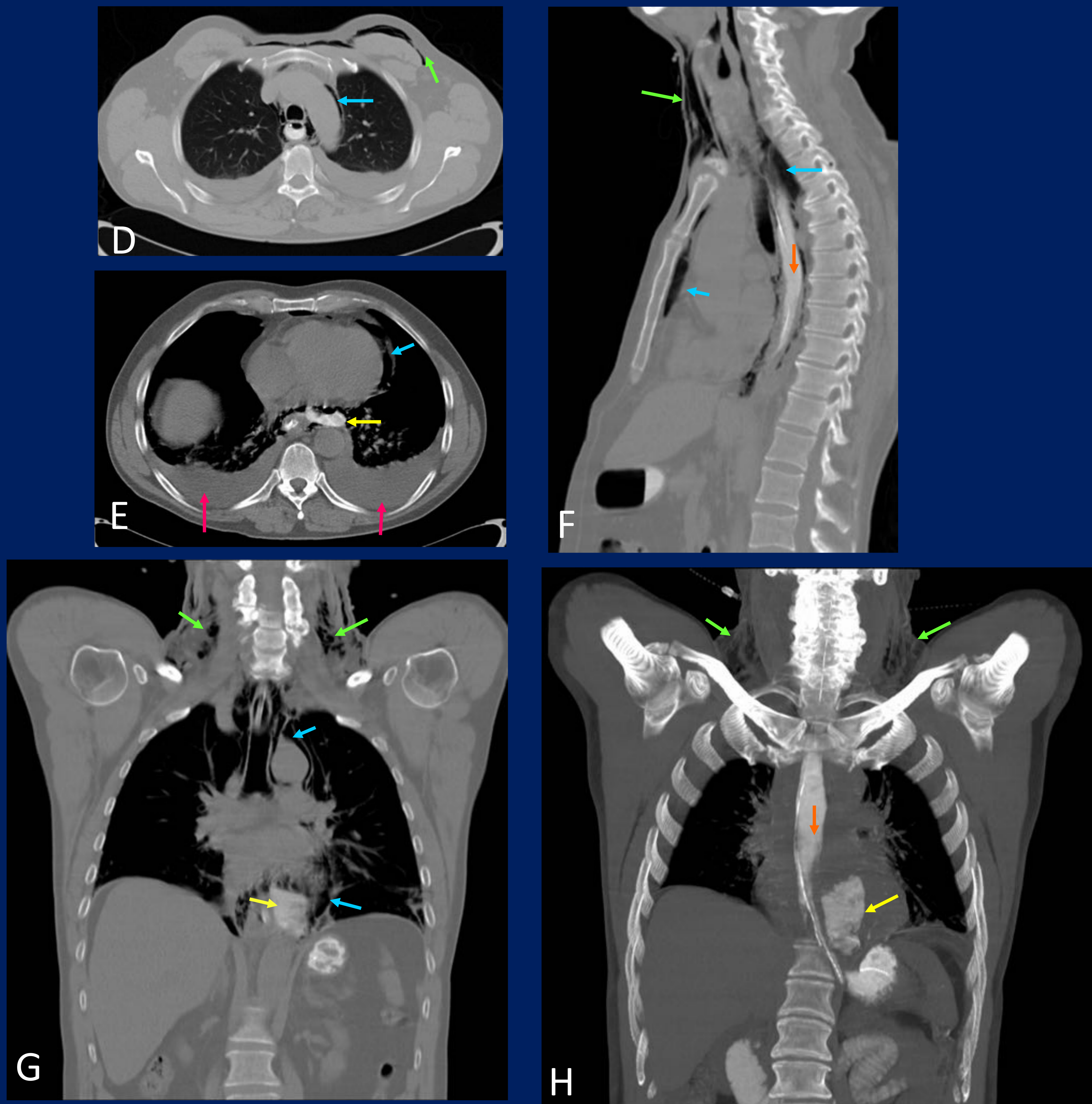
CASO 3

Varón 57 años. Bebedor importante (6-7 vasos vino/día) Acude por dolor epigástrico súbito acompañado de náuseas y vómitos, que habían comenzado previamente. Sospecha inicialmente de pancreatitis aguda. Se solicita TC abdominal.



RX TÓRAX PA (A). TC ABDOMINAL cortes axiales (B y C)

Se aprecia un significativo neumomediastino (→), tractos aéreos periesofágicos (→) y un extenso enfisema subcutáneo en región supraclavicular y cervical (→). Se decide realizar TC torácico + contraste oral.



TC TORÁCICO Cortes axial (E), sagital (F), coronal (G) y MIP coronal.

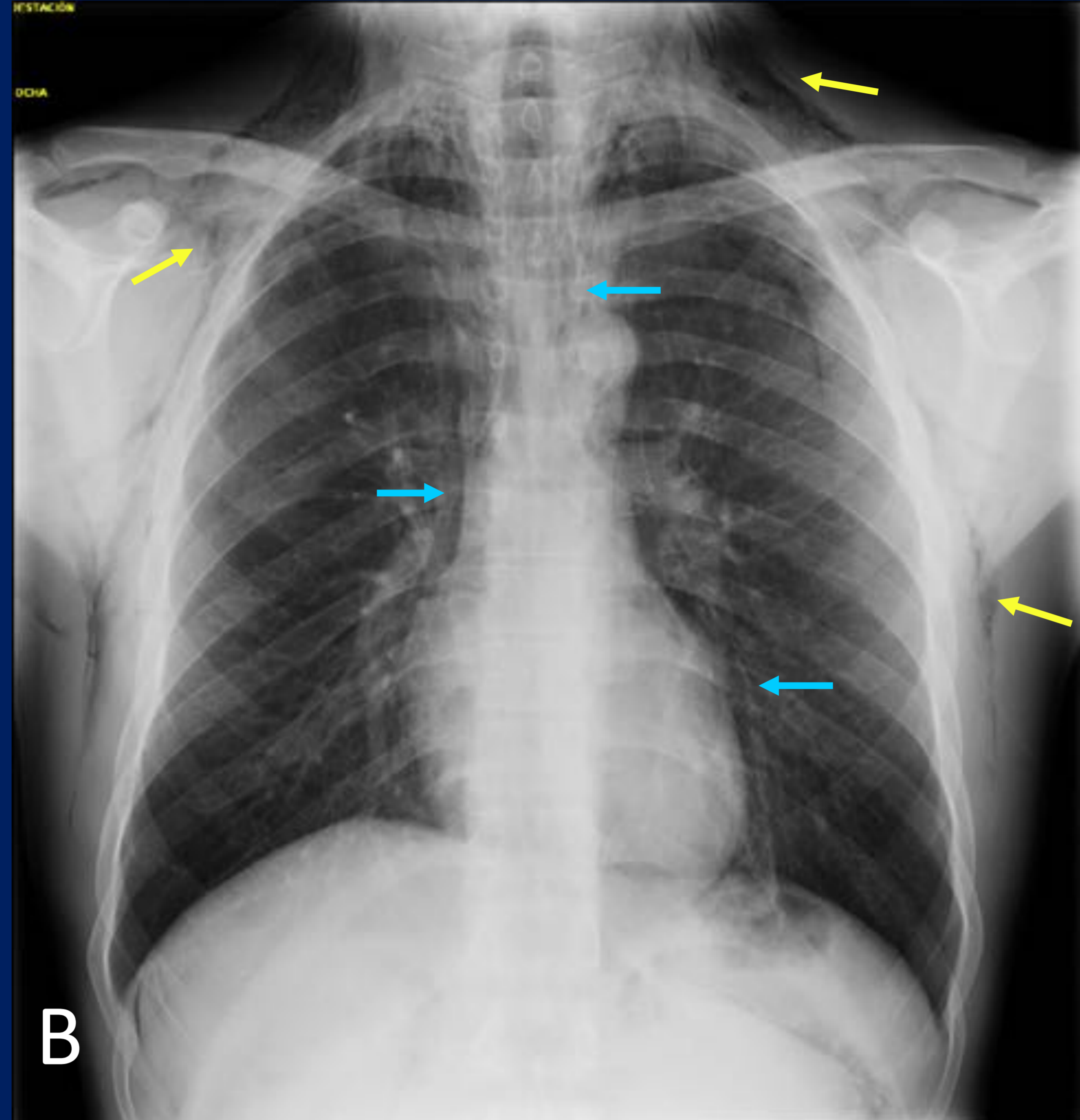
Se pone de manifiesto importante neumomediastino (→), luz del esófago con SNG en su interior (→) y amplia extravasación del contraste oral en tercio distal esofágico, (→), junto con derrame pleural bilateral (→) y enfisema cervical (→)

Cirugía urgente. Esofagectomía distal y esófago-yeyunostomía.

Tras estancia de 1 mes en la UCI, el paciente murió por complicaciones postquirúrgicas.

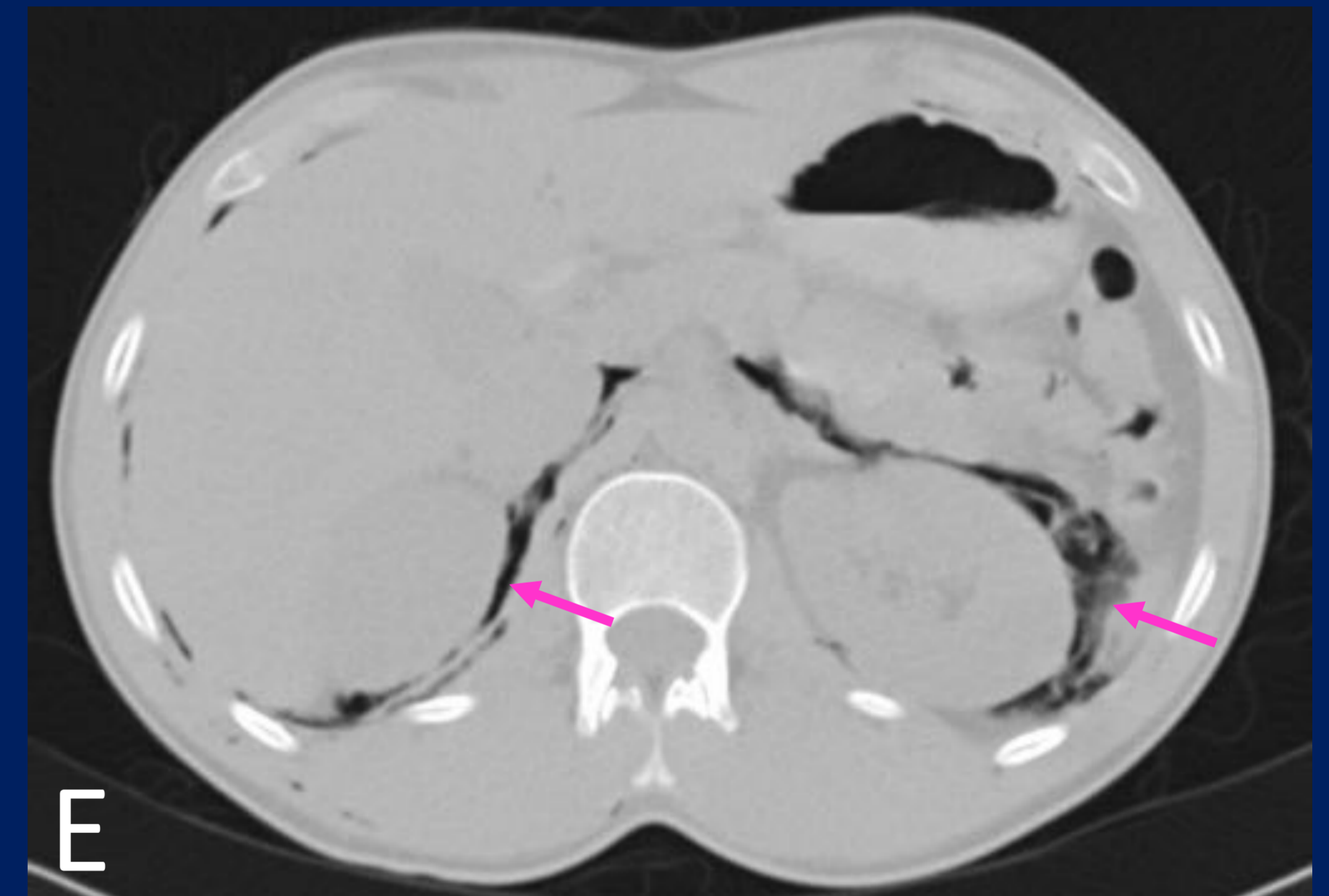
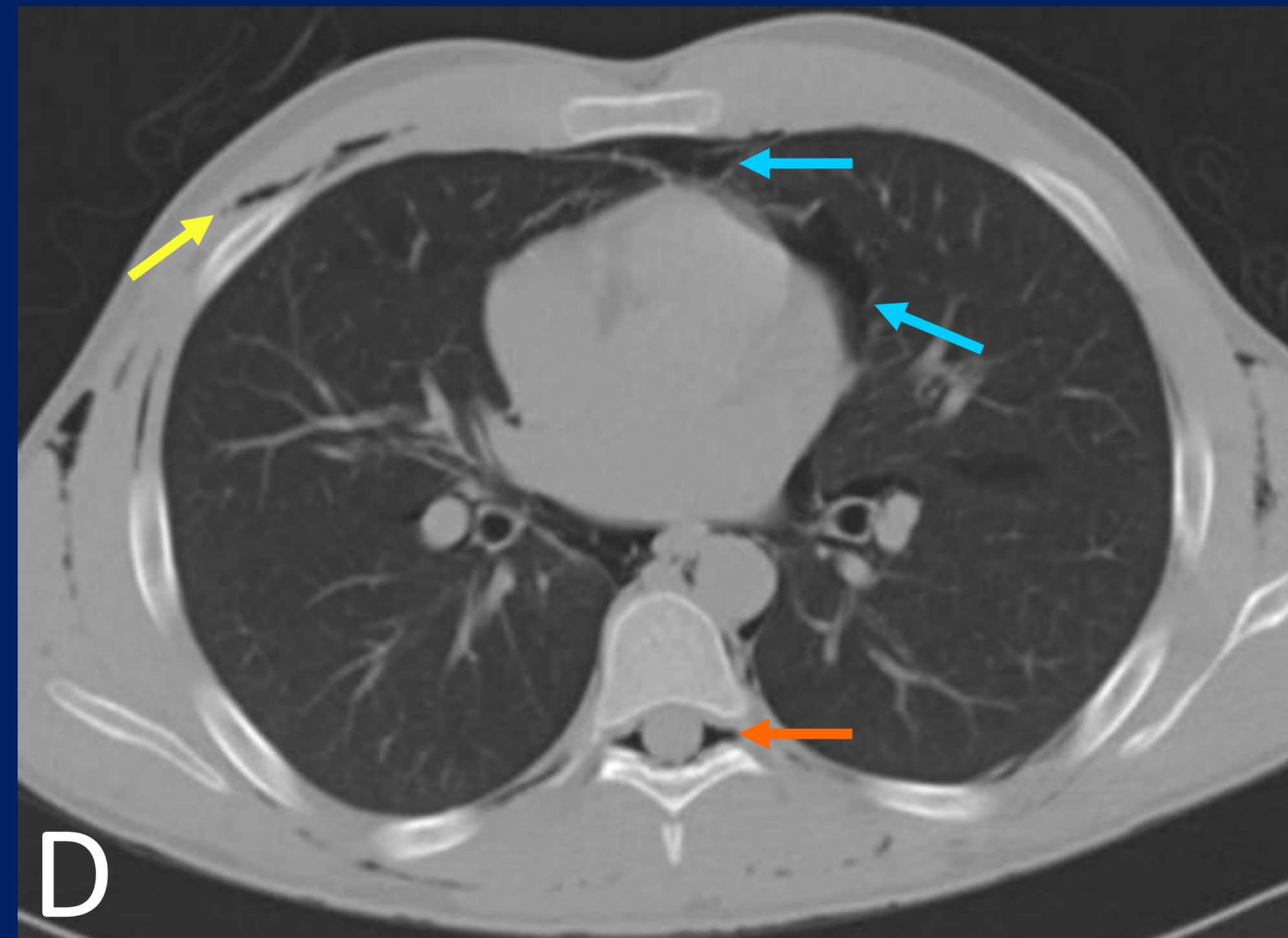
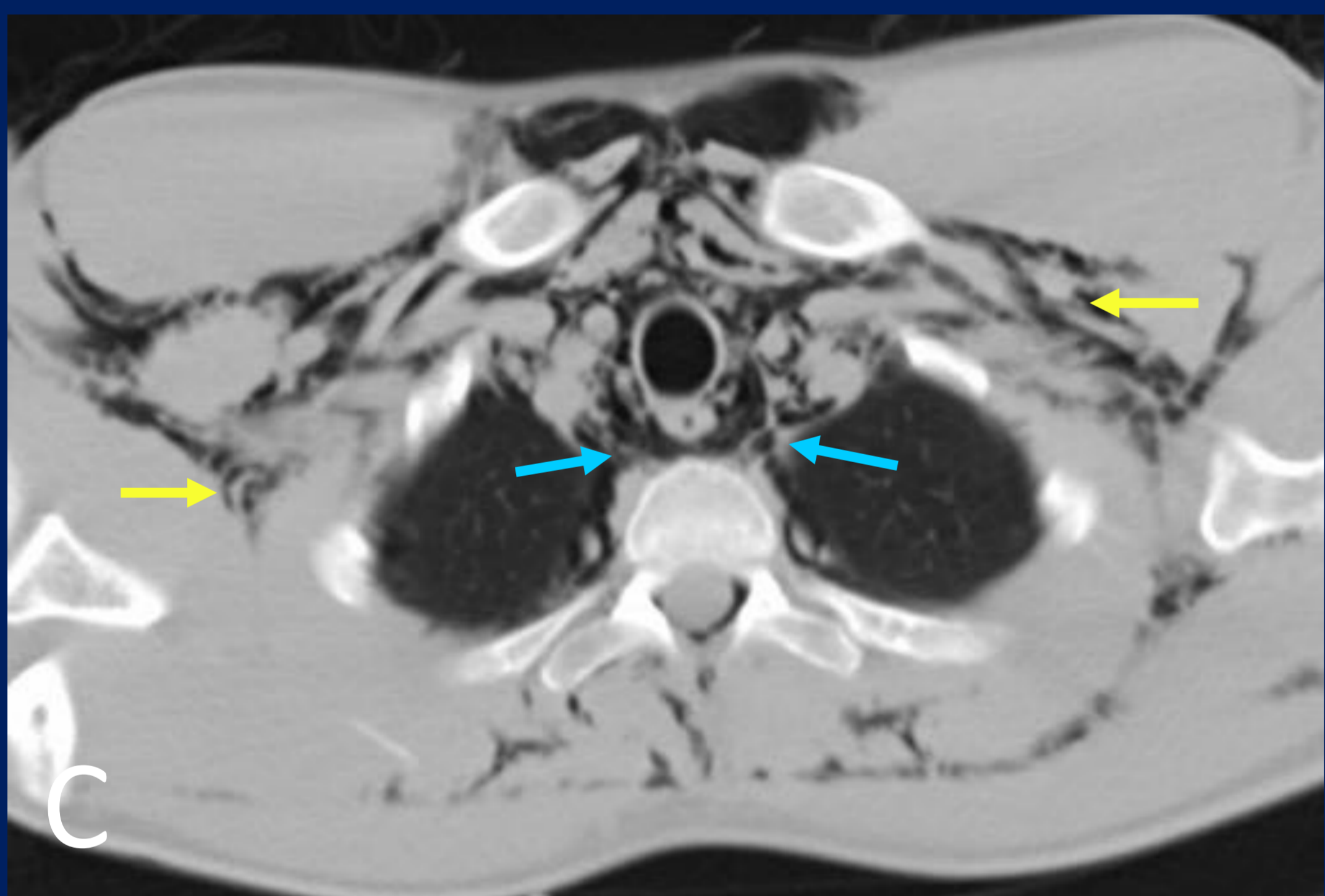
CASO 4

Varón 31 años. Consumidor de cannabis. Presenta vómitos alimenticios incoercibles que se acompañan de dolor epigástrico súbito que progresa hacia la región cervical. Crepitación en cuello y pared torácica anterior.



