

<b>Caso</b>	(126) Rotura esofágica espontánea con fístula esófago-pleural
<b>Autores</b>	Andoni López Maseda, Enrique García-serrano Fuertes, Asier Garmendia Zabaleta, Jon González Ocio, Sara García Balaguer, Leire Prada San Martín, Mikel Elgezabal Gómez
<b>Centro</b>	Hospital Universitario De Cruces

## EXPOSICIÓN DEL CASO

Varón de 81 años, con antecedentes de hipertensión arterial, diabetes tipo 2, adenocarcinoma de duodeno intervenido 7 años atrás mediante duodenopancreatectomía cefálica de Whipple y enfermedad de Alzheimer moderada, motivo por el cual se encuentra institucionalizado. Es traído al Servicio de Urgencias de nuestro hospital por cuadro de astenia, disnea y dolor torácico de aproximadamente 24h de evolución. Refiere dolor a la palpación en costado izquierdo. Tanto el paciente como los cuidadores no refieren antecedente de traumatismo reciente.

Se realiza analítica sanguínea, presentando una elevación de la Proteína C Reactiva (PCR) de 218,8 mg/l y leucocitosis con desviación izquierda.

Se practican radiografía (Rx) de tórax en proyección anteroposterior y posterior Tomografía Computarizada (TC).

## DISCUSIÓN

Rx de tórax: se visualiza una colección densa de contornos bien definidos en hemitórax izquierdo, con márgenes obtusos que sugieren origen extrapulmonar. TC tras contraste: se aprecia derrame pleural izquierdo con realce de las láminas pleurales, indicativo de exudado pleural radiológico, con tendencia a la loculación. La mitad distal del esófago se encuentra marcadamente engrosada de manera circunferencial, llegando en algunos puntos a perder el plano graso de clivaje con la pleura parietal mediastínica izquierda. No se objetivan burbujas aéreas en el espesor del derrame pleural ni neumomediastino.

Tras la administración de contraste oral positivo, no se consiguen demostrar focos de contraste en el seno del derrame pleural izquierdo.

Pese a la ausencia de signos directos, los hallazgos resultan altamente sugestivos de perforación esofágica con fístula esófago-pleural.

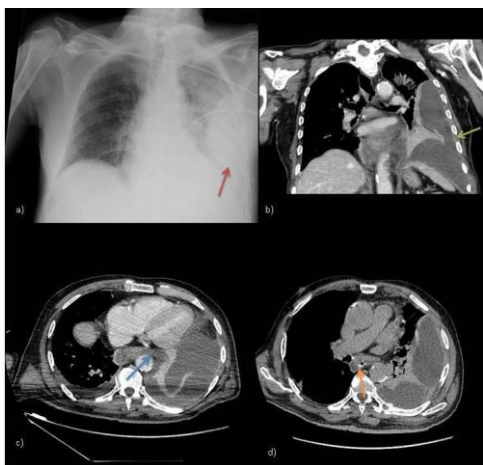
La perforación esofágica es un cuadro grave, con una elevada mortalidad, que requiere de diagnóstico y tratamiento quirúrgico urgentes de cara a aumentar la supervivencia. Tal es así, que un retraso de 13 horas en el tratamiento triplica la mortalidad de esta patología.

La prueba de elección en la urgencia para la valoración de la perforación esofágica es la TC con contrastes oral e intravenoso: el primero con el fin de hacer patente la solución de continuidad esofágica y el segundo para el despistaje de otras patologías (disección aórtica, por ejemplo).

El único signo directo, prácticamente patognomónico de perforación esofágica aunque difícil de observar, es la fuga de contraste extraluminal hacia el mediastino y/o hacia la pleura (en este último caso conformando una fístula broncopleural). Otros signos indirectos, más frecuentemente encontrados, son la presencia de neumomediastino, derrame pleural de predominio izquierdo (con burbujas aéreas en su interior para aumentar la especificidad), los cambios inflamatorios mediastínicos posteriores, colecciones líquidas periesofágicas y el engrosamiento parietal esofágico (algunos de estos signos indirectos visibles en el caso presentado).

## CONCLUSIÓN

La perforación esofágica es una patología severa que requiere de estudio mediante TC con contrastes intravenoso y oral de cara a su pronto diagnóstico y tratamiento. Existen signos directos (poco sensibles aunque muy específicos) e indirectos (más sensibles aunque inespecíficos) que facilitan la detección de la perforación esofágica.



*Imagen a): Rx de tórax que muestra una hiperdensidad bien definida en hemitórax izquierdo (flecha roja), de márgenes convexos y ángulos obtusos, indicativa de origen extrapulmonar. Imagen b): Corte coronal de CT tras administración de contraste intravenoso. Se objetiva derrame pleural loculado con realce pleural (flecha verde), indicativo de exudado pleural radiológico. Imagen c): Corte axial de CT tras contraste intravenoso. Llamativo engrosamiento circunferencial esofágico, apreciando contacto entre la teórica pared esofágica y la pleura mediastínica izquierda (flecha azul). Imagen d): Corte axial de TC tras administración de contraste oral, no pudiendo visualizar claro paso de contraste desde la luz esofágica (flecha naranja) hacia el derrame pleural izquierdo.*

## BIBLIOGRAFÍA

1. CT Features of Esophageal Emergencies. Young CA, Menias CO, Bhalla S, Prasad SR. RadioGraphics. 2008; 28:1541-53.
2. CT Esophagography for Evaluation of Esophageal Perforation. RadioGraphics. 2021; 41:447-61.
3. Helical CT Esophagography for the Evaluation of Suspected Esophageal Perforation or Rupture. American Journal of Roentgenology. 2014; 182:1177-9.