Nombre:	Laura
Apellido:	Díaz Rubia
Otros Autores:	Francisco Javier García Verdejo
E-mail:	laurix_dr@yahoo.es
Hospital:	Complejo Hospitalario Universitario de Granada
Ciudad:	Granada
Título:	HALLAZGOS RADIOLÓGICOS EN PACIENTE CON SÍNDROME DE BOERHAAVE
Presentación:	Se trata de un varón de 46 años con antecedentes de vértigos e hipoacusia de oído derecho en estudio. Acude a urgencias por disnea y dolor torácico de horas de evolución, desencadenado por vómitos tras una crisis vertiginosa. En la exploración clíníca destaca hipotensión y taquipnea con saturación del 90% e hipoforesis en hemitórax izquierdo. Se realiza una radiografía de tórax que muestra derrame pleural izquierdo y neumotórax a tensión. Tras esto y ante la gravedad del paciente se realiza una TC de tórax con contraste oral e intravenoso en la que se encuentra imagen lineal secundaria a paso de contraste a mediastino desde esófago a nivel de carina y repleción del espacio pleural por material de contraste oral que confirma la rotura esofágica, junto a neumotórax y derrame pleural izquierdo.
Discusión :	Nos encontramos con un caso de Síndrome de Boerhaave, que es, la ruptura esofágica espontánea tras vómitos. Esta entidad es una causa poco frecuente de perforación esofágica y presenta alta morbi-mortalidad por las complicaciones derivadas en la mayoría de los casos de la demora en el diagnóstico y tratamiento. La presentación clínica típica es la triada de Mackler (vómitos, dolor torácico y enfisema subcutáneo). Fisiopatológicamente el barotrauma inducido por la fuerza del vómito incoordinado con cierre pilórico y contracción diafragmática contra un cricofaríngeo cerrado, ocasionando una elevada presión intraluminal esofágica que termina provocando la ruptura completa de la pared izquierda esofágica seguido de disrupción pleural y paso del contenido gastroesofágico a mediastino y cavidad pleural originado una mediastinitis química.
Conclusión:	El síndrome de Boerhaave es una patología urgente. Aunque es poco frecuente, precisa un diagnóstico y tratamiento precoz debido a la elevada morbimortalidad que presenta. Las pruebas de imagen, en especial la radiografía de tórax y la TC, juegan un papel crucial en el diagnóstico.
Bibliografía:	1. Hiroyuki Ando, Yoshinori Shitara, Keigo Hara, Yasushi Mogami, Tsutomo Kobayashi, Toshiki Yajima, et al. Successful surgical treatment o spontaneous of the esophagus diagnosed two dayes after onset. Case Rep Gastroenterol. 2012;6:260-5. 2. Tonolini M, Bianco R. Spontanuous esophageal perforation (Boerhaave syndrome): Diagnosis with CT-esophagography. J Emerg Trauma Shock. 2013;6:58-60.
Pie de foto:	A la izquierda se observa radiografía de tórax que muestra derrame pleural y neumotórax izquierdo a tensión; Al centro, corte axial de TC de tórax que muestra neumotórax izquierdo y contraste oral en cavidad pleural izquierda secundario a perforación esofágica; a la derecha, corte coronal de TC de tórax tras colocar drenaje pleural izquierdo.