



## IMAGEN DEL MES

### Perforación esofágica idiopática que simula quiste de duplicidad esofágico complicado

### Idiopathic oesophageal perforation mimicking complicated oesophageal duplicity cyst



Javier Gómez Sánchez\*, Miriam Alcaide Lucena, Ana Lucia Romera López y Benito Mirón Pozo

*Servicio de Cirugía General y del Aparato Digestivo, Hospital Clínico San Cecilio, Granada, España*

Presentamos el caso de un varón de 21 años sin antecedentes de interés ni hábitos tóxicos que consultó por epigastralgia, dolor torácico retroesternal, disfagia y fiebre de 3 días de evolución. Analíticamente presentaba una leucocitosis de  $16,41 \times 10^3 / \mu\text{l}$  (85% de neutrófilos) y una proteína C

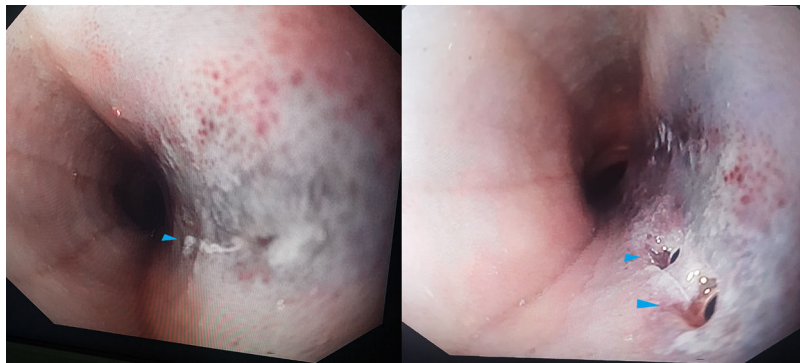
reactiva de 116 mg/l. Ante la sospecha clínica de tromboembolismo pulmonar, se completó estudio mediante angio-TAC, informando de quiste de duplicación esofágico complicado con sobreinfección y cambios inflamatorios sugerentes de mediastinitis [figura 1](#).



**Figura 1** Angio-TAC de tórax que informa de estructura fusiforme prevertebral, desde el nivel D5 hasta D9, con un tamaño aproximado de  $27 \times 30 \times 100$  mm, provocando efecto masa sobre el esófago, comprimiéndolo y desplazándolo anterolateralmente hacia la derecha, con un aumento de densidad de la grasa mediastínica, sugerente todo ello de quiste de duplicación esofágico complicado con sobreinfección y/o microperforación y mediastinitis asociada.

\* Autor para correspondencia.

Correo electrónico: [Javiergomezsanchez.jg@gmail.com](mailto:Javiergomezsanchez.jg@gmail.com) (J. Gómez Sánchez).



**Figura 2** Endoscopia digestiva alta intraoperatoria, en la que se evidencia en la mucosa esofágica sufusiones hemorrágicas de aspecto isquémico y el resultado tras la toma de biopsias y ampliación hidrostática de 2 pequeños orificios por los que drena espontáneamente líquido turbio purulento.

Ante una evolución clínica desfavorable con incremento del dolor, taquipnea y taquicardia, se decidió realizar toracoscopia por sospecha de mediastinitis. No se hallaron alteraciones quísticas esofágicas ni signos de mediastinitis franca, por lo que se realizó intraoperatoriamente endoscopia digestiva alta, evidenciándose 2 perforaciones de aspecto isquémico en la mucosa esofágica [figura 2](#) por los que drenaba espontáneamente líquido turbio purulento. Tras comprobar la ausencia de perforación transmural, se biopsiaron y ampliaron hidrostáticamente para favorecer el drenaje. Durante el ingreso se descartó enfermedad infectocontagiosa, autoinmune, esofagitis eosinofílica y malignidad. Recibió el alta con seguimiento en consulta tras endoscopia de control anodina.

La disección esofágica intramural constituye la laceración de las capas mucosa y submucosa sin perforación transmural esofágica, cuya etiología es aún desconocida<sup>1</sup>,

y que en ocasiones puede simular otras entidades como el quiste de duplicación esofágica complicado o la rotura esofágica<sup>2</sup>. Su manejo inicial es conservador, pero cuando este es insuficiente, en ocasiones es necesario el tratamiento endoscópico<sup>3</sup> incluso el quirúrgico.

### Bibliografía

1. Lee MH, Wu IC, Lee JY. Spontaneous intramural esophageal dissection mimicking esophageal rupture. *Kaohsiung J Med Sci.* 2017;33:102–3, <http://dx.doi.org/10.1016/j.kjms.2016.09.006>.
2. Kwon LM, Ha HI, Kim MJ, Hwang HJ, Lee K. Intramural esophageal dissection diagnosed on transabdominal ultrasonography. *Jpn J Radiol.* 2015;33:764–8.
3. Ooi M, Norton I. Spontaneous intramural esophageal dissection successfully treated by endoscopic needle-knife incision. *Gastrointest Endosc.* 2016;84:195–6, <http://dx.doi.org/10.1016/j.gie.2015.12.004>.