RX CERVICAL LATERAL (A) y RX TÓRAX PA (B)

Gran cantidad de aire en el espacio retrofaríngeo (→) junto con neumomediastino (→) y extenso enfisema subcutáneo (→) en cuello, pared torácica y regiones axilares. Sospecha de perforación esofágica y mediastinitis



TC TORÁCICO. Cortes axiales (C, D y E)

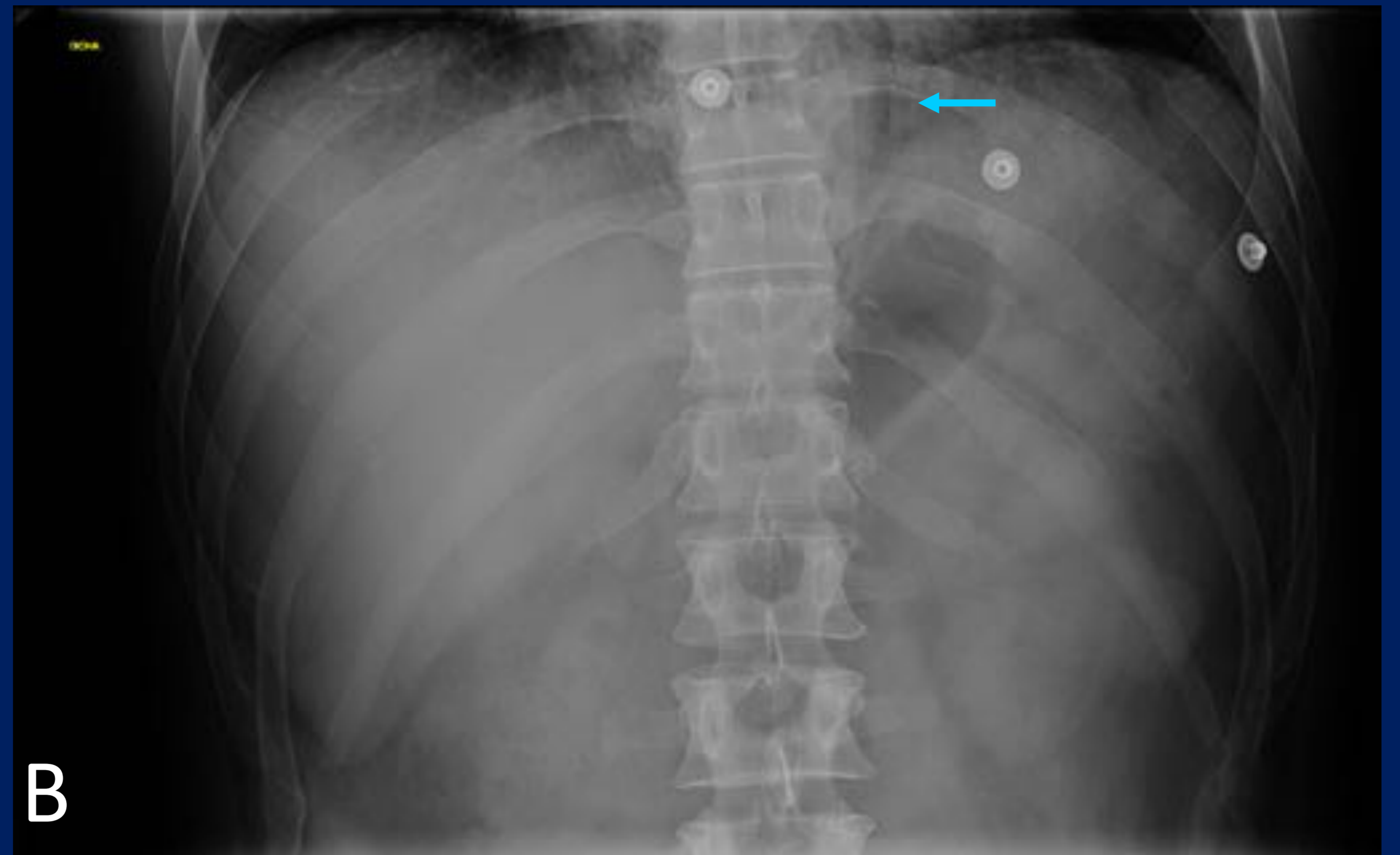
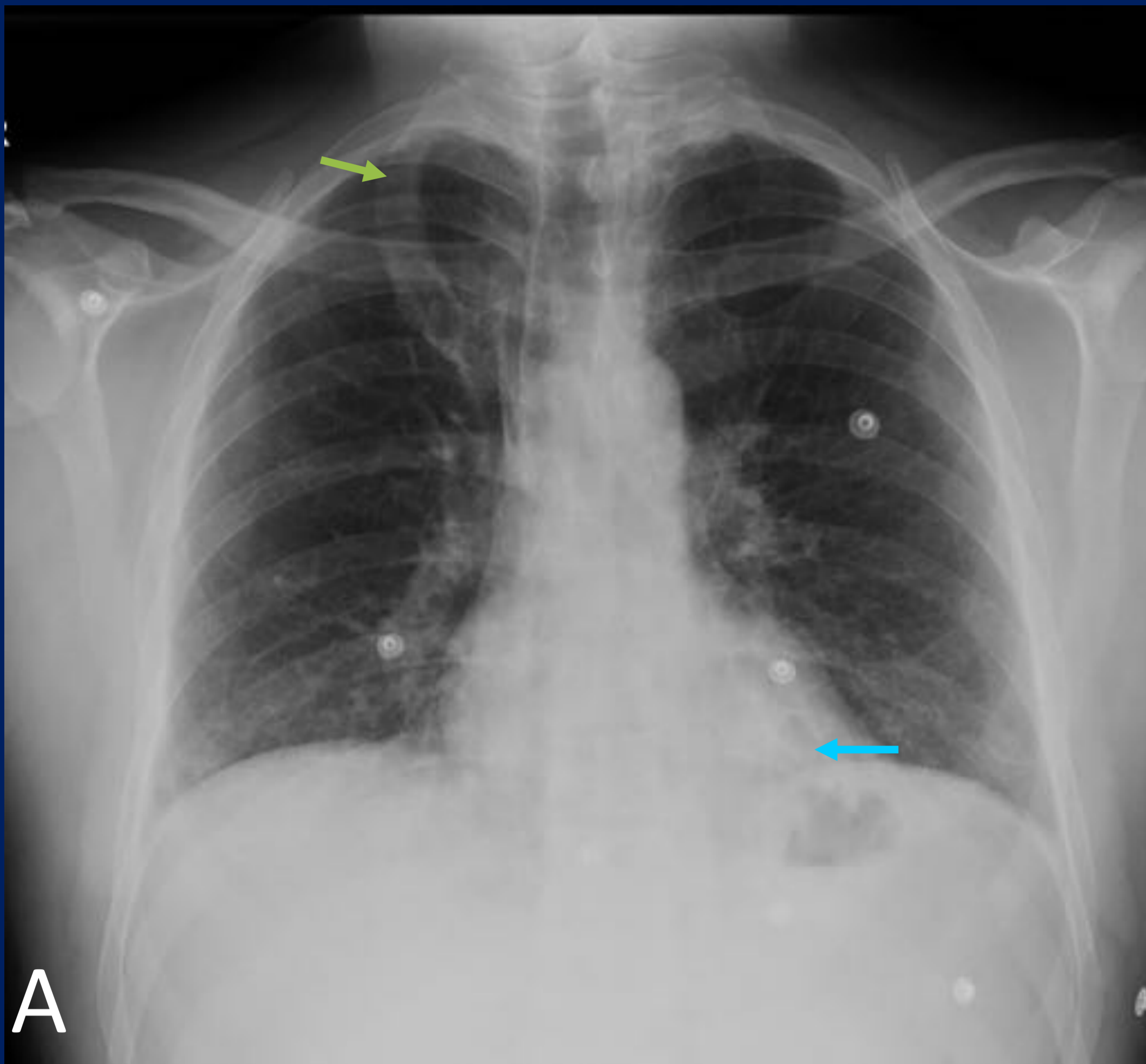
Neumomediastino (→), muy importante enfisema subcutáneo y entre planos musculares (→), aire en el espacio epidural(→) y presencia de retroneumoperitoneo (→).

Tratamiento quirúrgico

Laparotomía media con reparación del segmento de esófago distal perforado y posterior funduplicatura tipo Nissen.

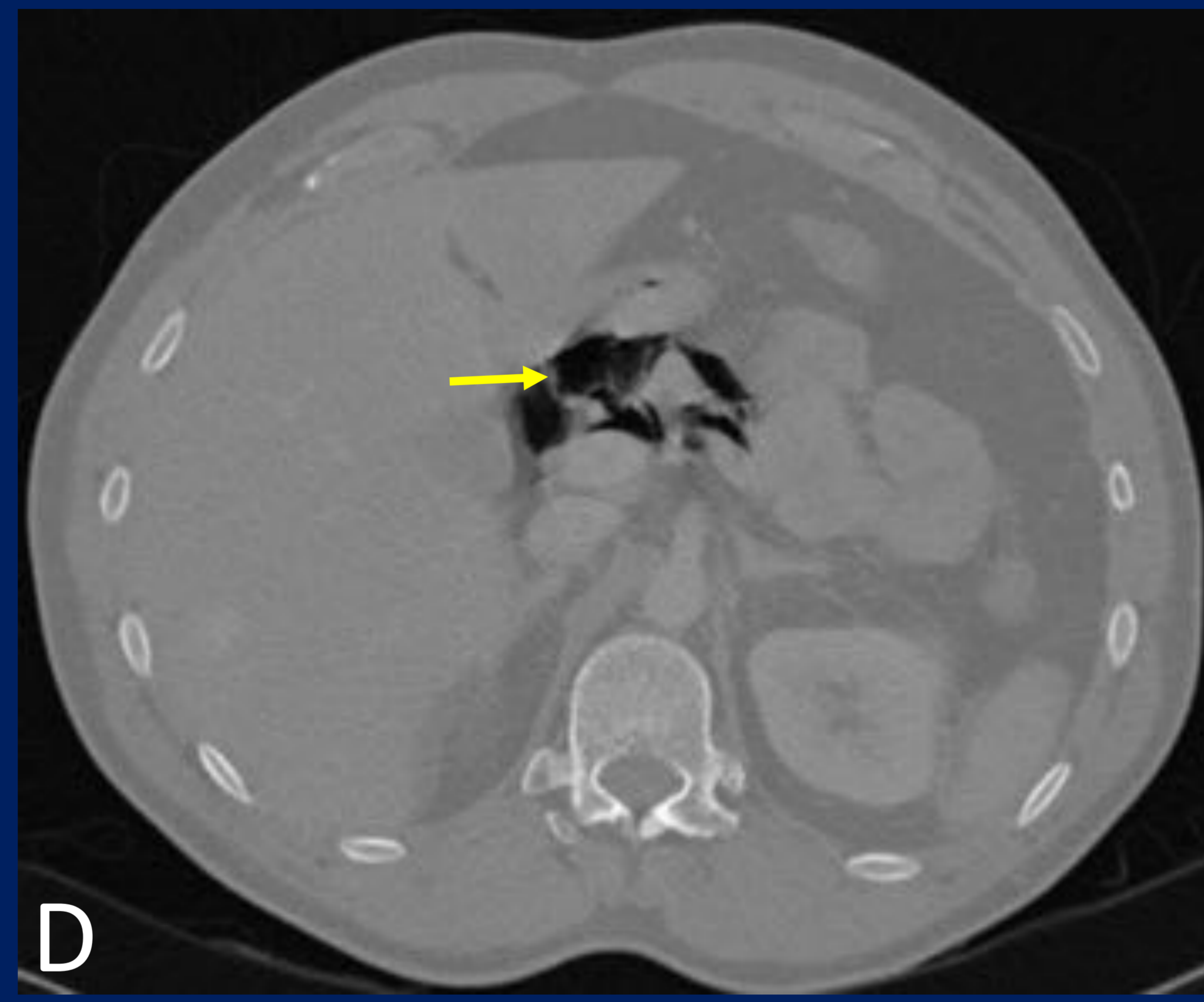
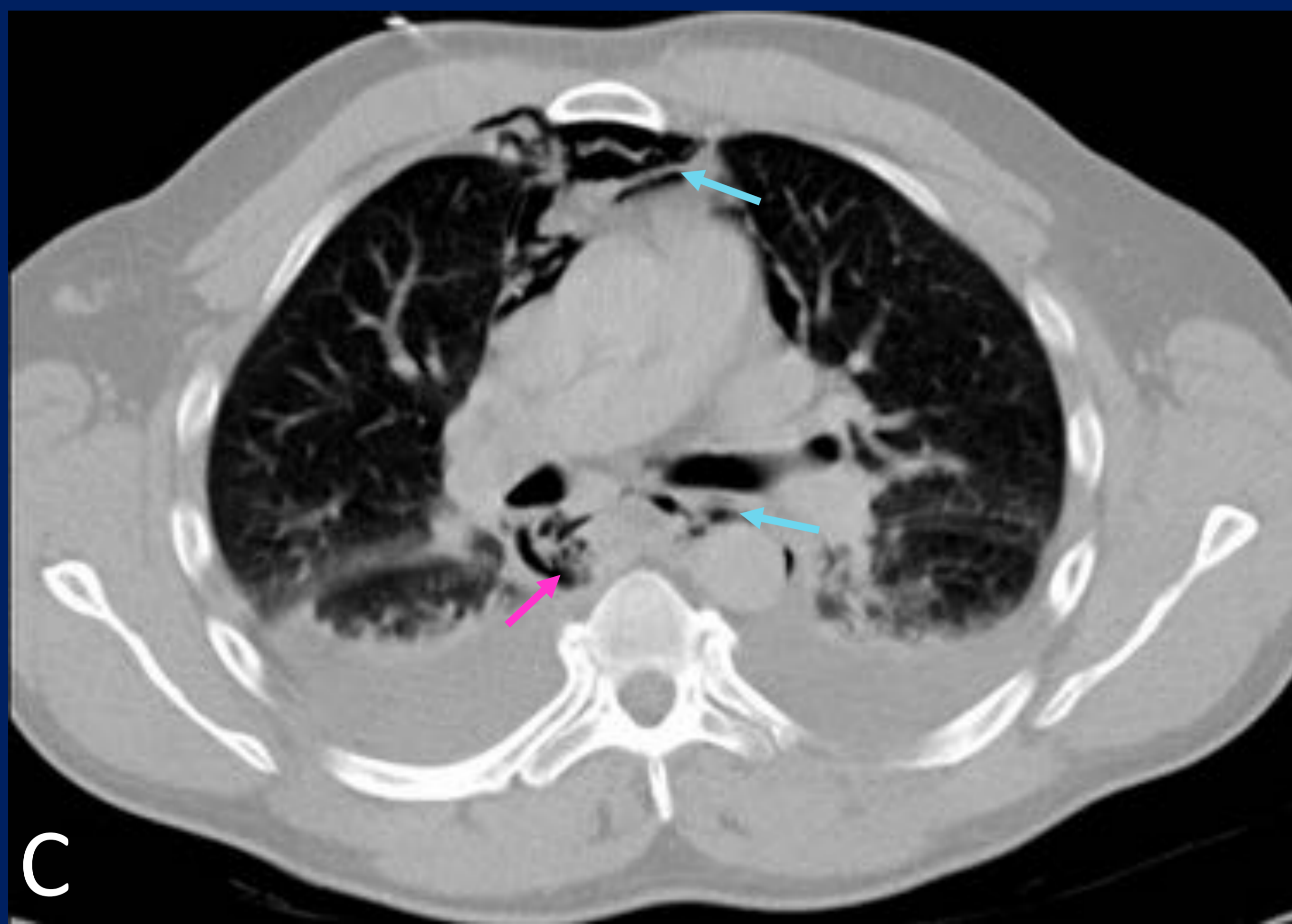
CASO 5

44 años, fumador, bebedor (3 cervezas y 3 copas diarias). Dolor abdominal “en puñalada” tras atragantamiento con trozo de carne. Refiere que inmediatamente lo vomitó pero que a continuación presentó dolor brusco. Inicialmente se sospechó pancreatitis pero ante la persistencia del dolor y la irradiación se requiere descartar perforación intestinal.



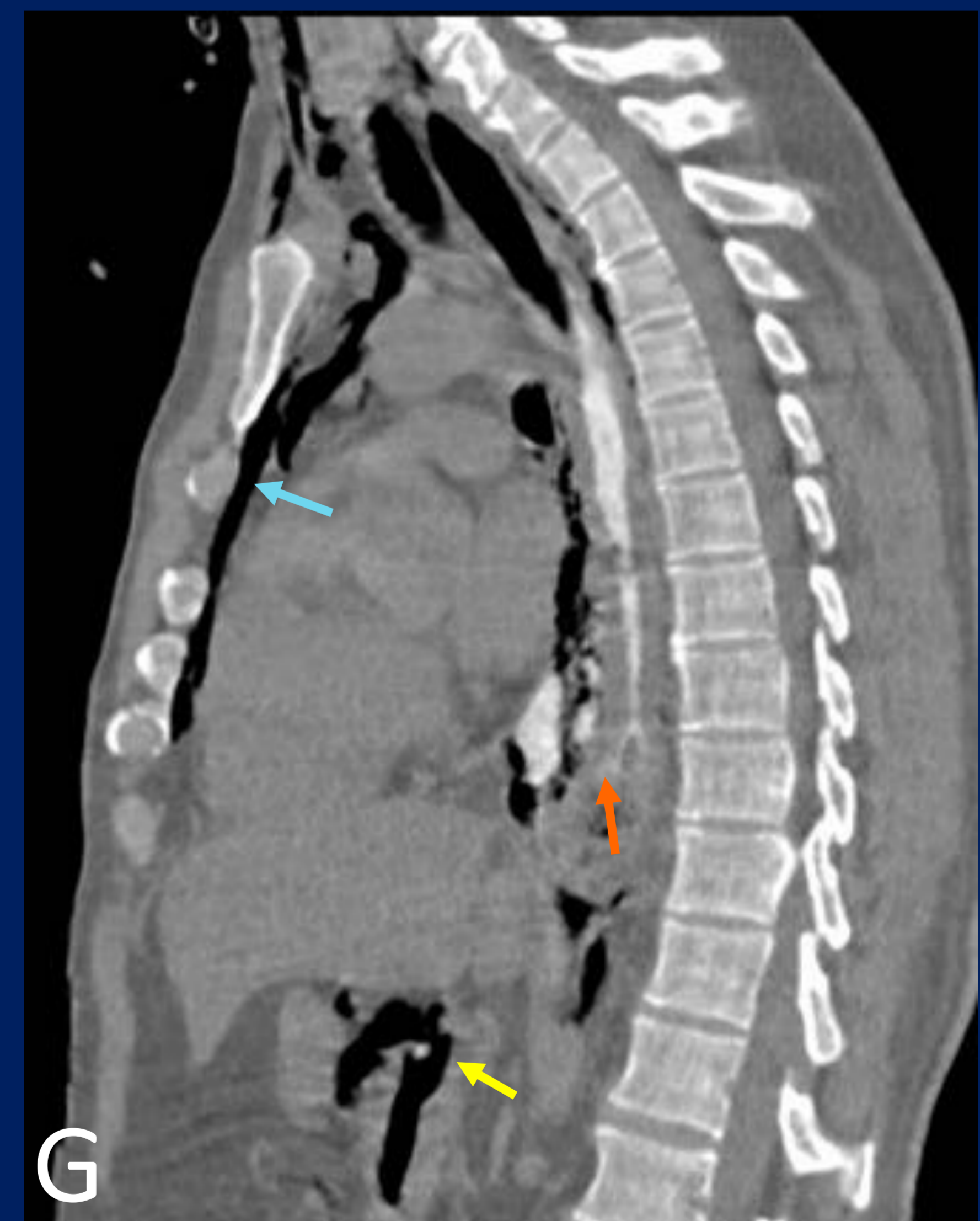
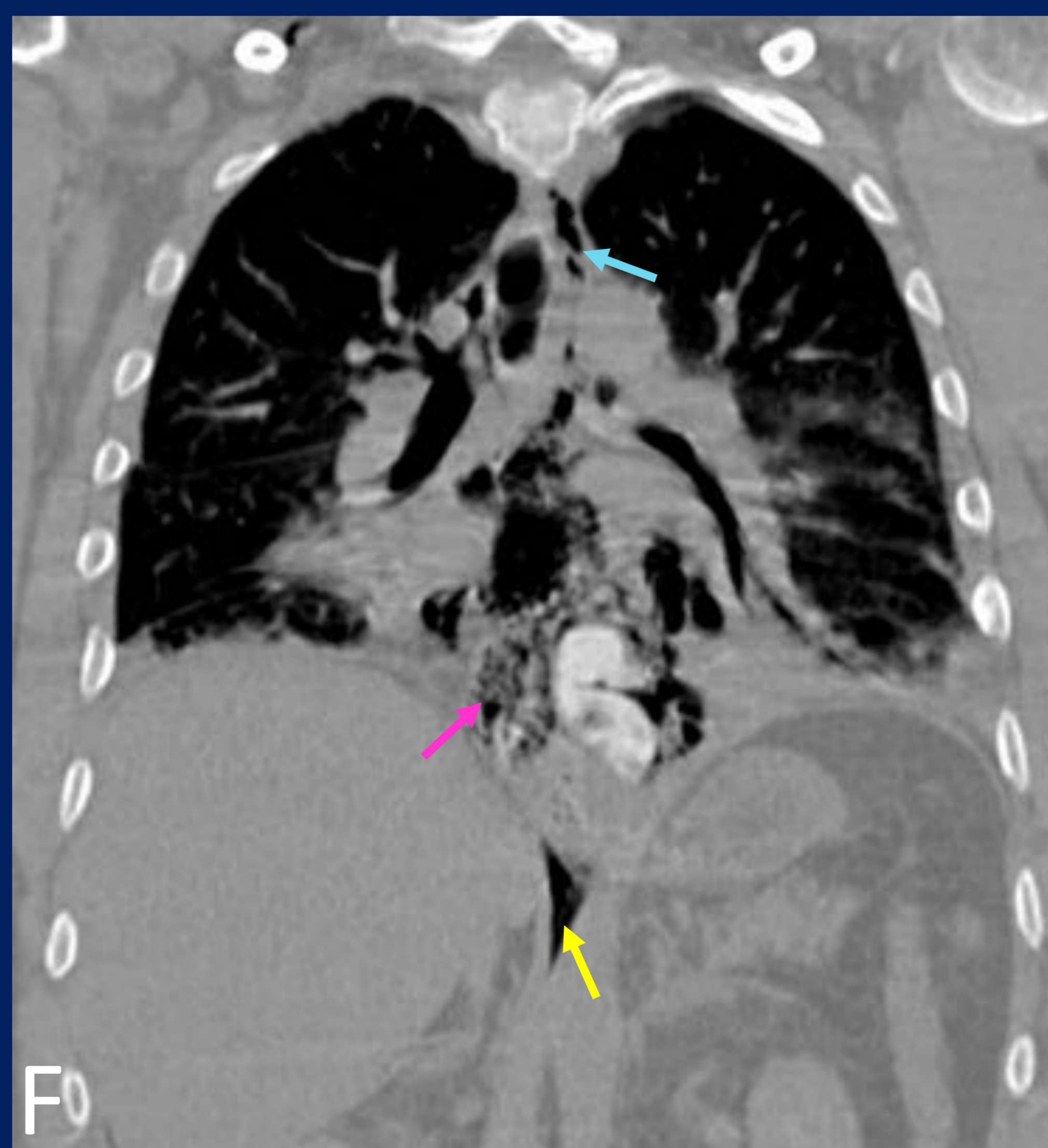
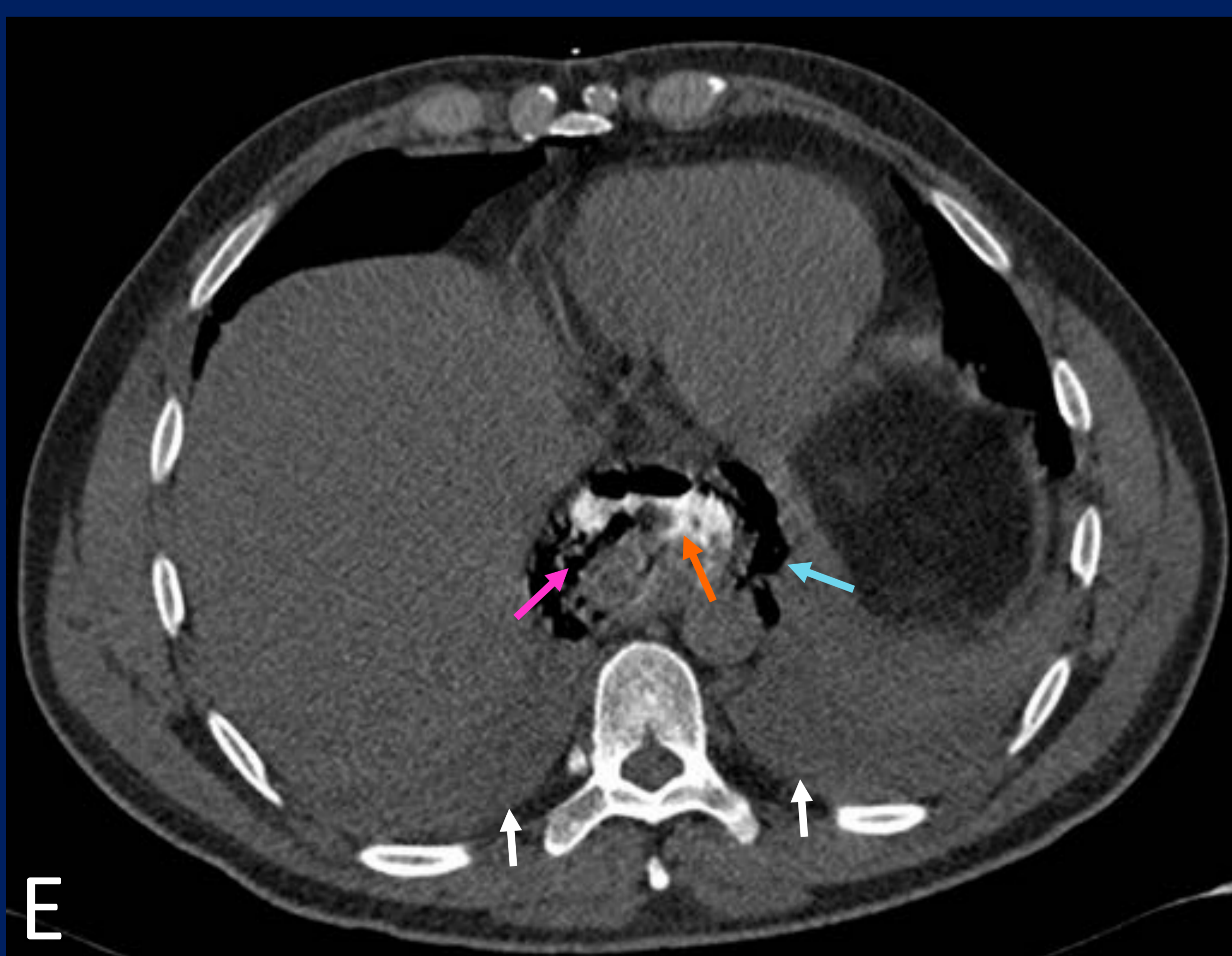
RX TÓRAX PA (A) Y RX ABDOMEN AP (B)

Aumento de densidad retrocardiaco asociado a tractos lineales aéreos (→) que sugieren posible neumomediastino. Costilla cervical (→). Se realiza TAC torácico



TC TORÁCICO cortes axiales (C y D)

Se aprecia un significativo neumomediastino (→) junto con tractos aéreos periesofágicos (→) y retroneumoperitoneo (→). Se decide realizar TC toracoabdominal + contraste oral.



