

Nombre:	Ángeles
Apellido:	Jalón Navas
Otros Autores:	Carmen Lozano Calero, Ana Villar Puerta, Blanca Morón Rodríguez, Olga Victoria Mayor Guerrero, Gerardo Blanco Eguren
E-mail:	angelesjalonnnavas@hotmail.com
Hospital:	Costa del Sol
Ciudad:	Marbella (Málaga)
Título:	LA GRAVEDAD ENMASCARADA DEL SÍNDROME DE BOERHAAVE
Presentación:	Varón de 52 años sin antecedentes personales relevantes, que acudió a urgencias por dolor costal izquierdo tipo pleurítico tras vómitos ocasionados por la ingesta excesiva de alcohol seguidos de ataques de tos. En la auscultación pulmonar se objetivó un murmullo vesicular disminuido junto con crepitantes supraclaviculares derechos. Se solicitó una radiografía de tórax donde se identificó neumomediastino junto con enfisema subcutáneo y derrame pleural. Ante estos hallazgos se sospechó una posible rotura esofágica realizándose un TC de tórax con contraste oral que corroboró el neumomediastino así como la presencia de un neumotórax anterior bilateral junto con derrame pleural bilateral, además de la presencia de fuga de contraste a nivel del esófago distal. El diagnóstico radiológico fue de síndrome de Boerhaave con perforación esofágica complicada con neumomediastino y neumotórax que se confirmó tras la cirugía.
Discusión :	El síndrome de Boerhaave es una entidad infrecuente 1/6000 con elevada morbimortalidad que se debe a laceración transmural completa esofágica como consecuencia de un barotrauma. Su complicación más severa es la mediastinitis que se presenta con fiebre e inestabilidad hemodinámica que puede desembocar en un shock séptico y en la muerte (30-50%) a pesar de un tratamiento temprano y apropiado, como ocurrió en este caso.
Conclusión:	La mediastinitis es una entidad clínica grave con una alta mortalidad que requiere un diagnóstico y tratamiento precoz. El radiólogo desempeña un papel crucial en el manejo clínico de estos pacientes ya que puede establecer un diagnóstico de sospecha desde la placa simple de tórax.
Bibliografía:	Guasch I, Staitie AM, Quintero JC, López P, González AC, Margelí VD. Neumomediastino espontáneo y secundario no traumático: signos radiológicos. ¿Cómo distinguirlos? SERAM [Internet]. 2014 [citado 1 Mar 2017]. Silva A, Barros D, Raddatz A. Neumomediastino espontáneo (síndrome de Hamman): una entidad poco frecuente no siempre reconocida. Rev Chil Cir. 2013. 65 (5) Martínez P, Espinosa D, Hernández L, Triviño A. Mediastinitis. Arch Bronconeumol. 2011; 47 (Supl 8) 32-36.
Pie de foto:	(A) Radiografía de tórax muestra neumomediastino (flecha larga) junto con enfisema subcutáneo más marcado a nivel supraclavicular derecho (flecha corta) y derrame pleural. Cortes axiales TC de tórax: (B) muestra abundante enfisema subcutáneo (flecha), (C) revela neumomediastino (flecha larga) con neumotórax anterior bilateral (flecha corta) y (D) pone de manifiesto el contraste fugado en esófago distal (flecha) sugerente de perforación esofágica junto con derrame pleural bilateral.