



IMAGEN DEL MES

Absceso intramural esofágico por disección mucosa y perforación esofágica contenida

Intramural oesophageal abscess by mucous dissection and contained oesophageal perforation

María del Mar Díaz Alcázar*, Alicia Martín-Lagos Maldonado,
José Luis Mundi Sánchez-Ramade y Adelina García Robles

UGC Aparato Digestivo, Hospital Universitario Clínico San Cecilio, Granada, España

Varón de 20 años, con dolor torácico y fiebre. En la tomografía computarizada torácica se observa una tumoración paravertebral fusiforme de $27 \times 30 \times 100$ mm indicativa de colección sobreinfectada (fig. 1). El tránsito esofágico con Gastrografín® descarta perforación (fig. 2). Se decide antibioterapia y exploración quirúrgica por datos de sobreinfección. La esofagogastroduodenoscopia intraoperatoria objetiva, a 30-36 cm de arcada dentaria, mucosa esofágica blanquecina con sufusiones hemorrágicas, efecto masa y 2 orificios por los que drena líquido purulento (fig. 3). Mediante toracoscopia lateral derecha se observa engrosamiento parietal del esófago, sin evidencia de formación quística. En las pruebas de imagen posteriores, reducción progresiva de la colección hasta su desaparición. Biopsias esofágicas en esofagogastroduodenoscopia de control, sin hallazgos histológicos.

La disección intramural esofágica consiste en la laceración de la mucosa, produciendo una disección longitudinal que separa mucosa y submucosa^{1,2}. Es una perforación contenida, la capa muscular permanece intacta¹⁻³. A través del defecto mucoso pueden acceder microorganismos, complicándose con un absceso intramural esofágico¹. Es un hallazgo raro, habitualmente iatrogénico en pacientes anticoagulados^{1,2}. Sin embargo, se presenta un caso idiopático en un paciente joven sin antecedente de manipulación



Figura 1 Corte sagital de tomografía computarizada torácica con contraste intravenoso en la que se observa colección paravertebral de morfología fusiforme, con leve realce periférico, que condiciona efecto masa sobre esófago.

* Autor para correspondencia.

Correo electrónico: mmardiazalcasar@gmail.com
(M.d.M. Díaz Alcázar).

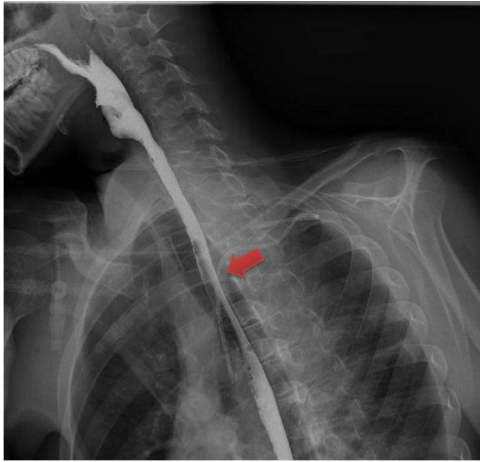


Figura 2 Imagen de tránsito esofágico con Gastrografin® en la que se objetiva paso de contraste a través de esófago, sin datos de fuga.



Figura 3 Imagen de endoscopia digestiva alta en la que se observa mucosa esofágica blanquecina con sufusiones hemorrágicas y 2 orificios en la mucosa.

endoscópica, ni vómitos, ni traumatismo. En pruebas de imagen puede observarse doble luz esofágica o, como en este caso, una colección paraesofágica hipodensa¹.

Bibliografía

1. Kumar S, Sakthivel MK, Bosemani T. Intramural esophageal abscess complicated with pleural fistula: A case report. *Cureus*. 2020;12:e6846, <http://dx.doi.org/10.7759/cureus.6846>.
2. Zhou B, Tan Y, Lv L, Liu D. Dysphagia and hematemesis caused by an intramural esophageal dissection. *Rev Esp Enferm Dig*. 2018;110:327–8, <http://dx.doi.org/10.17235/reed.2018.5471/2018>.
3. McNamee CJ, Meyns BP, Singh G, Black T. Treatment of chronic contained spontaneous esophageal perforations. *Dis Esophagus*. 2000;13:2–4.