TAC toraco-abdominal con gastrografin oral. Corte axial (E), coronal (F) y sagital (G)

Se demuestra la perforación mediante la extravasación de contraste a través de cara anterolateral izquierda del tercio distal del esófago (→). También neumomediastino (→) junto con tractos aéreos periesofágicos (→), derrame pleural (→) y retroneumoperitoneo (→).

TRATAMIENTO:

Cirugía urgente por mediastinitis secundaria a rotura esofágica. Abundante pus y necrosis de esófago
Esofaguectomía distal + gastrectomía polar superior + esplenectomía + esogagostomía cervical

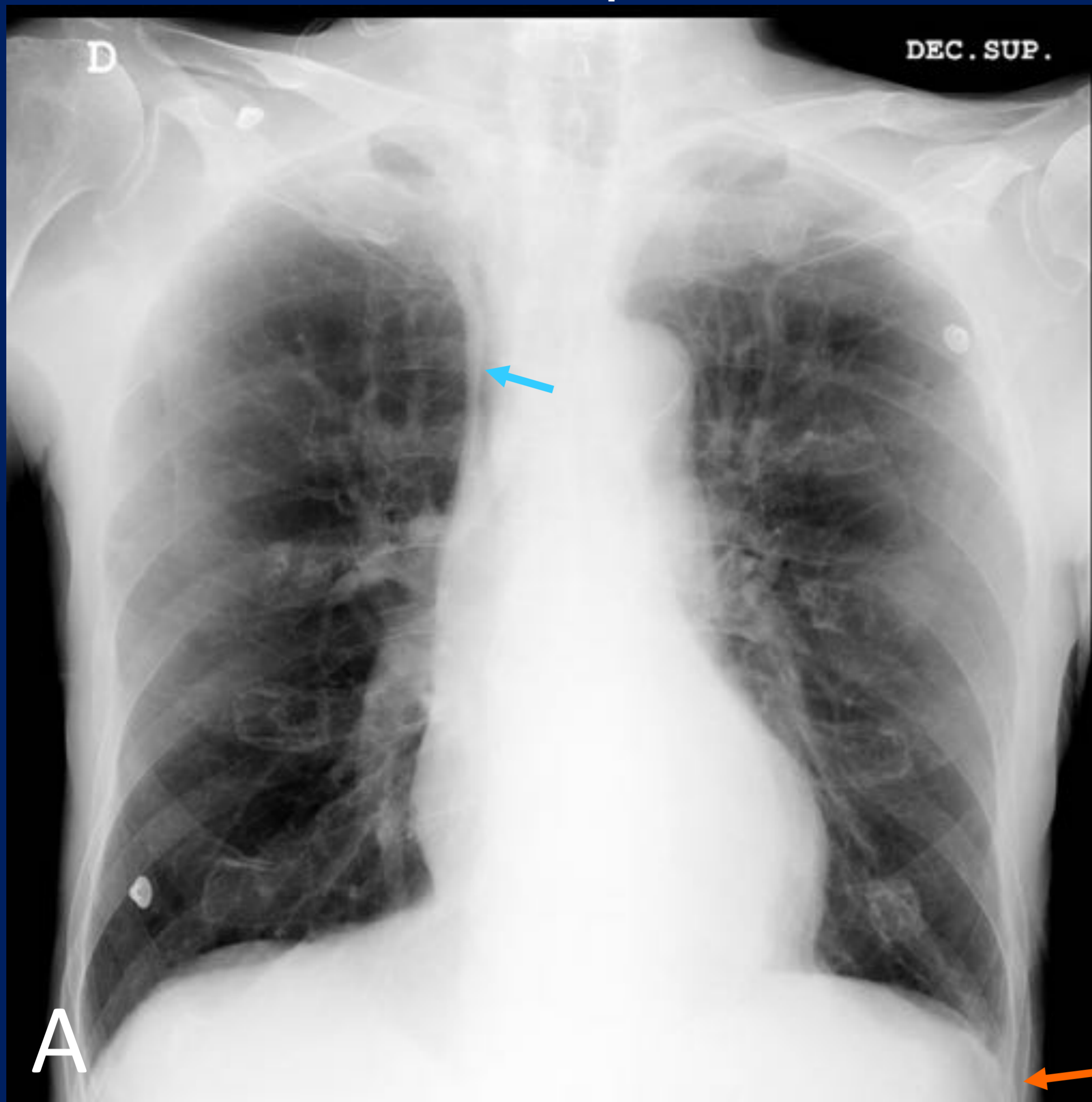
Tras 2 meses de ingreso, adecuada recuperación postquirúrgica salvo neumonía nosocomial resuelta.

CASO 6

Varón 79 a

Exfumador severo y antecedente de pangastritis crónica

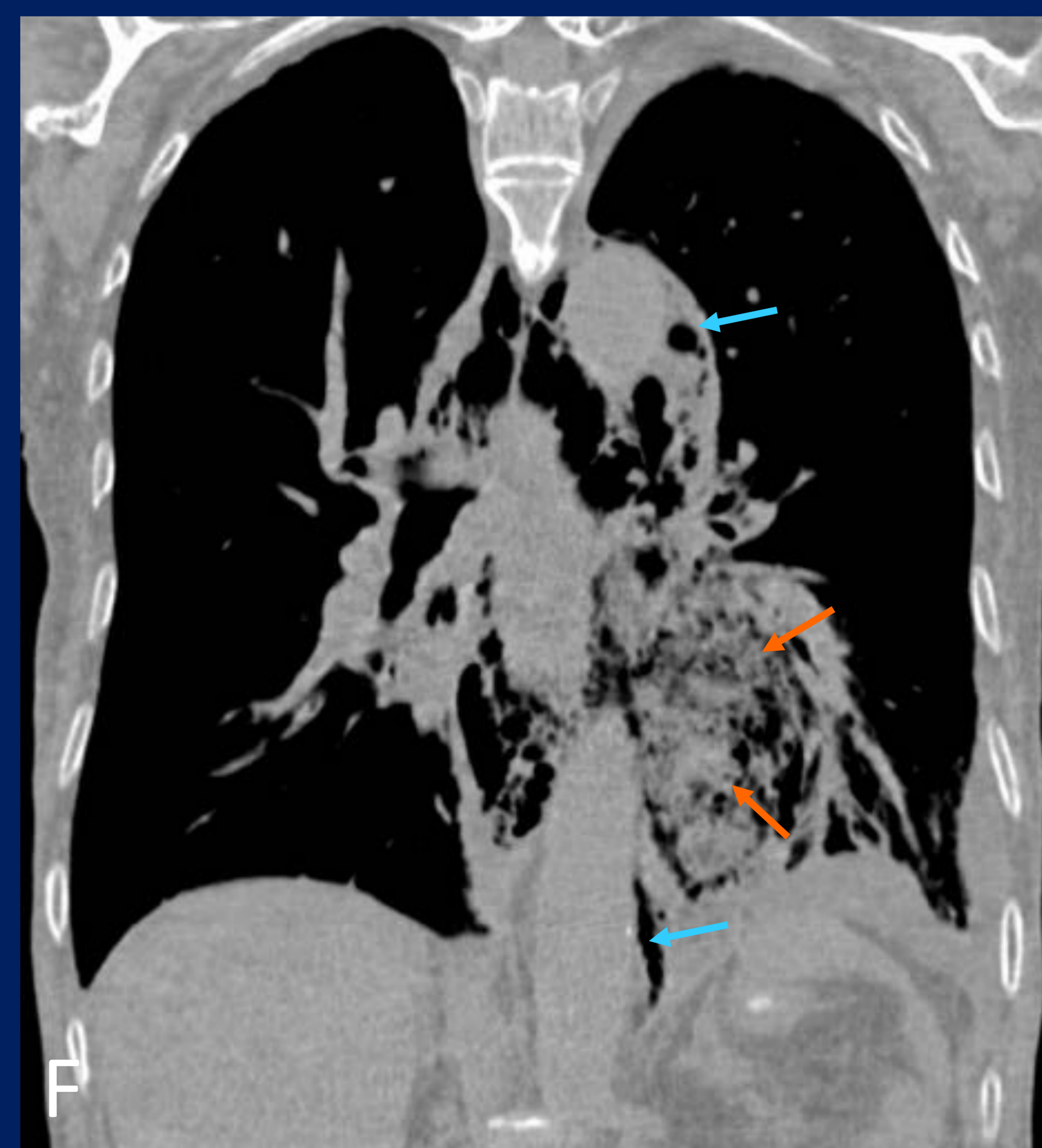
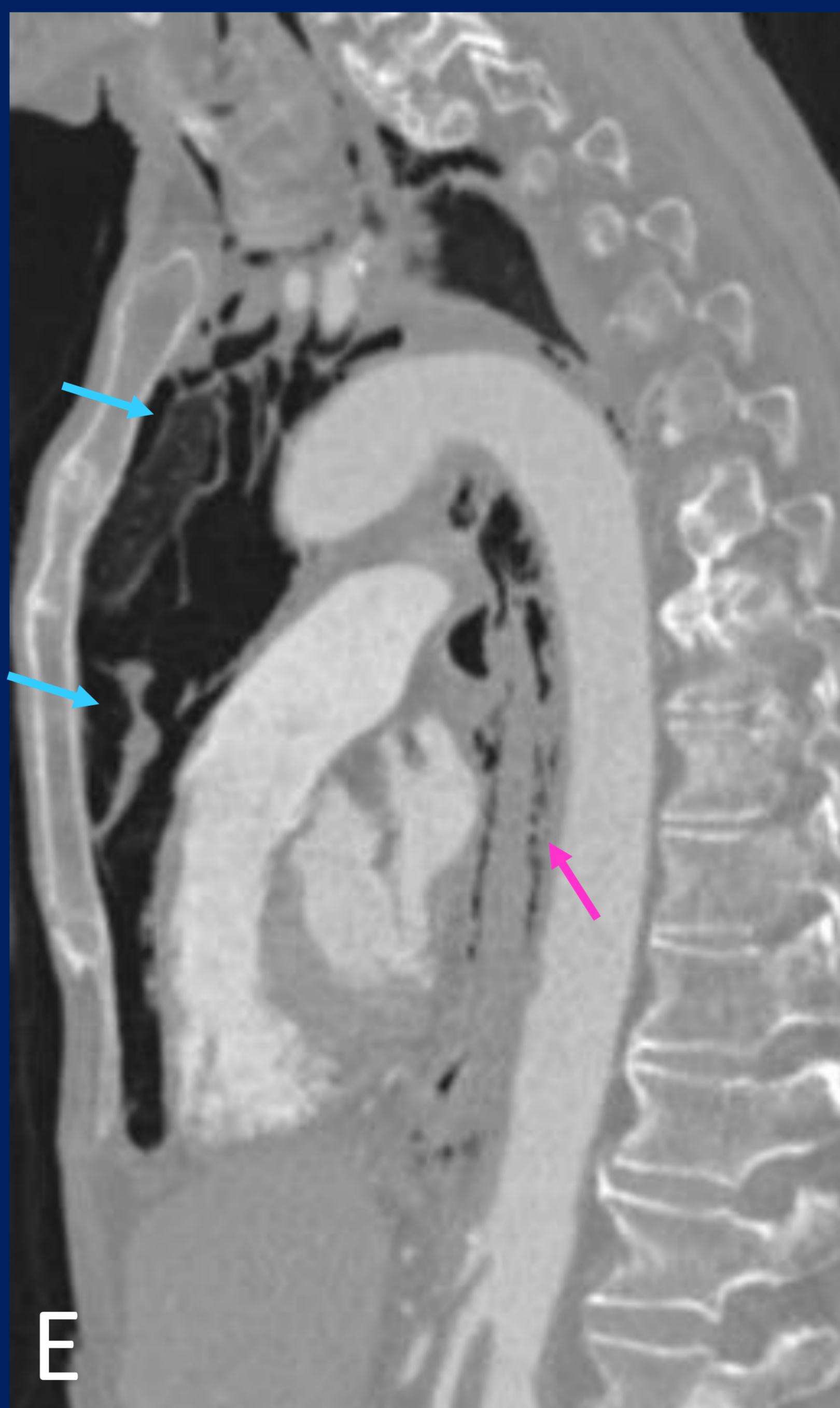
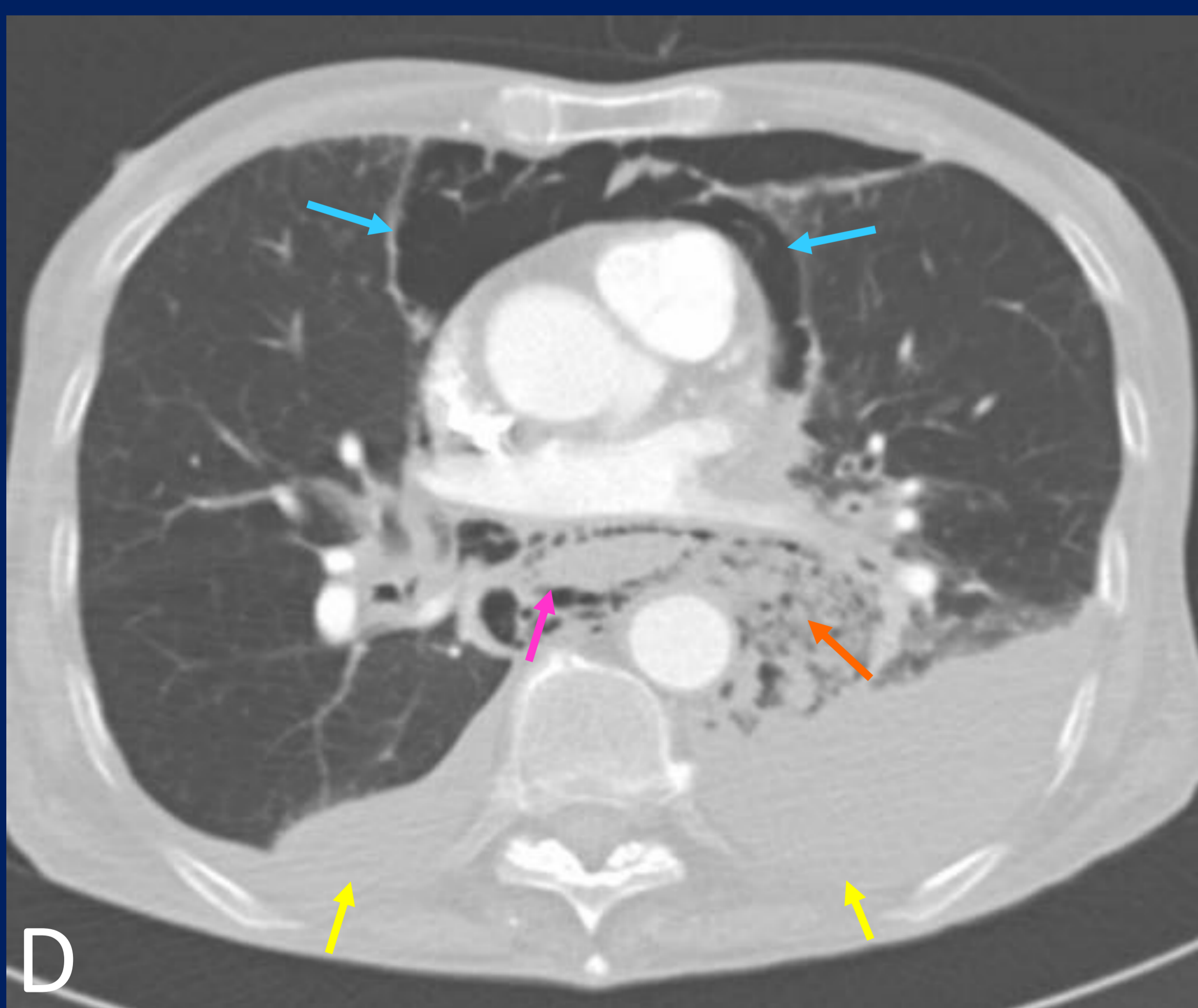
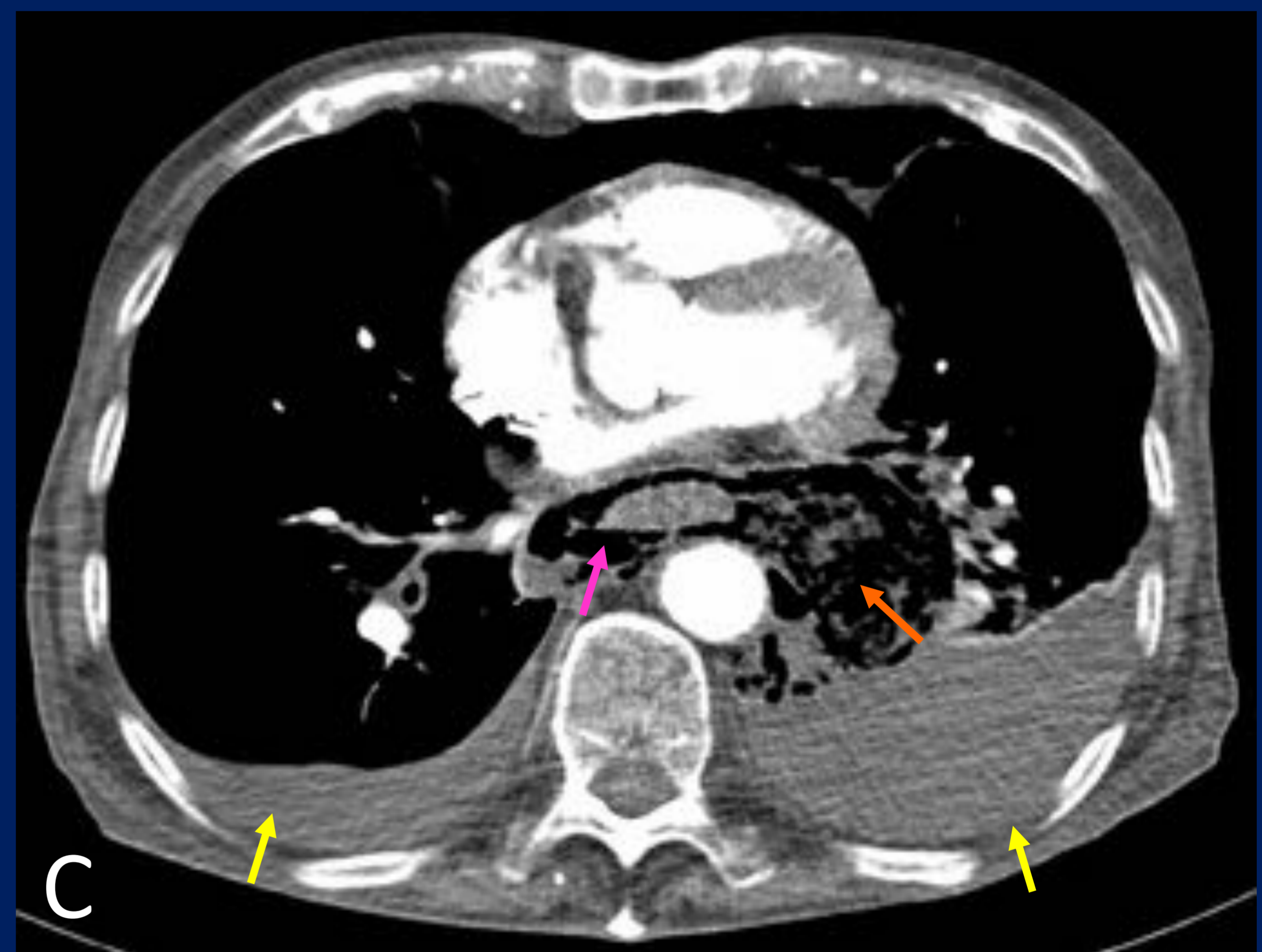
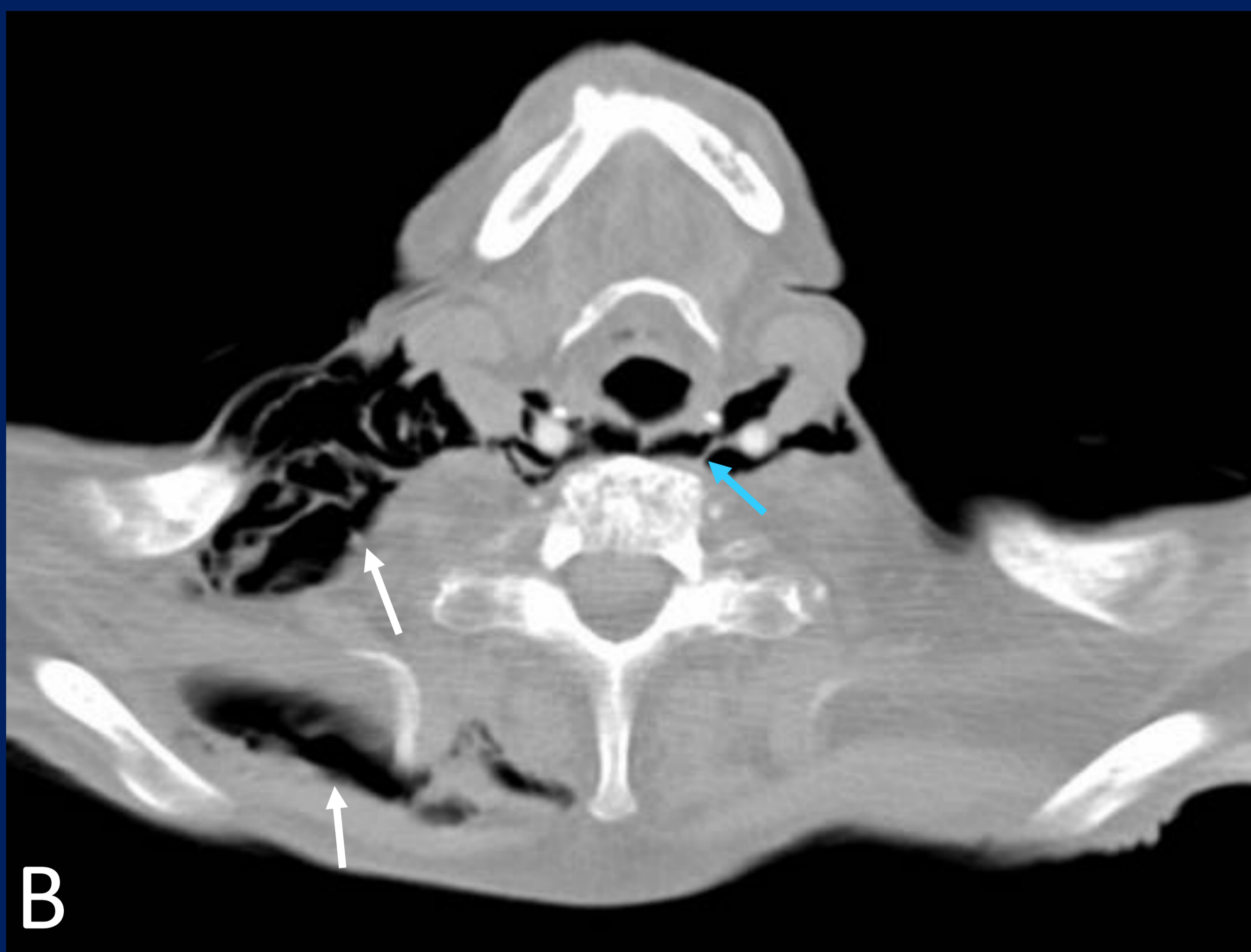
Presenta dolor de espalda intenso + hipotensión + MEG. A descartar disección de aorta



RX TÓRAX PA (A)

Se identifica neumomediastino (→), que pasó desapercibido inicialmente. También se aprecia un mínimo derrame pleural izquierdo (→).

