



ternal. Se realiza radiografía de tórax urgente no evidenciándose aire mediastínico por lo que se procede a la realización de un esofagogastroscoopia que demuestra la presencia a nivel de tercio medio e inferior esofágico de una laceración profunda de la mucosa de unos 10 centímetros de longitud que afecta a parte de la muscular sin presentar un sangrado activo en el momento de la exploración y que impresiona como producido por la salida de un cuerpo extraño en el vómito (Figs. 1A y 1B).

Se procede a la realización de una TAC de tórax y abdomen con contraste no evidenciándose salida de aire ni contraste a mediastino ni cavidad peritoneal. Se instaura tratamiento antibiótico intravenoso con piperacilina/tazobactam, e inhibidores de la bomba de protones intravenosos permaneciendo el paciente en dieta absoluta. La evolución fue satisfactoria no apareciendo signos de perforación. A los 6 días se repitió la esofagogastroscoopia observando la misma laceración en fase de re-epitelización y con algunos restos de fibrina comenzando posteriormente el paciente tolerancia progresiva a la dieta oral (Fig. 1C). Se realizó endoscopia de control a los 35 días apreciándose un esófago de aspecto normal (Fig. 1D).

La ruptura intramural esofágica (RIE) es la lesión aguda traumática esofágica menos frecuente, se define como una laceración más profunda que el síndrome de Mallory-Weiss pero que no se extiende a través de la totalidad de la capa muscular. El mecanismo desencadenante es habitualmente el vómito, la tos o un incremento rápido de la presión intraabdominal. Sin embargo, también ha sido relacionada con trastornos de la coagulación, escleroterapia de varices esofágicas, instrumentación endoscópica, presencia de cuerpos extraños y en pacientes sanos (1). Las lesiones más profundas que afectan a la muscular propia pueden, sin embargo, propiciar una perforación esofágica o síndrome de Boerhaave (2).

La presentación clínica más frecuente es el dolor centrotorácico que puede ser muy intenso obligando a descartar patología cardíaca y de grandes vasos torácicos. Otros síntomas son la disfagia, odinofagia y hematemesis habitualmente de menor cuantía y más autolimitada que en el síndrome de Boerhaave y en el síndrome de Mallory-Weiss (3).

El diagnóstico se realiza por esofagogastroscoopia, la RIE suele ser de gran longitud, profundidad y proximal a la unión esofagogástrica en el 20-30% de los casos (4). En pacientes donde exista la duda de una posible perforación es obligado la realización de TAC de tórax y abdomen con el fin de determinar la necesidad de una actitud quirúrgica precoz. La mayoría de los pacientes responden satisfactoriamente a un manejo conservador consistente en sueroterapia de soporte y no siendo precisa la cirugía en ausencia de signos clínicos y radiológicos de perforación, no apareciendo generalmente secuelas esofágicas a largo plazo (5).