En las horas siguientes dado el empeoramiento clínico que presenta el paciente con dolor y disnea en aumento, se solicita TC de tórax.



TAC toraco-abdominal con c.i.v. Cortes axiales (B,C,D), sagital (E) y coronal (F)

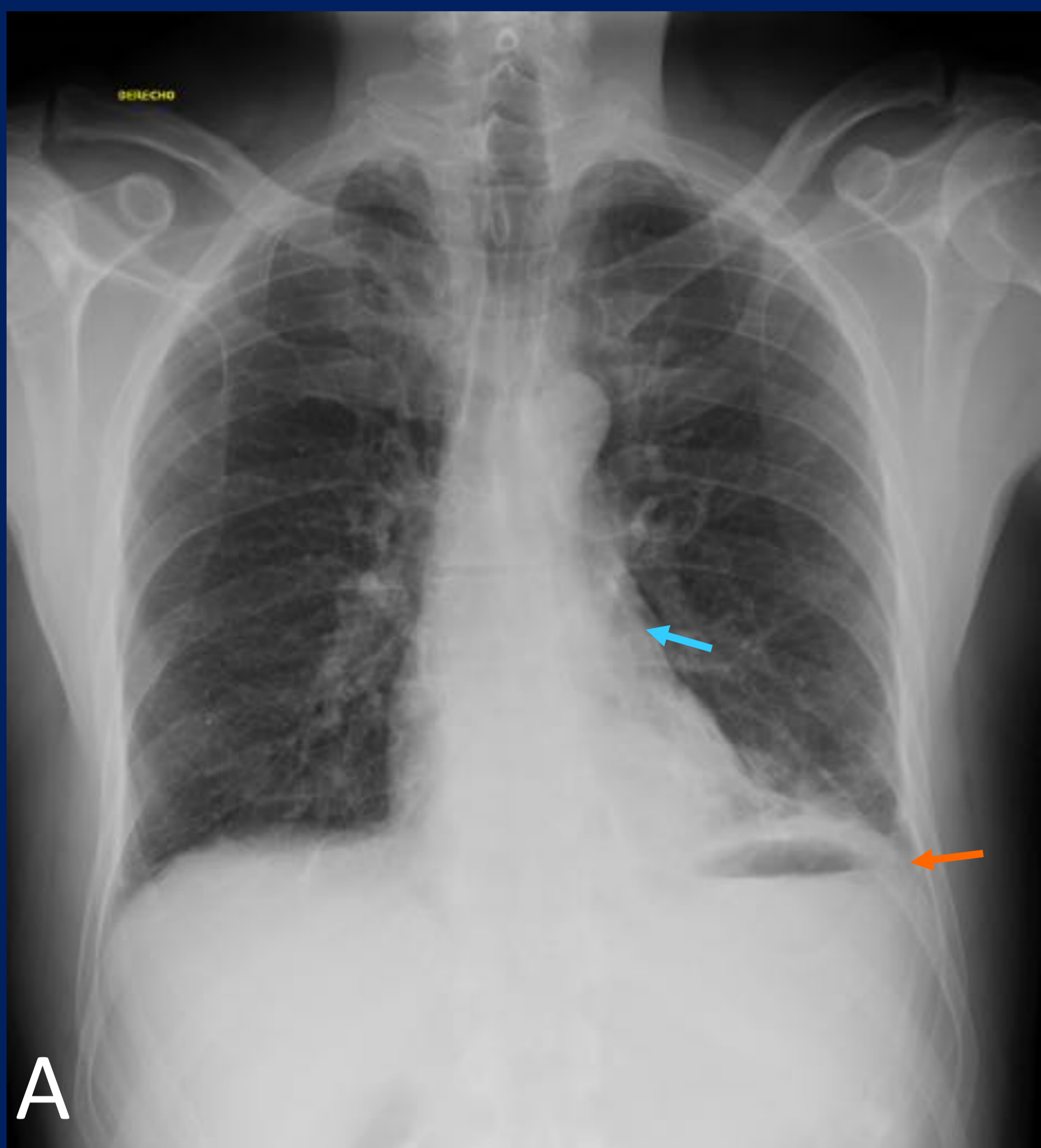
Se demuestra gran colección heterogénea con gas rodeando al tercio distal del esófago (→) junto con tractos aéreos periesofágicos (→). También existe neumomediastino (→), importante enfisema en región cervical (→) y significativo derrame pleural bilateral de predominio izquierdo (→).

El paciente ingresa en la U.C.I. y en las horas posteriores presenta deterioro clínico progresivo, desestimándose tratamiento quirúrgico, con aparición de fallo multiorgánico y finalmente exitus

CASO 7

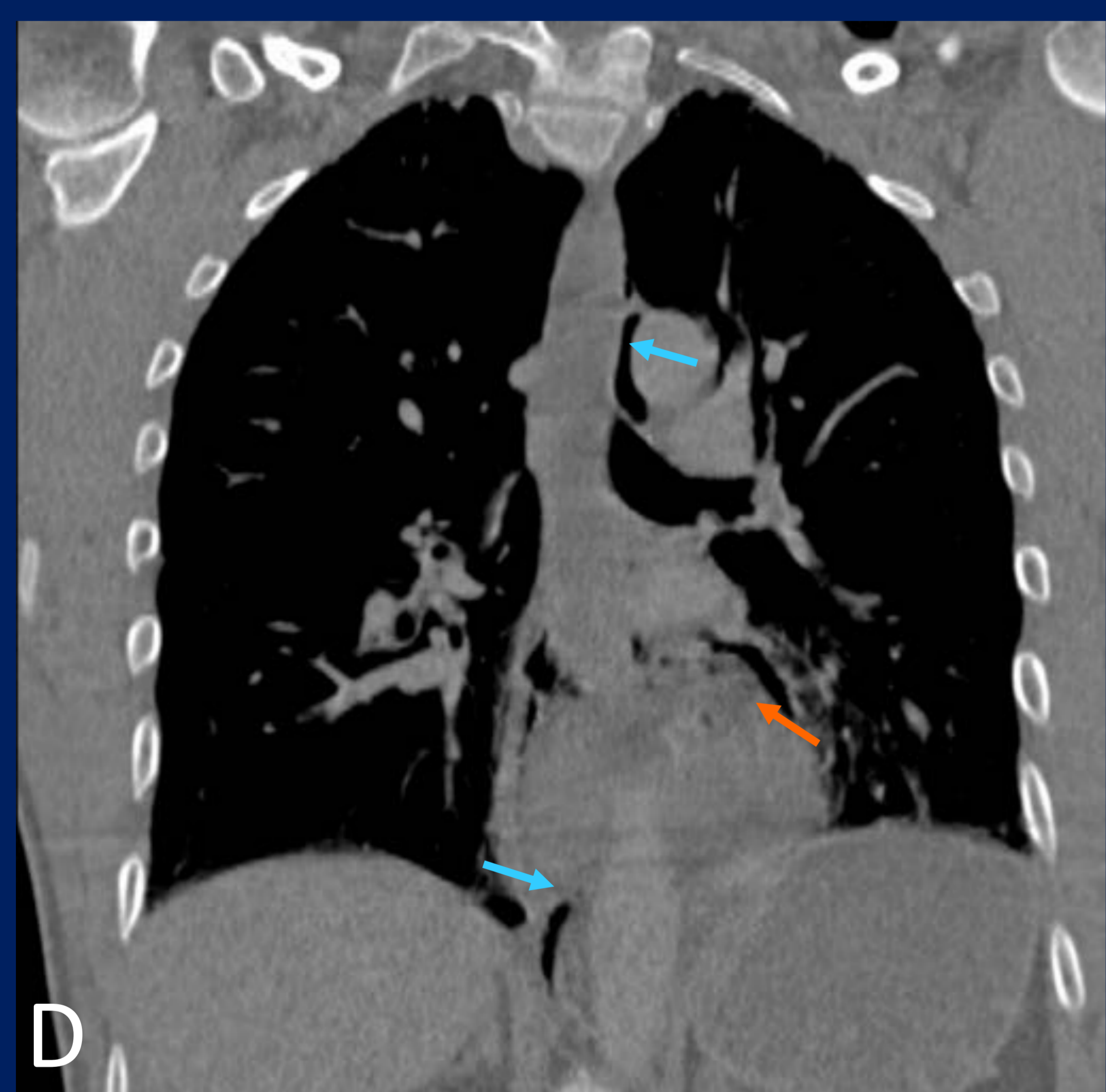
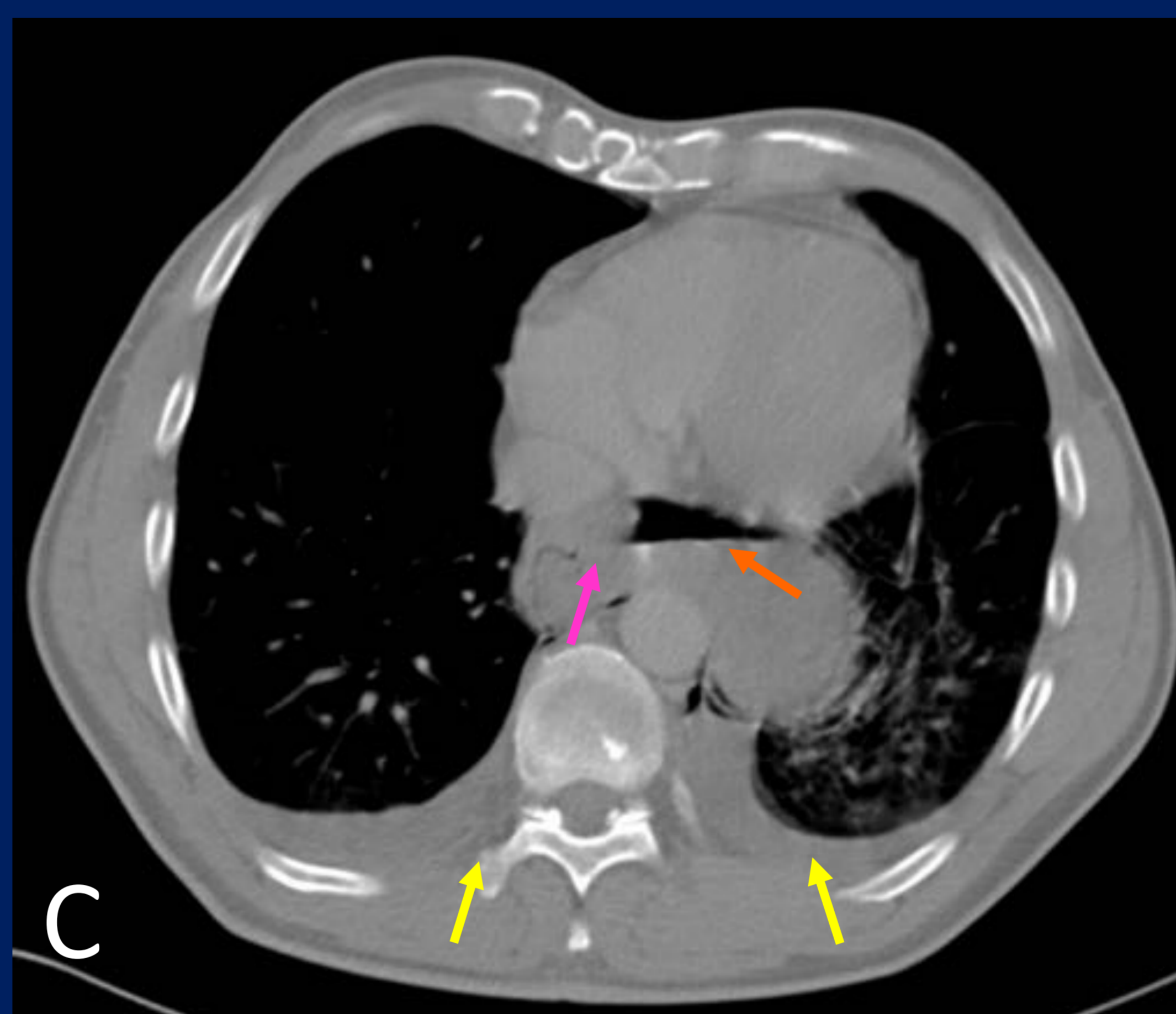
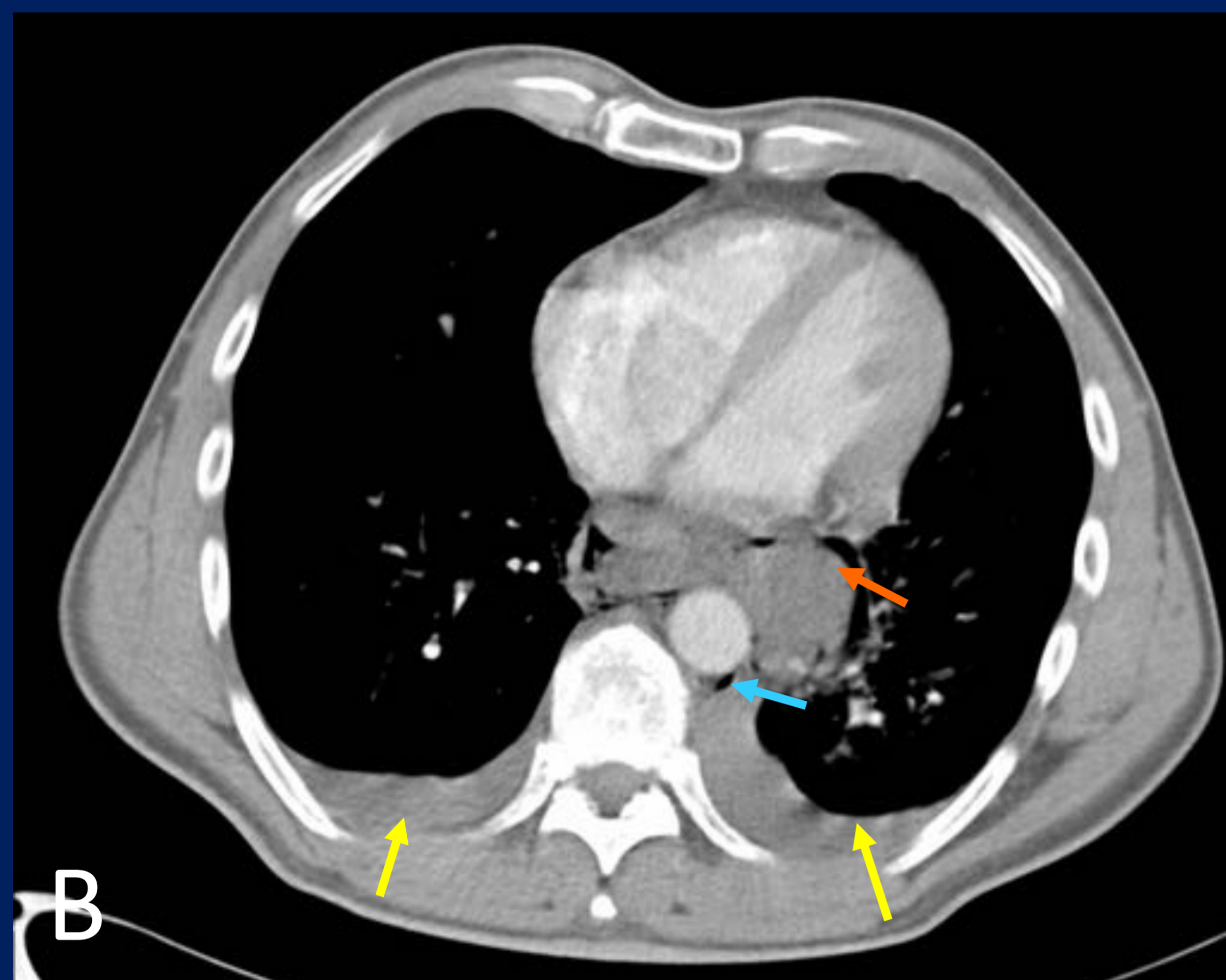
Vrón 54 a. Fumador. Bebedor moderado

Acude por presentar dolor epigástrico intenso, irradiado a espalda y vómitos.



RX TÓRAX PA (A)

Se identifica neumomediastino (→), y mínimo derrame pleural izquierdo (→).



TAC toraco-abdominal con c.i.v. Cortes axiales (B,C), coronal (D) y sagital (E)

Se observa colección hidroaérea rodeando al tercio distal del esófago (→) junto con tractos aéreos periesofágica (→). También existe neumomediastino (→), y leve derrame pleural bilateral de predominio izquierdo (→).

Tratamiento quirúrgico urgente

Sutura primaria de la perforación, funduplicatura y esofagoyeyunostomía

Evolución favorable.

EGD al 8º día postoperatorio (F)

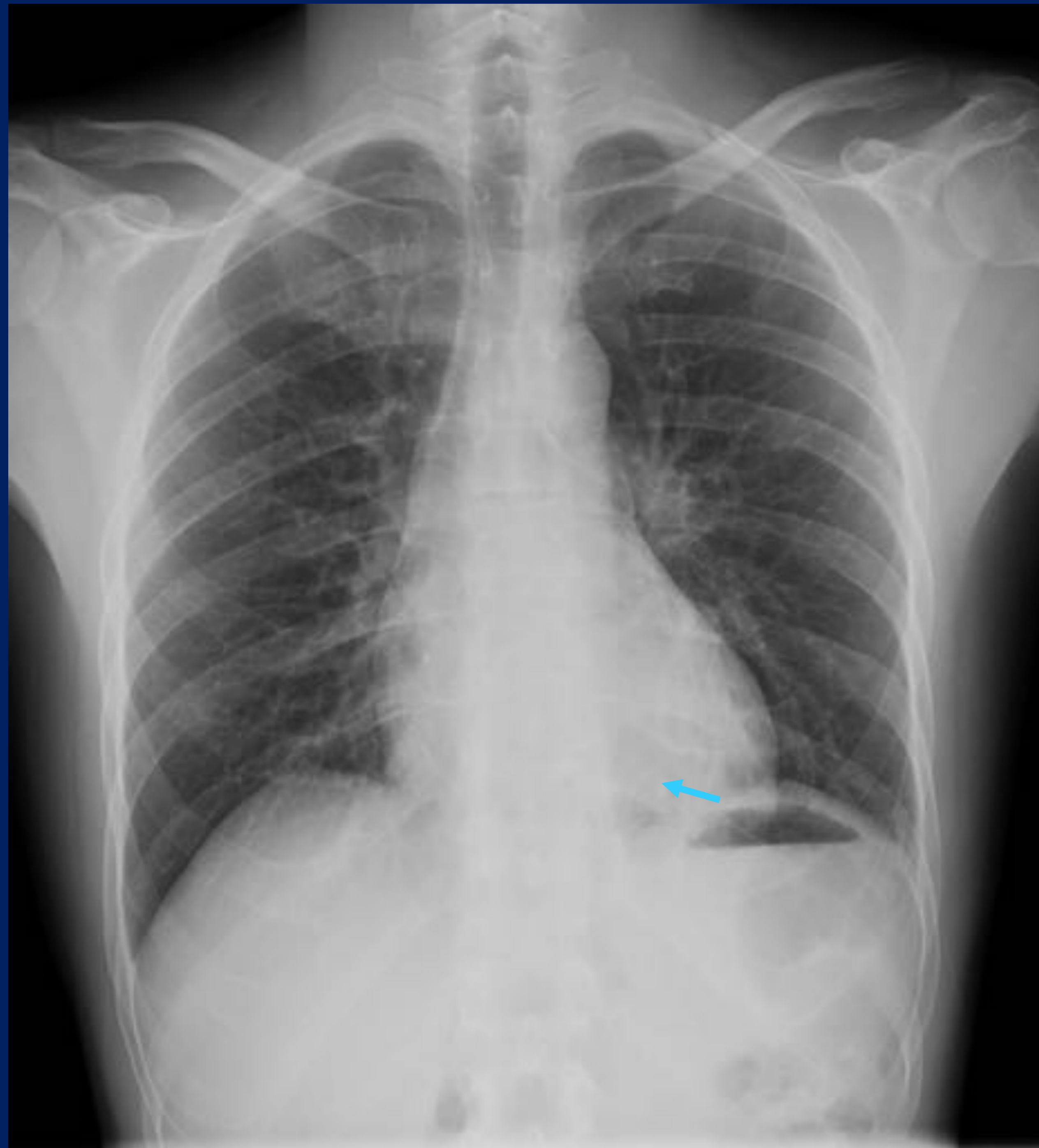
No se demostraron fugas de contraste en el área de la anastomosis.



CASO 8

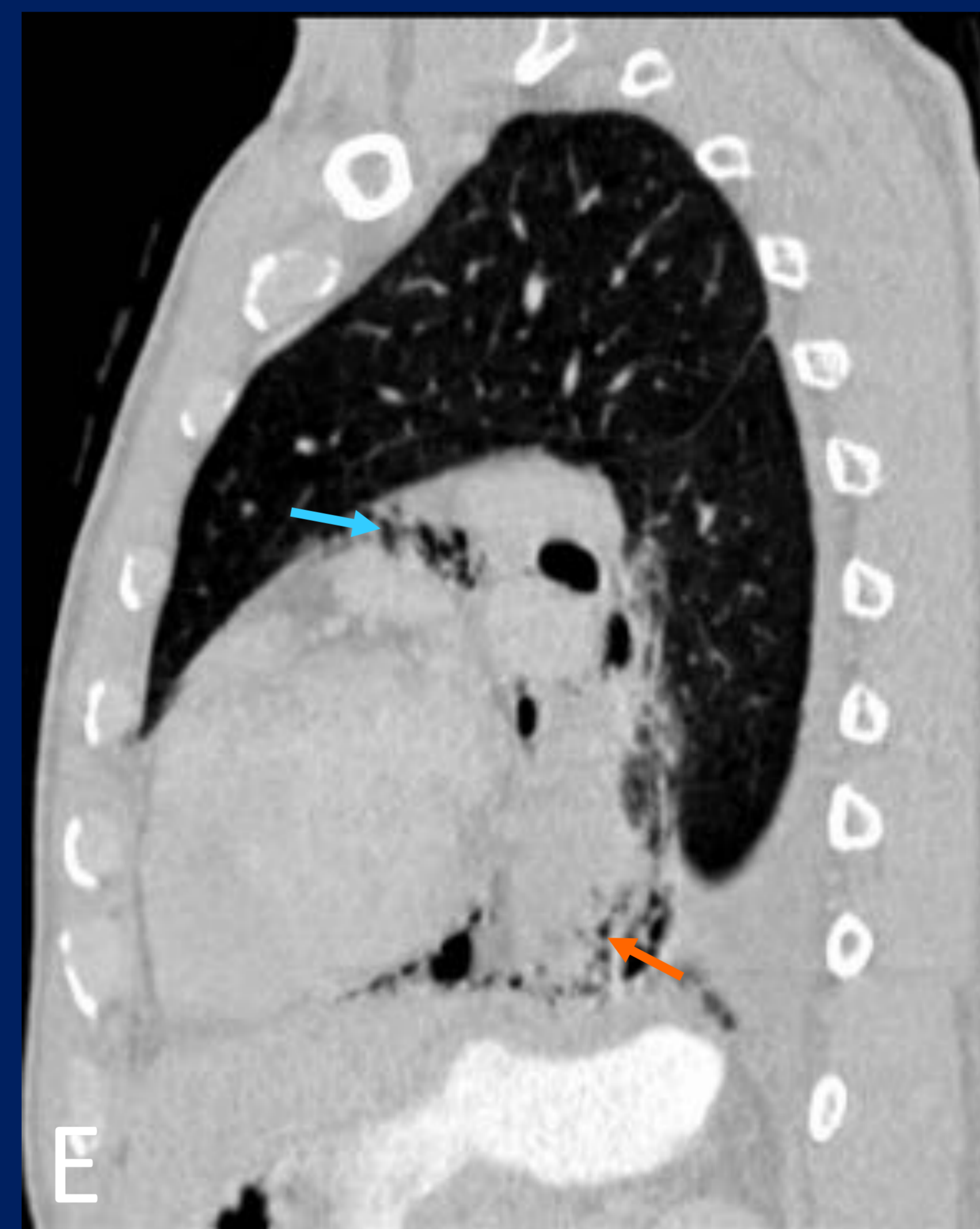
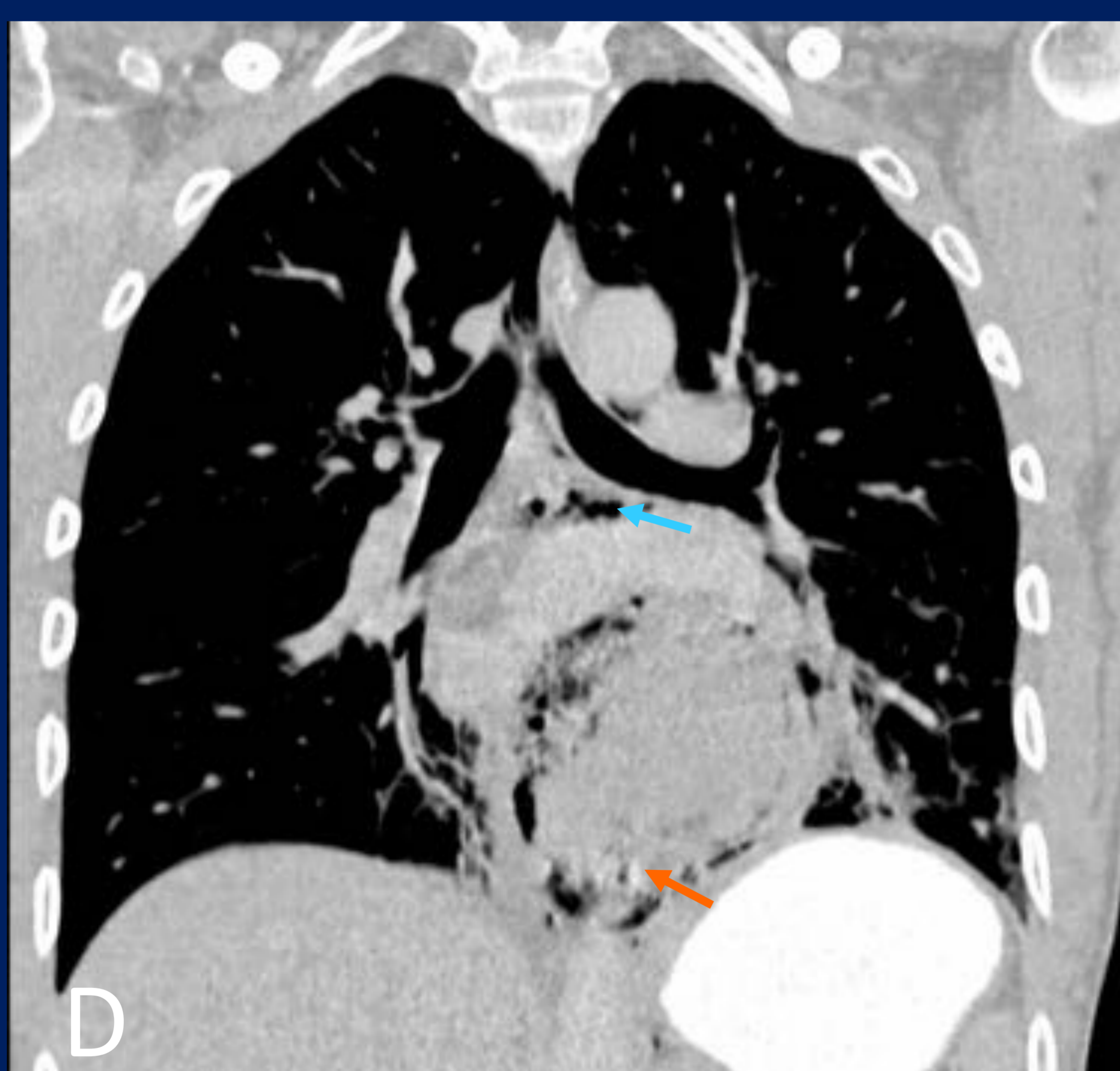
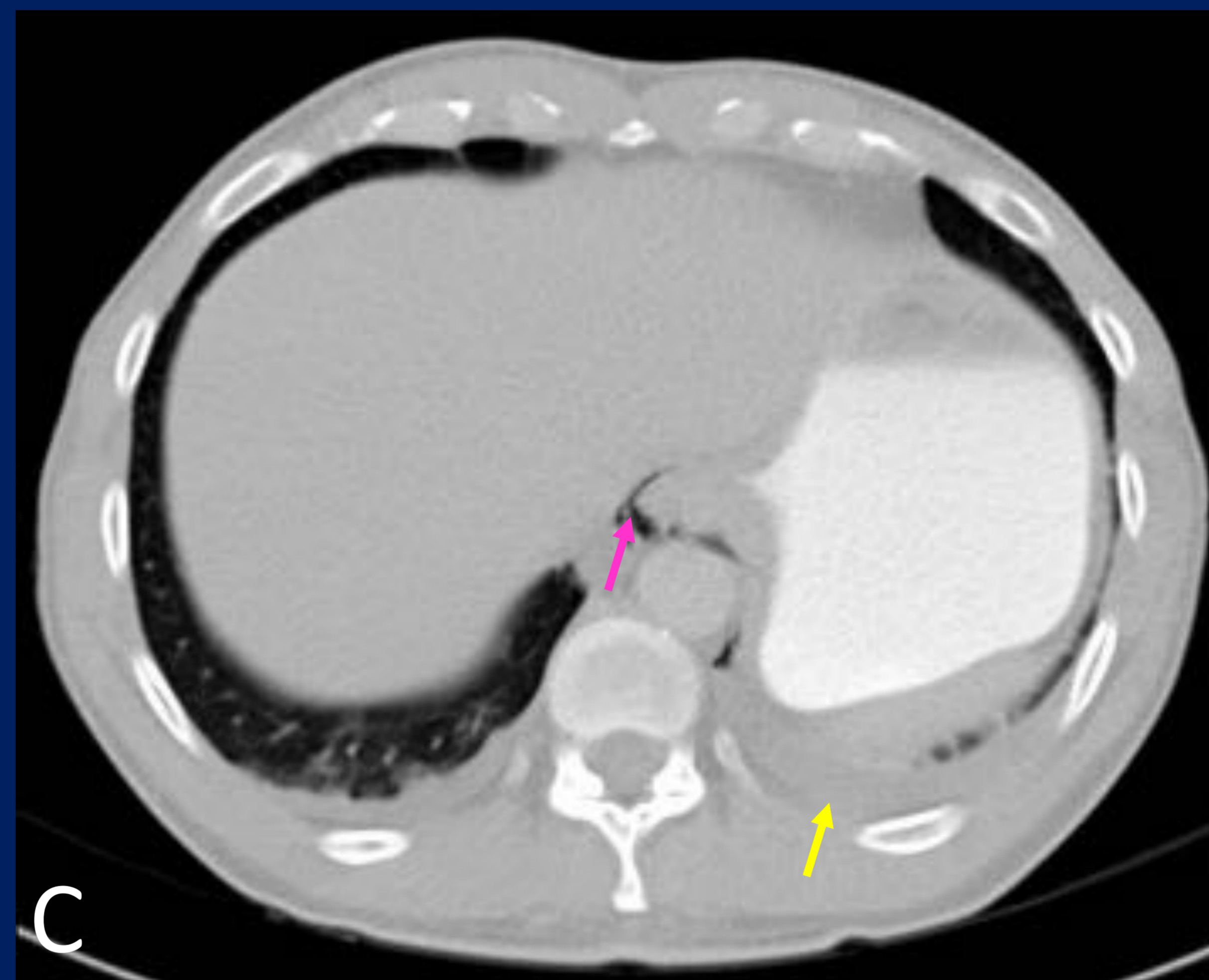
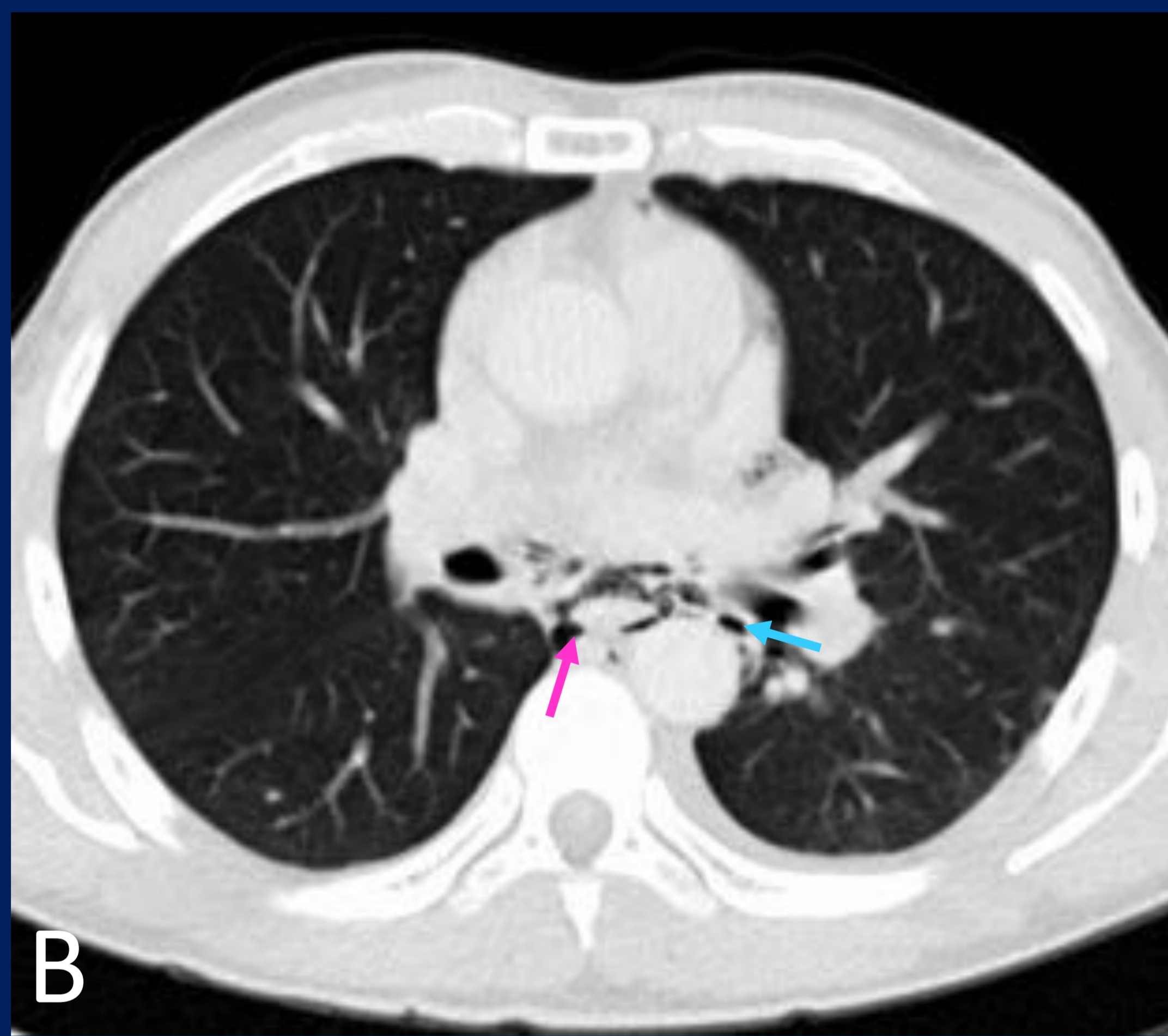
Varón 45 a.

Vómito bilioso y hemático con posterior dolor epigástrico irradiado a espalda



RX TÓRAX PA (A)

Aumento de densidad retrocardiaco asociado a tractos lineales aéreos (→) que sugieren posible neumomediastino.



TAC toraco-abdominal con gastrografin oral. Cortes axiales (B y C), coronal (D) y sagital (E) Se aprecia colección periesofágica con restos de contraste adyacentes a la cara anterolateral izquierda del tercio distal del esófago (→). También neumomediastino (→) junto con tractos aéreos periesofágicos (→), derrame pleural izquierdo (→).

Cirugía

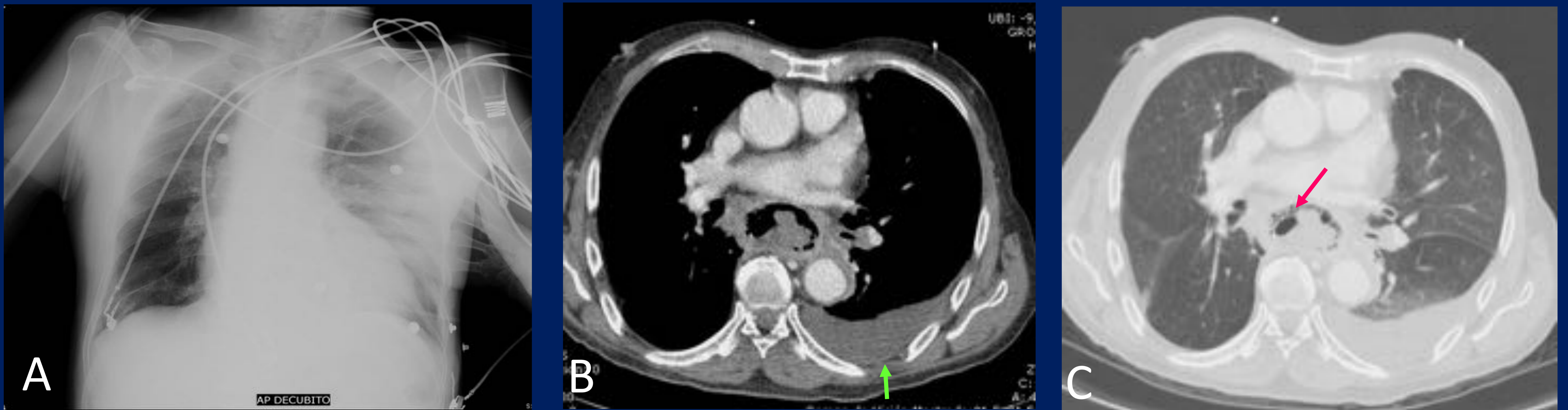
Se identifica perforación en el borde lateral izquierdo de la unión esofagogástrica
Se realiza anastomosis intratorácica de esófago, cubriendo la zona de la perforación mediante funduplicatura tipo Nissen.

CASO 9

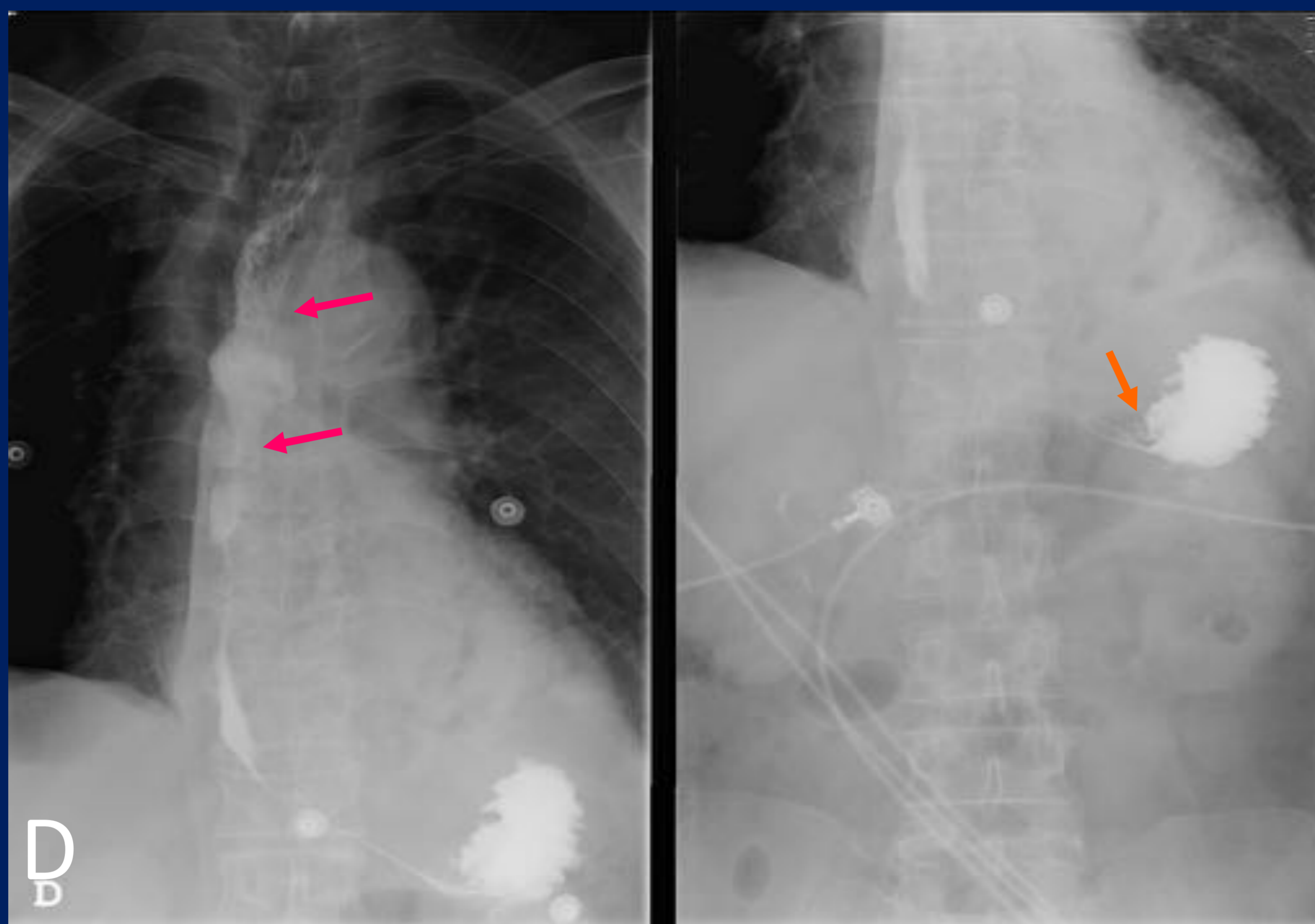
Paciente de 65 a

Acude a urgencias por epigastralgia transfixiante que aparece tras 4 horas de la ingesta, irradiada a espalda-abdomen (periumbilical) y con vegetatismo asociado

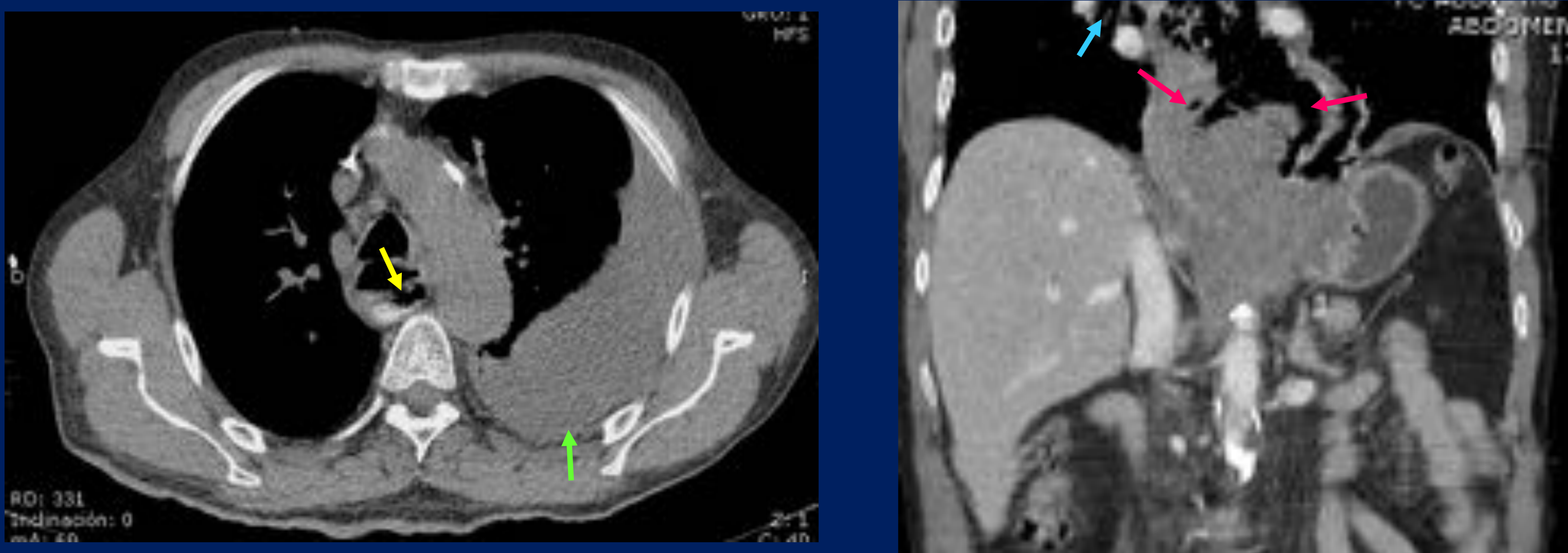
AP: Fumador de 20 cig/día. Enolismo. Exconsumidor de heroína y cannabis



RX TÓRAX AP supino (A). Aumento de densidad en hemitórax izq sugestivo de derrame pleural
TC TÓRAX + civ cortes axiales (By C). Engrosamiento irregular de esófago medio y distal (se interpretó erróneamente como hernia de hiato) Se aprecian tractos aéreos periesofágicos (→)
Derrame pleural izquierdo (→)



Estudio EGD (D). Se aprecia adecuado paso de gastrografin a fundus gástrico (→), pero existe una marcada dilatación e irregularidad en la superficie de la luz del tercio medio del esófago (→)



TC TÓRAX + civ corte axial (D) y coronal (E), 12 horas después del TC realizado previamente. Extravasación de contraste en cara posterior de esófago medio (→). Significativo aumento del derrame pleural izquierdo (→) respecto al TC previo. Engrosamiento irregular de esófago medio-distal con gran colección y tractos aéreos periesofágicos (→) y neumomediastino (→)

Endoscopia digestiva :

En tercio medio-inferior de esófago se aprecian dos orificios fistulosos de unos 3-4 mm de diámetro, a través de los cuales sale producto semilíquido de color marrón sanguinolento

Intervención quirúrgica urgente

(Esofagectomía total, Cervicostomía y Yeyunostomía de alimentación).

Shock séptico por mediastinitis aguda con fracaso multiorgánico refractario al tratamiento.
Exitus.

Causas de perforación o rotura esofágica. (Diagnóstico diferencial)

1. Espontáneas

Síndrome de Boerhaave

2. Iatrogénicas (+ frecuentes, suponen 80-85%)

Endoscopia digestiva alta, dilatación esofágica, SNG, escleroterapia de varices, prótesis en lesiones obstructivas...

3. Ingestión de cuerpos extraños

4. Trauma

Herida penetrante, trauma cerrado, barotrauma, ingestión de cáusticos

5. Neoplasias

Carcinoma de esófago, Ca de pulmón , linfomas,...

6 Otras

Causas de dolor torácico agudo (disección aórtica, IAM, TEP,...) o de dolor epigástrico (pancreatitis aguda, colecistitis,...)

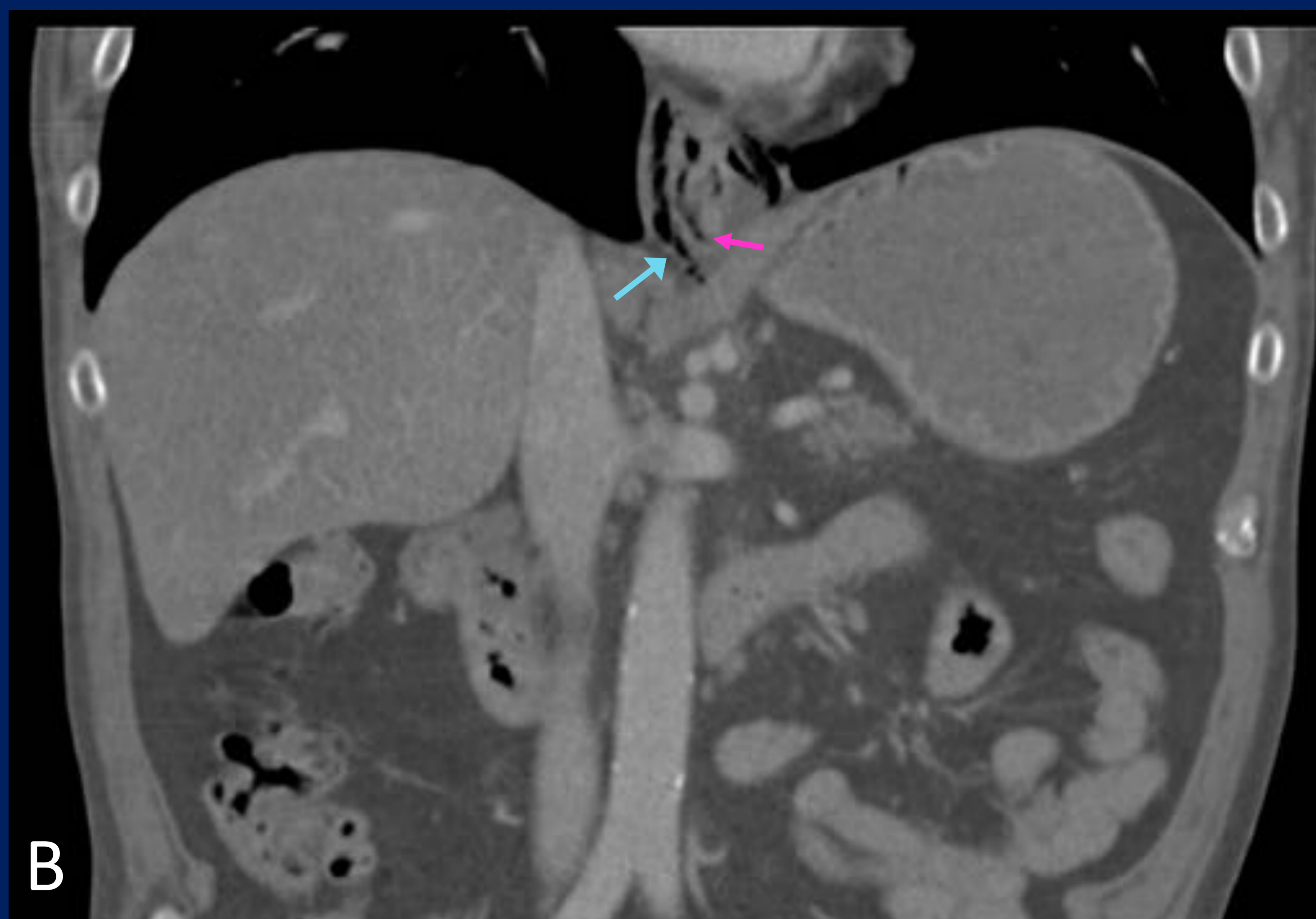
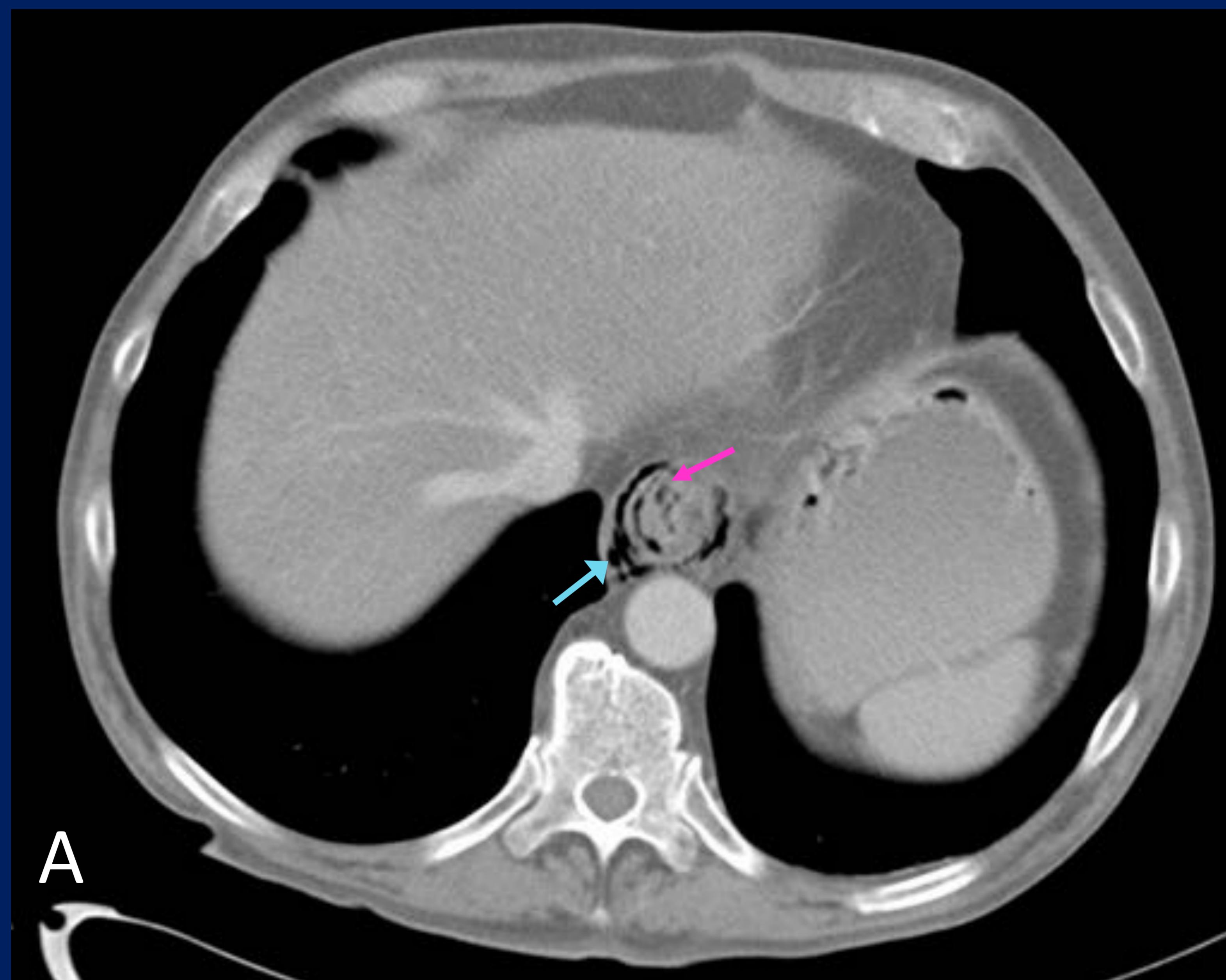
DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL

La iatrogenia es actualmente la causa más frecuente de perforación esofágica

2A- PERFORACIÓN IATRÓGENA. ENDOSCOPIA

Varón 51 años.

Dolor abdominal intenso tras gastroscopia. La gastroscopia se informa verbalmente como "úlceras profundas en antro que se esclerosa". Se solicita TC para descartar perforación



TAC toraco abdominal. Cortes axial (A) y coronal (B)

Engrosamiento esofágico distal con desdoblamiento de sus capas y múltiples burbujas aéreas de disposición concéntrica en la pared esofágica (→) y también en el mediastino adyacente (→) que sugieren desgarro esofágico

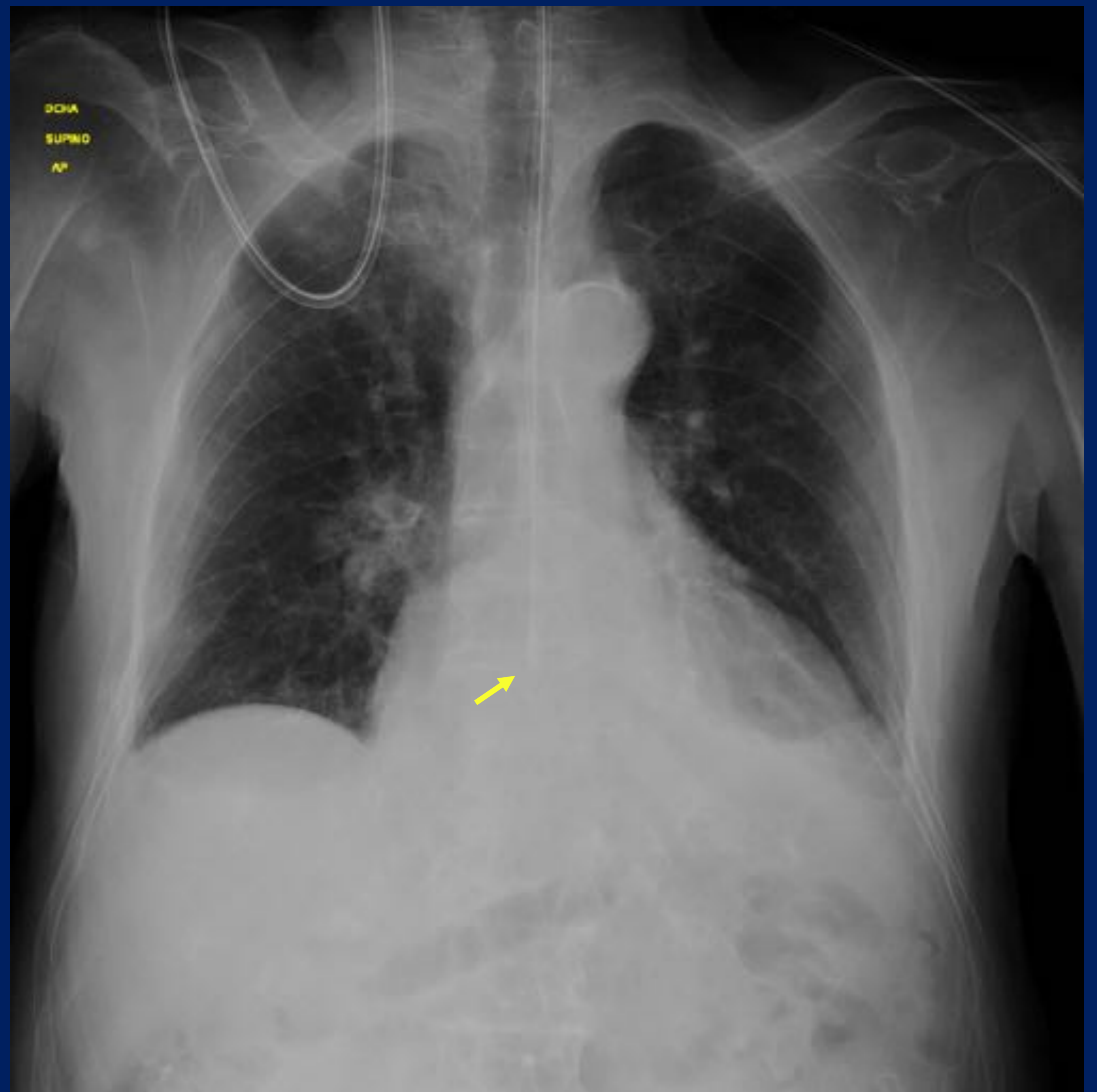
Hallazgos compatibles con perforación de esofágico distal y neumomediastino

2B- PERFORACIÓN IATRÓGENA. SNG

Mujer 99 años.
Intentos repetidos de colocación de SNG, infructuosos.

Rx tórax AP. Extremo distal de SNG en tercio distal esofágico (→)

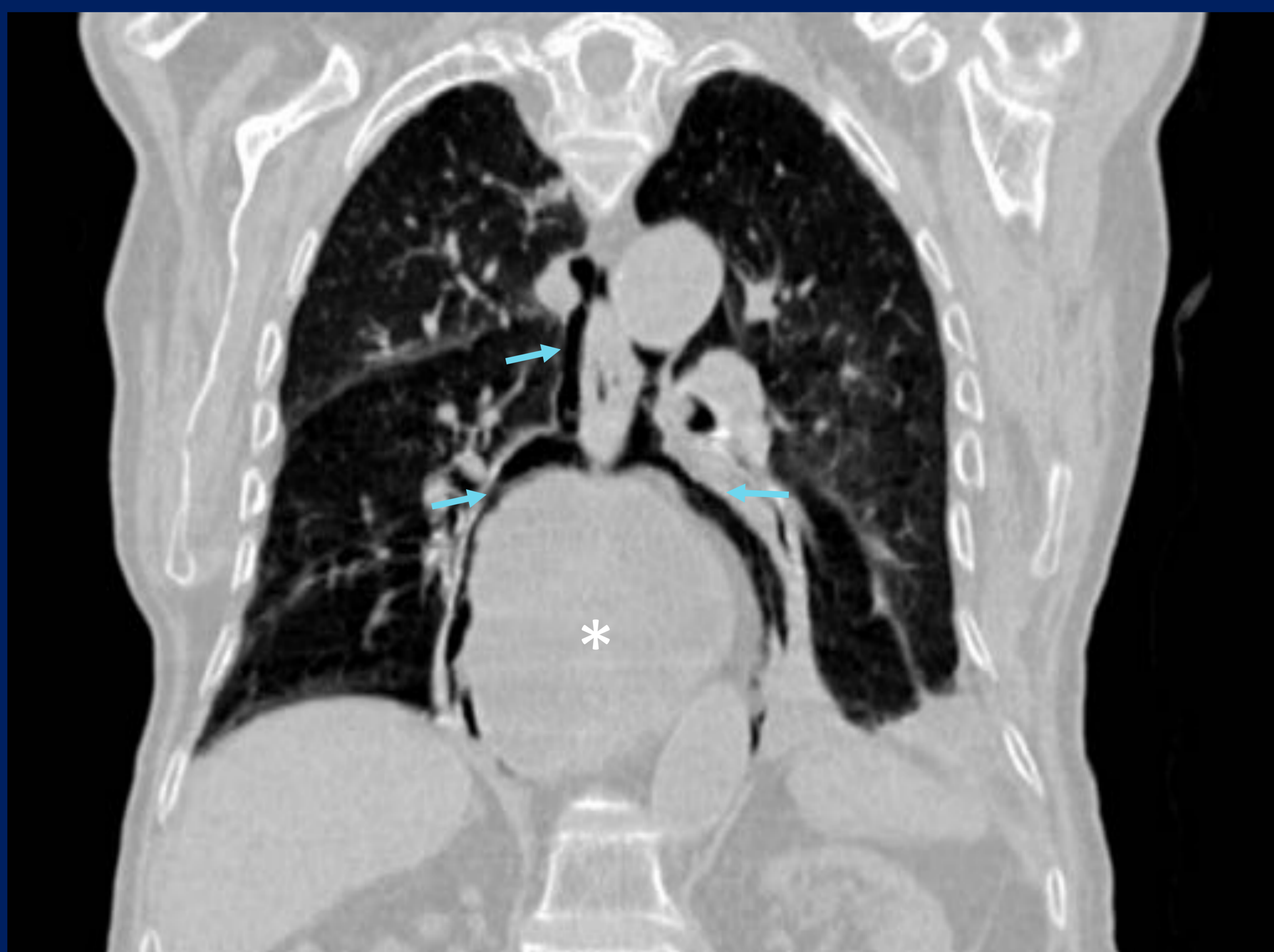
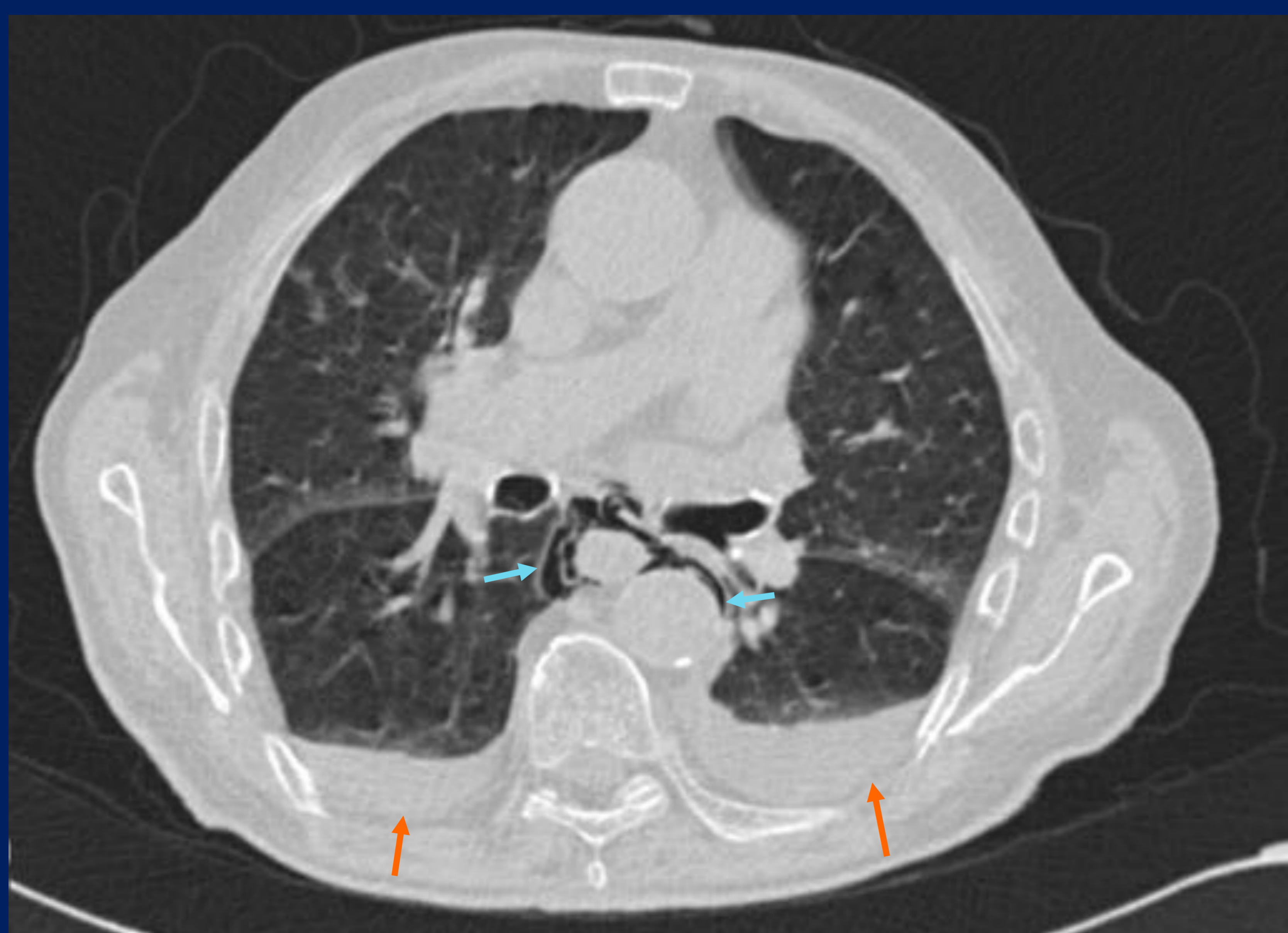
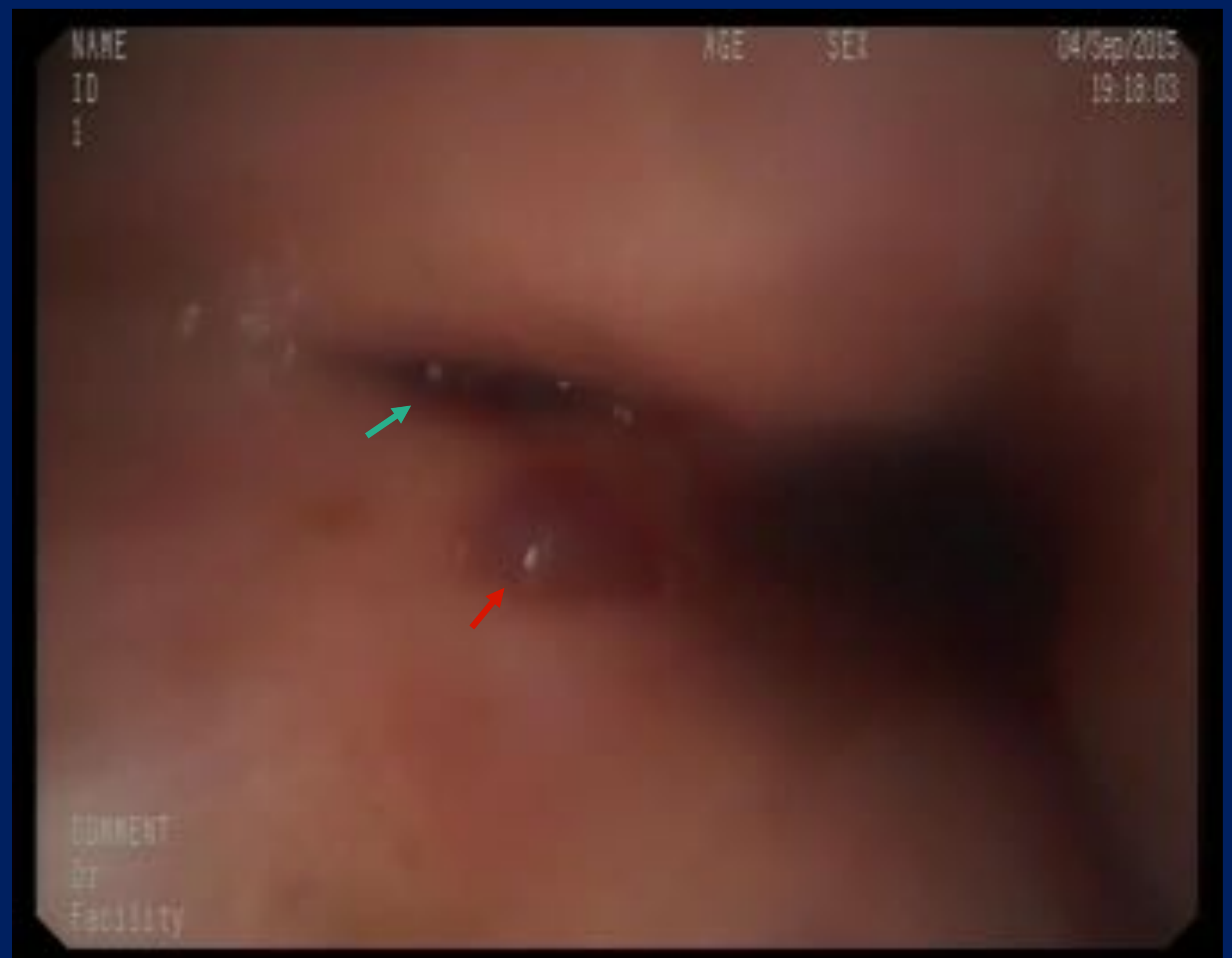
Se procede a realizar intento de colocación guiada con endoscopia



Endoscopia

Se objetiva una hernia de hiato de gran tamaño. En hiato diafragmático se observa una oquedad profunda (→) y al lado un hematoma (→) por lo que ante la sospecha de una perforación esofágica por los intentos de colocación de SNG se decide no colocar dicha sonda.

Se solicita TAC urgente para descartar perforación esofágica.



TAC torácico

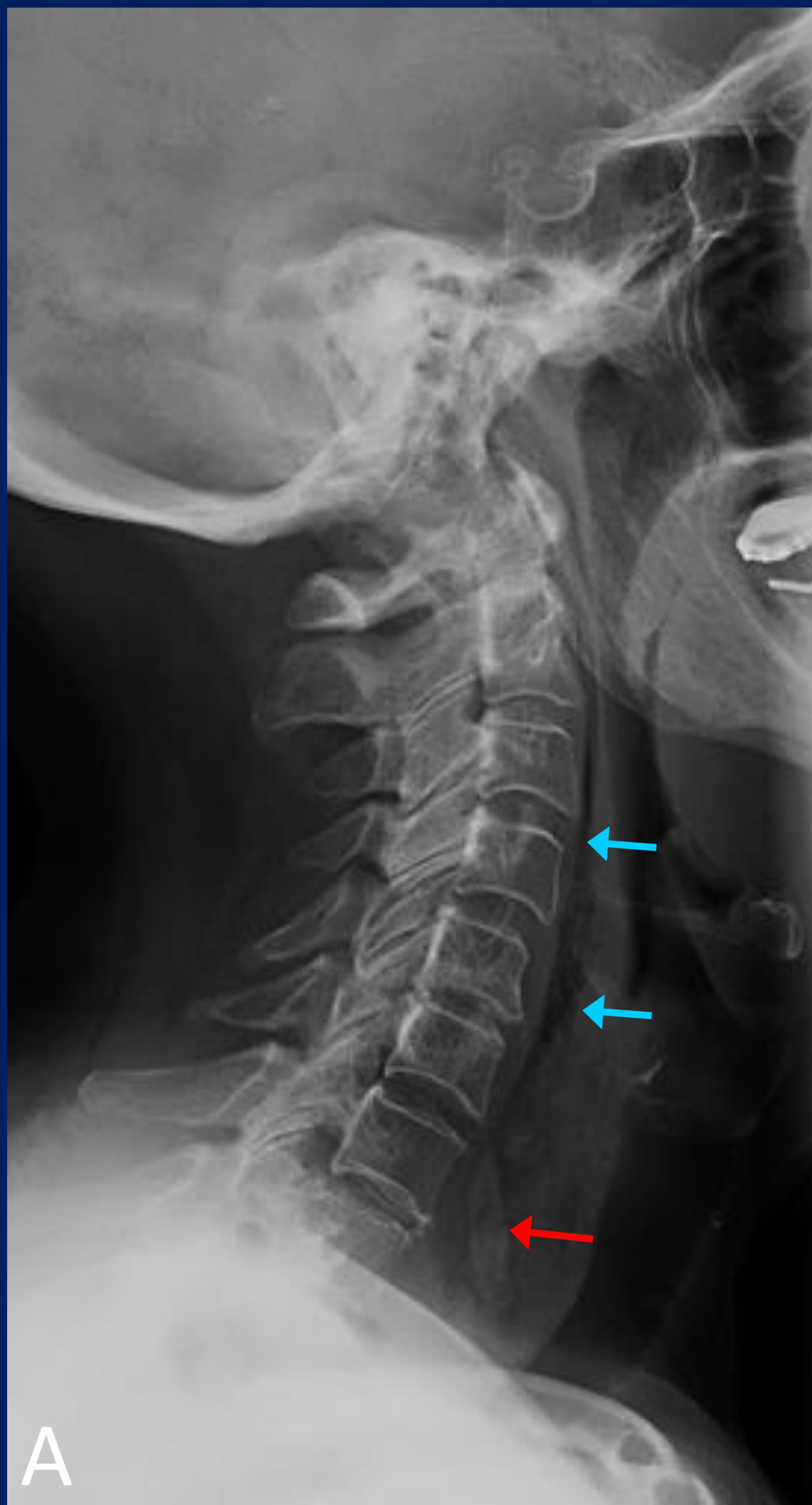
A) Corte axial. B) Corte coronal

Hernia de hiato de gran tamaño (*). Derrame pleural bilateral (→) y extenso neumomediastino (→) que en el contexto clínico de la paciente sugieren perforación esofágica.

3- PERFORACIÓN POR CUERPO EXTRAÑO

La ingestión e impactación de cuerpos extraños en la vía aerodigestiva es una urgencia común. En adultos, lo más frecuentes son espinas de pescado y huesos de pollo

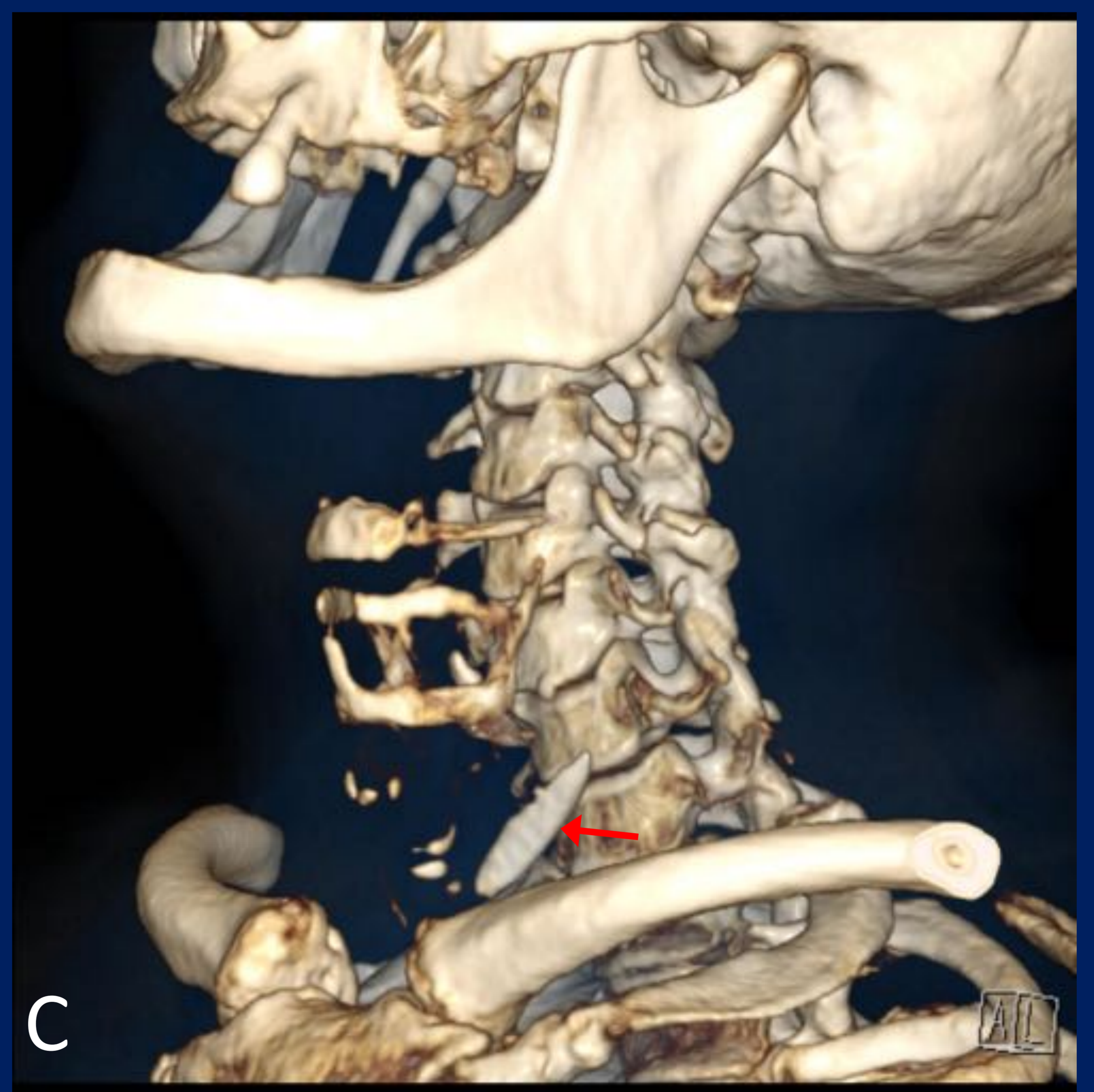
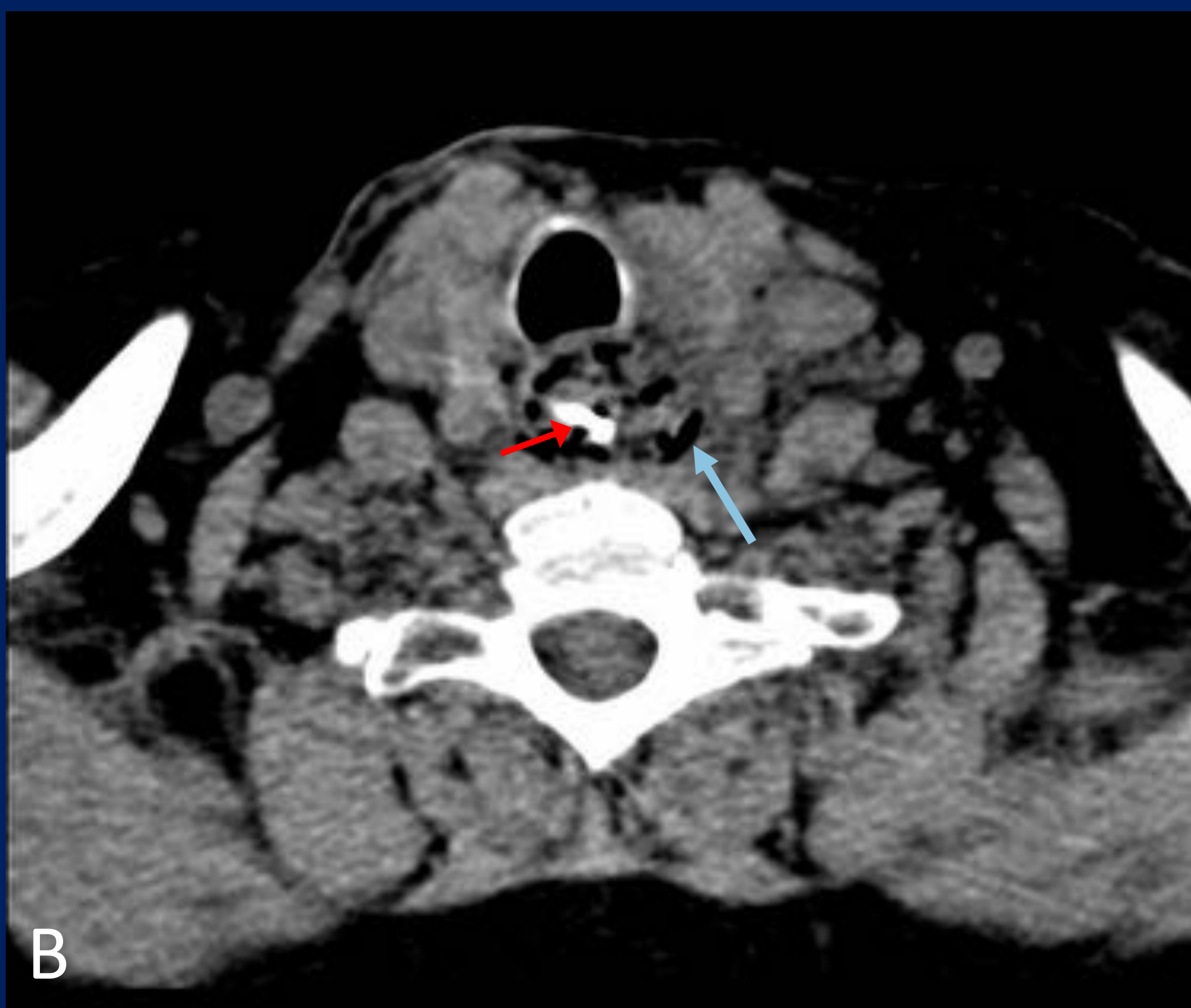
La zona más habitual de impactación/perforación es a la altura de C6-C7, coincidiendo con el músculo cricofaríngeo o esfínter esofágico superior.



Varón 83 años.
Disfagia súbita y dolor intenso tras atragantamiento

RX de cuello, proyección lateral (A)

Aumento del espacio prevertebral con extenso enfisema regional retrofaringeo (→) e imagen radioopaca (→) que sugiere cuerpo extraño como causa de perforación esofágica.



TAC torácico. Cortes axial (B) y reconstrucción 3D (C)

Imagen de cuerpo extraño radioopaco (→) que se acompaña de engrosamiento esofágico proximal con múltiples burbujas aéreas de disposición concéntrica en la pared esofágica (→) que sugieren desgarro esofágico.

Perforación de esófago proximal por impactación de hueso de pollo.

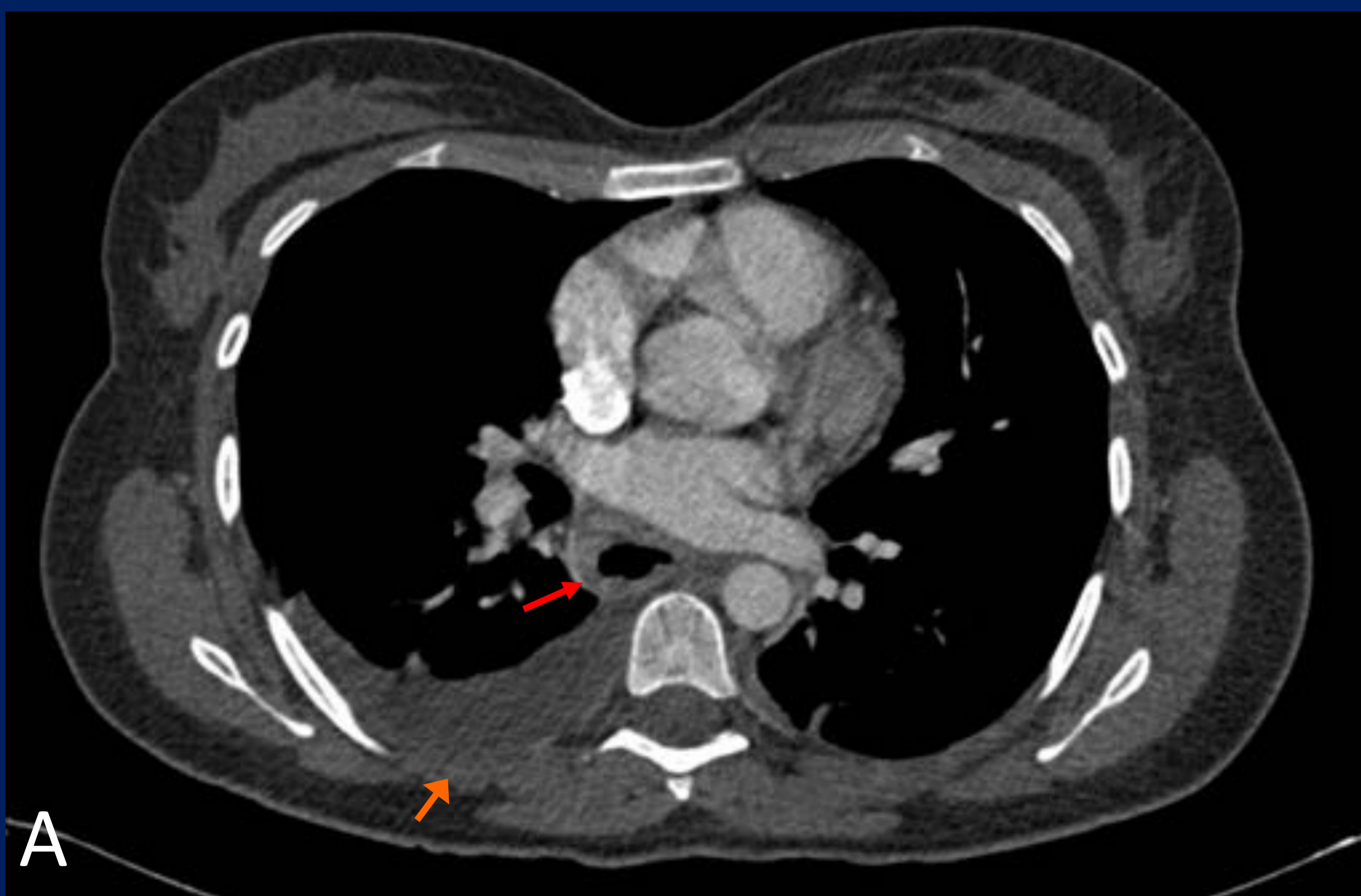
4- ESOFAGITIS CÁUSTICA.

La esofagitis por cáusticos puede producir perforación esofágica como complicación durante la fase ulcerativa (3 - 5 días tras ingestión) La severidad de la lesión depende del tiempo de contacto del agente con la mucosa y la concentración del material corrosivo

Mujer 32 años: Intento autolítico por ingesta de sosa

Diagnóstico endoscópico:

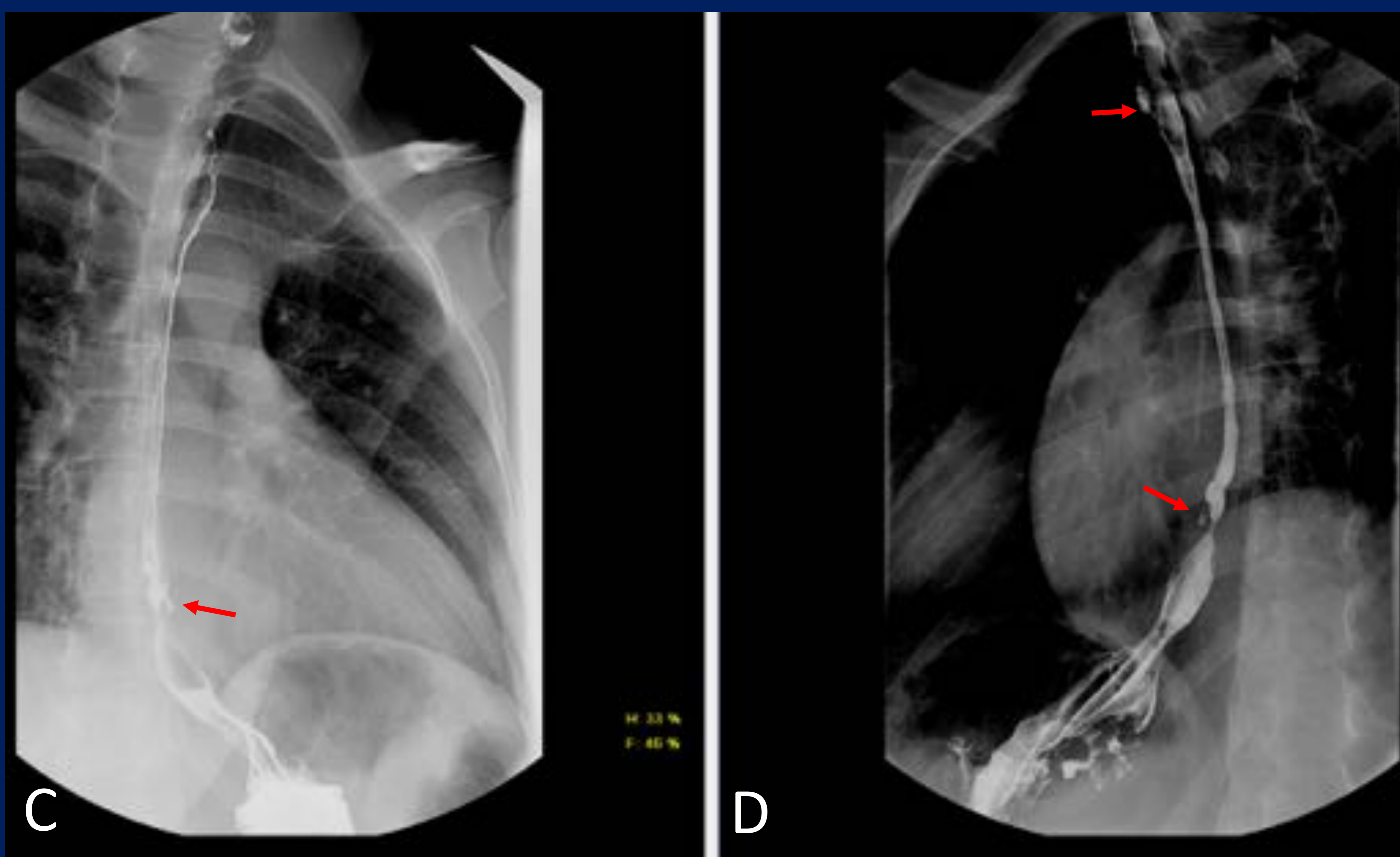
Se observa afectación difusa esofágica con áreas de ulceraciones mucosas (flechas verdes) que abarcan toda la circunferencia y longitud del esófago (esofagitis cáustica Zargar II-III)



TC TORÁCICO. A) Corte axial. B) Corte sagital

Engrosamiento mural circunferencial del esófago en toda su extensión y dilatación de su luz con trabeculación de la grasa periesofágica (flechas rojas) compatible con la información clínica aportada de esofagitis sin colecciones ni gas libre en mediastino.

Moderado derrame pleural derecho (flecha naranja)



EGD (C y D):

Irregularidad difusa de la pared esofágica con escasa distensión. Imágenes sugerentes de ulceración en tercio esofágico distal y proximal (flechas rojas). Hallazgos compatibles con esofagitis cáustica.

5- PERFORACIÓN NEOPLÁSICA

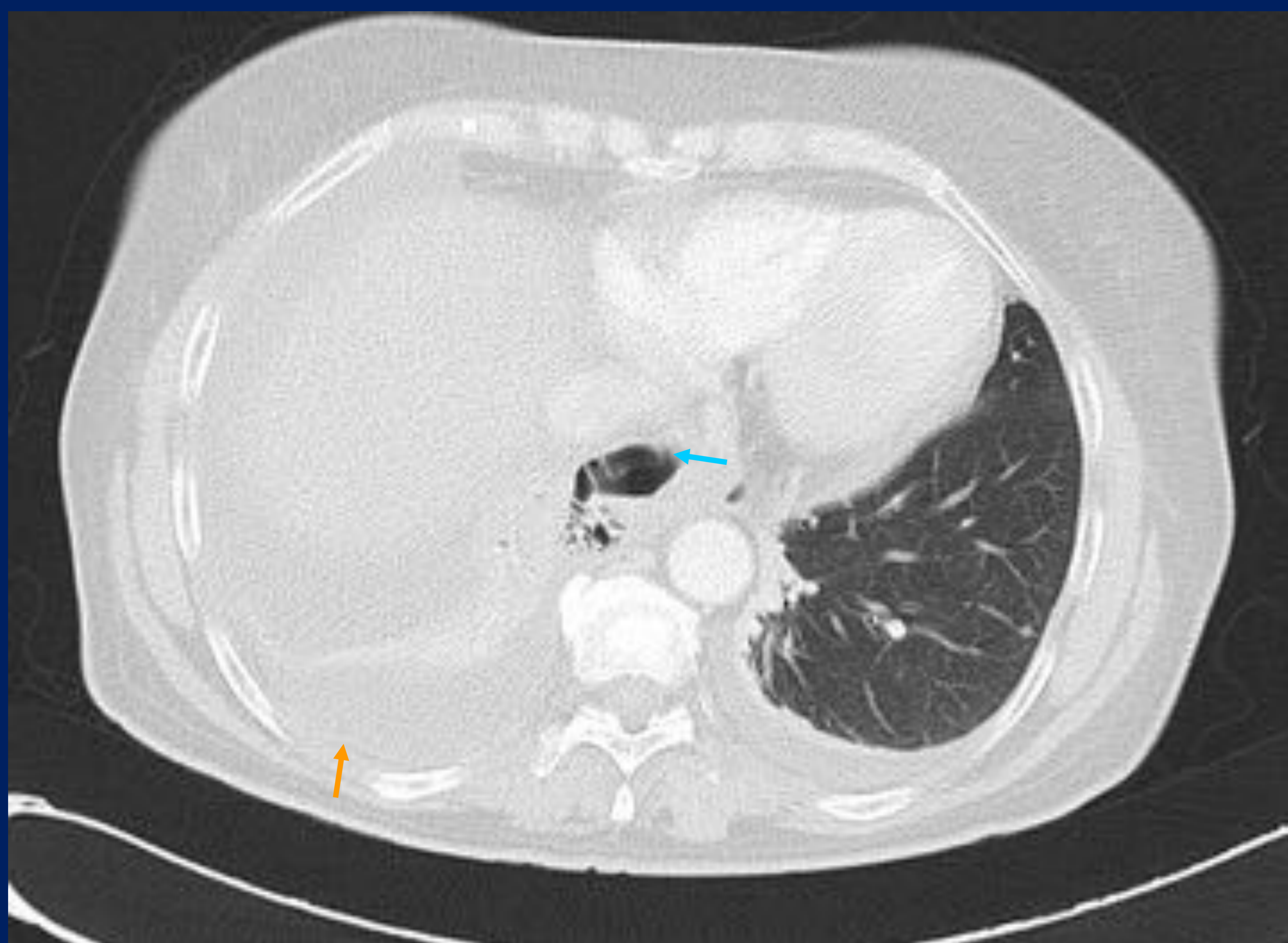
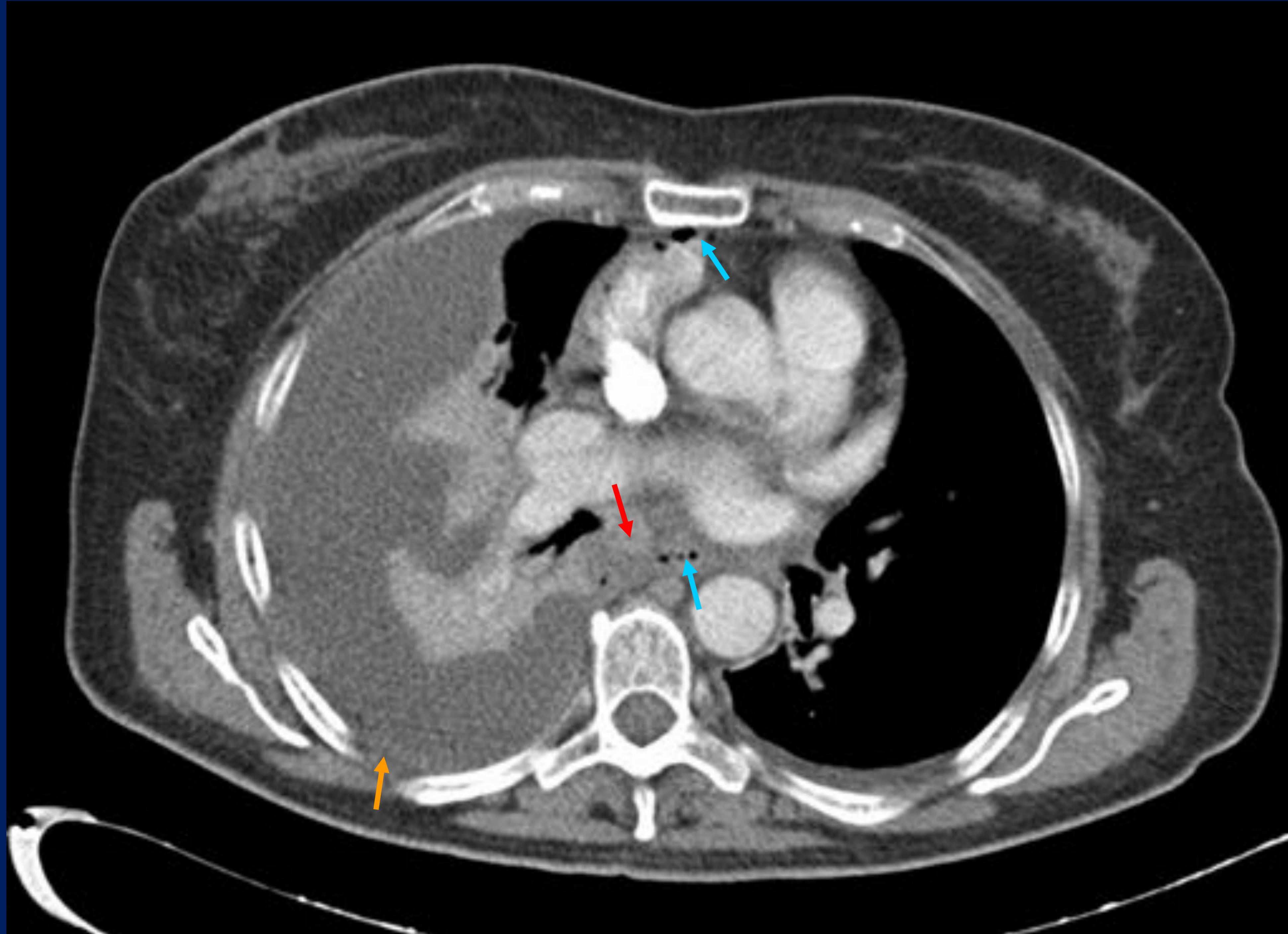
En el 5-10% de pacientes con carcinoma esofágico avanzado pueden producirse fístulas esofágicas hacia el tracto respiratorio

Mujer 59 a

Cuadro de vómitos y seguidamente dolor de tipo pleurítico irradiado a escápula derecha. En Rx de tórax se aprecia moderado derrame pleural derecho.

Se consideró neumonía comunitaria incipiente y se inició tto con levofloxacino.

Se realizó toracocentesis diagnóstica extrayendo líquido serohemático, en el que posteriormente se demostraron células malignas en el derrame pleural



TC toracoabdominal cortes axiales (A y B)

Engrosamiento irregular en tercio medio esofágico (→) con burbujas de aire ectópico adyacentes (→) que sugieren perforación del esófago distal con neumomediastino e importante derrame pleural derecho (→) que colapsa el LID

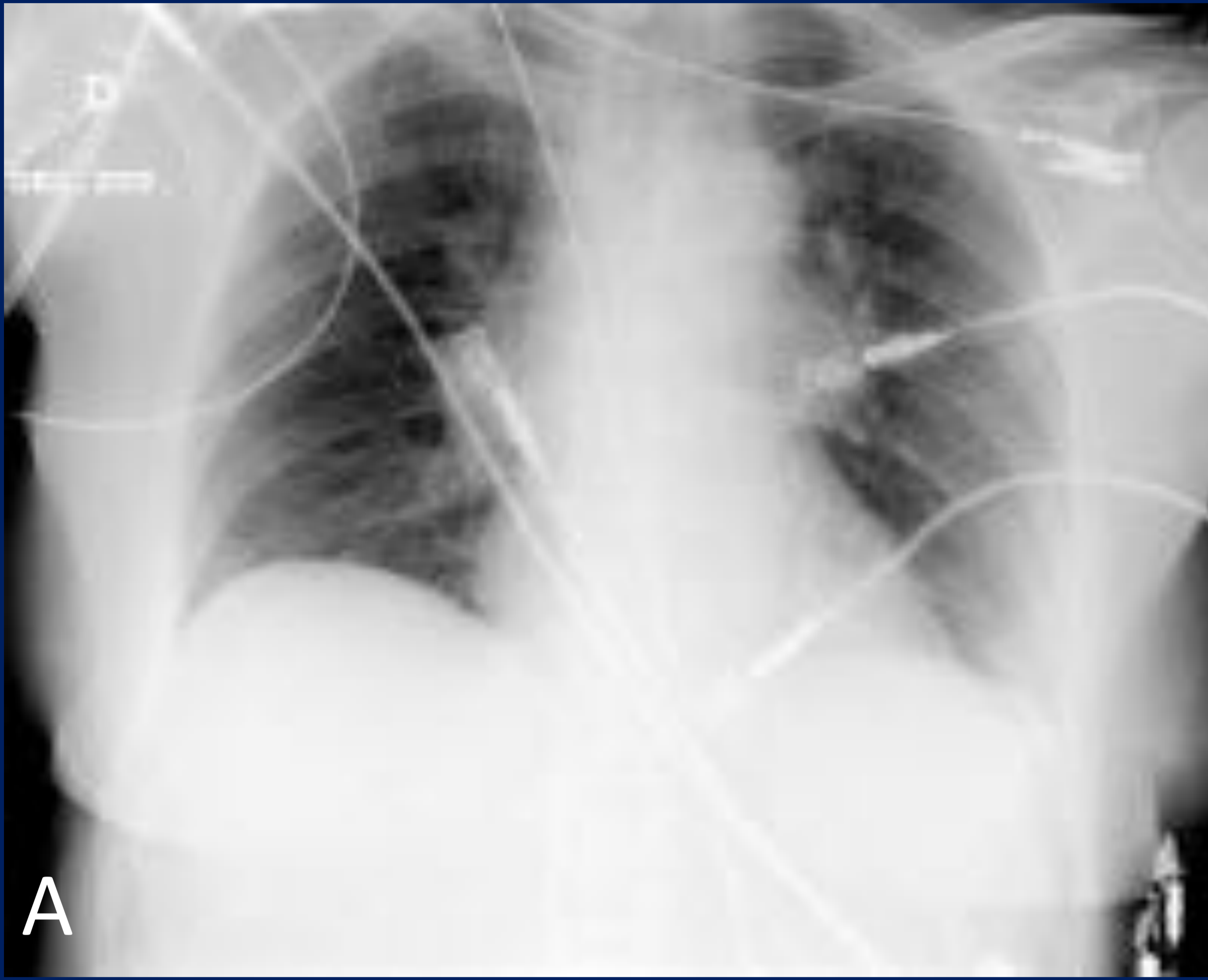
Juicio diagnóstico: posible S. Boerhave.

Ante la sospecha clínica se realiza cirugía urgente en la que se demostró adenocarcinoma de esófago perforado

6- OTRAS. Hematoma Aórtico

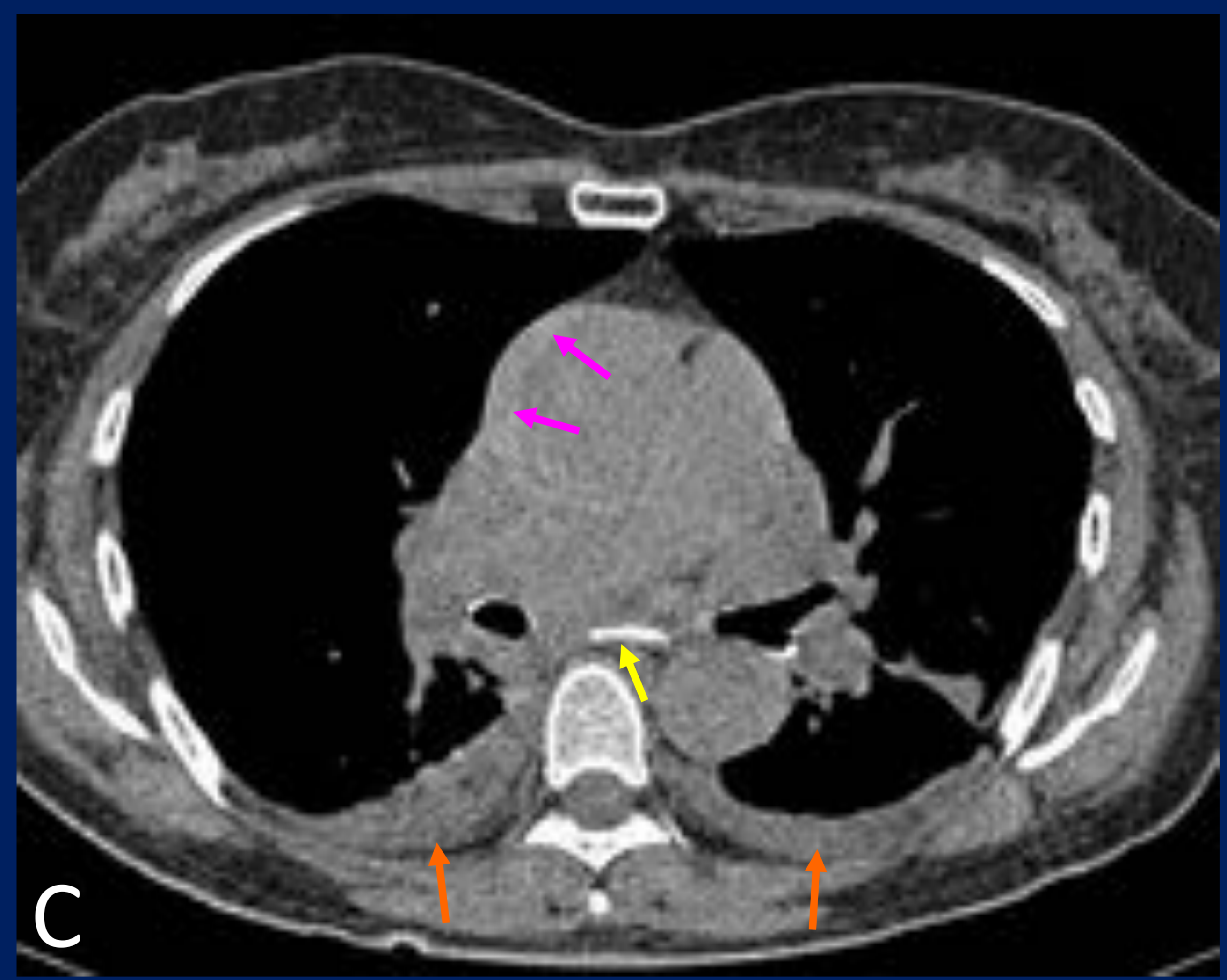
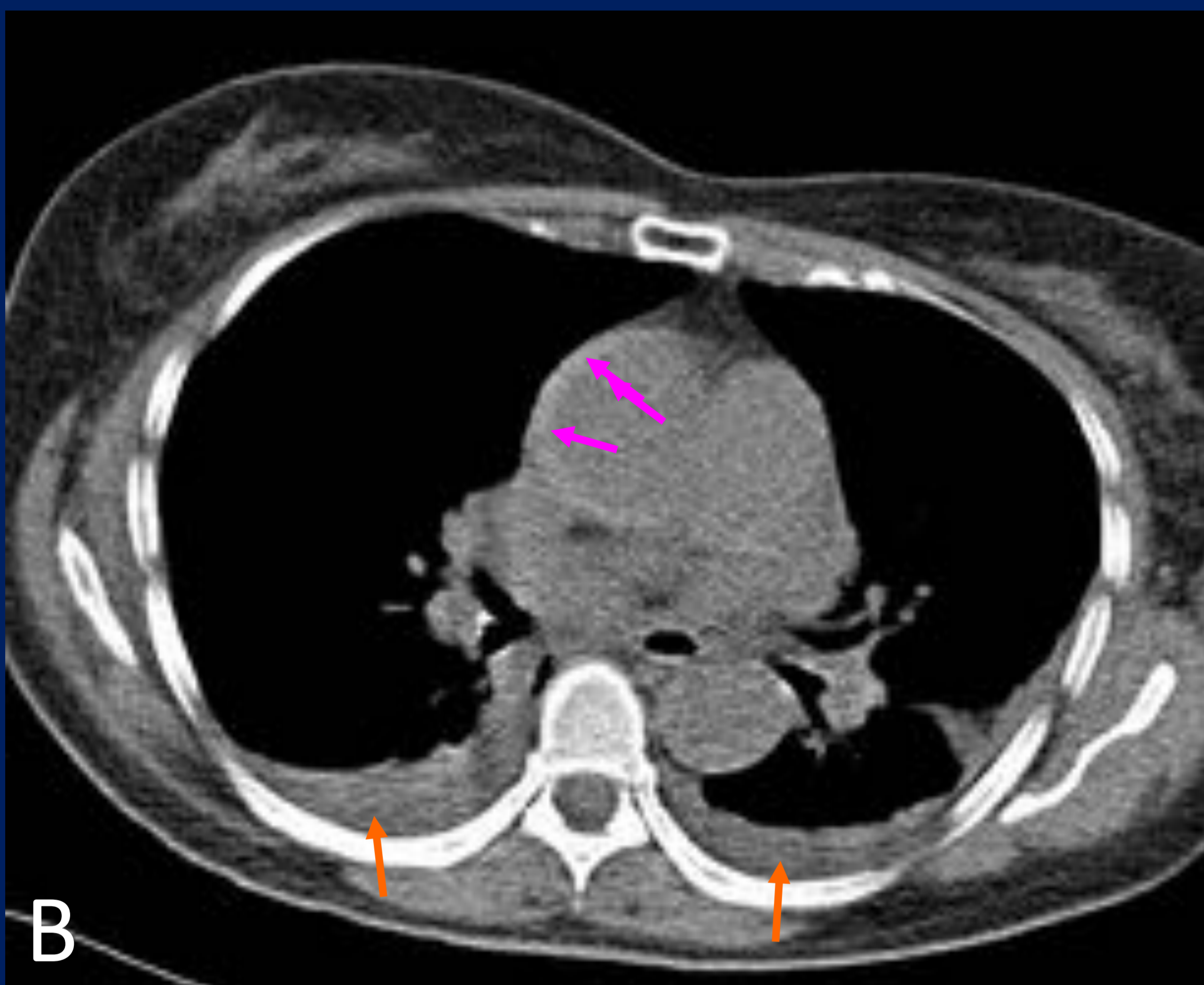
Mujer 72 a.

A.P de gastritis crónica. Acude por dolor precordial transfixiante de media hora de evolución. Valoración cardiológica normal. Epigastralgia, anemia, palidez. Sospecha de eventual sangrado. Descartar perforación gastro-esofágica dados los antecedentes.



RX TÓRAX AP decúbito supino (A)

A pesar de la proyección, impresiona de ensanchamiento mediastínico.



TAC TORÁCICO basal cortes axiales (B y C)

En la pared lateral de la aorta ascendente se objetiva imagen hiperdensa con morfología “en semiluna” (→), sugestiva de hematoma intramural agudo.

Tras administrar gastrografín® por vía oral, se rellena la luz esofágica (→) sin demostrar extravasación del mismo que sugiera perforación esofágica.

Discreto derrame pleural bilateral (→)

TAC TORÁCICO + c.i.v. corte coronal (D)

Con contraste i.v se demuestra el defecto de replección extrínseco en la pared de la aorta ascendente, desde la raíz al origen braquiocefálico, congruente con hematoma mural aórtico