

los que incluiríamos el antecedente de tratamiento radioterápico abdominopélvico.

JOSÉ BARQUERO-ROMERO^a, GEMA GARCÍA GARCÍA^a
E ISAAC AMBEL ALBARRÁN^b

^aServicio de Medicina Interna. Hospital Perpetuo Socorro. Complejo Hospitalario Universitario de Badajoz. Servicio Extremeño de Salud. Badajoz. España.

^bServicio de Cirugía General. Complejo Hospitalario Universitario de Badajoz. Servicio Extremeño de Salud. Badajoz. España.

BIBLIOGRAFÍA

1. Morales García D, Bernal Marco JM, Naranjo Gómez A. Colic ischemia mimicking carcinoma. *Rev Esp Enferm Dig.* 2005;97:66-7.
2. Huang CJ, Huang TJ, Hsieh JS. Pseudo-colonic carcinoma caused by abdominal actinomycosis: report of two cases. *Int J Colorectal Dis.* 2004;19:283-6.
3. García Marcos S, Borrego FJ, Martínez de la Victoria JM, Sánchez Perales C, García Cortes MJ, Pérez del Barrio P, et al. Ileocecal tuberculosis during hemodialysis simulating carcinoma of the colon: *Nefrologia.* 2001;21:314-8.
4. Varras M, Kostopanagiotou E, Katis K, Farantos C, Angelidou-Manika Z, Antoniou S. Endometriosis causing extensive intestinal obstruction simulating carcinoma of the sigmoid colon: a case report and review of the literature. *Eur J Gynaecol Oncol.* 2002;23:353-7.
5. Brandt LJ, Katz HJ, Wolf EL, Mitsudo S, Boley SJ. Simulation of colonic carcinoma by ischemia. *Gastroenterology.* 1985;88:1137-42.
6. Barbosa Rodríguez JL, Fernández González MC, Gallego Hernández A, Paya Pardo JM, Ruiz de León San Juan A. Ischemic colitis simulating cancer. *Rev Esp Enferm Apar Dig.* 1981;60:395-8.
7. Nguyen KT, Place CR, Mackie KW. Localized colonic ischemia simulating annular carcinoma. *Can Assoc Radiol J.* 1987;38:141-2.
8. Sreenarasimhaiah J. Diagnosis and management of intestinal ischaemic disorders. *BMJ.* 2003;326:1372-6.
9. Korotinski S, Katz A, Malnick SD. Chronic ischaemic bowel diseases in the aged: go with the flow. *Age Ageing.* 2005;34:10-6.
10. Israeli D, Dardik H, Wolodiger F, Silvestri F, Scherl B, Chessler R. Pelvic radiation therapy as a risk factor for ischemic colitis complicating abdominal aortic reconstruction. *J Vasc Surg.* 1996;23:706-9.
11. Stukenborg GJ, Keim J, Theodorescu D. Cancer incidence after localized therapy for prostate cancer. *Cancer.* 2006;107:991-8.



ROTURA ESOFÁGICA ESPONTÁNEA COMO INICIO DE UNA ESOFAGITIS EOSINOFÍLICA

Sr. Director: El término «rotura esofágica» define la pérdida de solución de continuidad de la pared esofágica en todo su espesor, de tal forma que se establece una comunicación entre la luz esofágica y los tejidos que la rodean¹. Las causas de rotura esofágica son muy variadas, desde las de origen intraluminal hasta las de origen extraluminal, pasando por las roturas espontáneas². La rotura esofágica secundaria al vómito, descrita como síndrome de Boerhaave, representa aproximadamente el 21% de los casos, y es la segunda causa en el global de las roturas³.

A continuación presentamos el caso de un varón de 35 años, sin antecedentes personales de interés que, tras la ingesta de fabes, acude a urgencias por presentar intolerancia alimentaria, disfagia y vómitos de repetición asociados a un dolor abdominal localizado en el epigastrio. La



Fig. 1. Fabe en esófago medio.



Fig. 2. Extracción de fabe con asa de diatermia.

exploración física era normal, y no se detectaron alteraciones en la analítica y la radiografía de tórax de urgencias.

Se realizó una gastroscopia, que demostró la presencia de una fabe, a 35 cm de la arcada dentaria (fig. 1), que se extrajo con asa de diatermia (fig. 2). Debajo del cuerpo extraño se observó un desgarramiento muy profundo de 5 cm de longitud, de fondo fibrinoso, con un coágulo rojo adherido en su porción más distal (figs. 3 y 4). Posteriormente, se solicitó una tomografía computarizada (TC) cervicotorácica, que puso de manifiesto la presencia de una lengüeta que rodea al esófago en todo su trayecto intratorácico, así como una pequeña cantidad de neumomediastino de localización posterior, en relación con la perforación esofágica. Se solicitó un estudio esofagogastroduodenal (EGD), y se realizó la prueba con contraste hidrosoluble, sin observar fuga de contraste.



Fig. 3. Desgarro en tercio medio esofágico.



Fig. 4. Se observa un coágulo en la porción más distal del desgarro.

A la vista de estos resultados, se decidió el ingreso del paciente en el servicio de cirugía general, donde se instauró tratamiento conservador con dieta absoluta y antibioterapia. El paciente evolucionó sin presentar ninguna sintomatología. Se realizó una TC de control el séptimo día de ingreso, en la que se observaba un esófago de características normales y la ausencia de neumomediastino, al igual que en el EGD, donde no se observaron fugas de contraste, por lo que se le dio el alta hospitalaria.

Tres meses después, el paciente acudió a la consulta de aparato digestivo, donde se le realizó una gastroscopia que puso de manifiesto la presencia de aisladas ondas concéntricas en el esófago medio; se tomaron biopsias de la zona yuxtacardial, el esófago medio y el esófago superior, con el resultado de esofagitis eosinofílica.

La esofagitis eosinofílica es un proceso crónico que se caracteriza por la infiltración de la mucosa esofágica por un alto número de eosinófilos, en ausencia de afectación de otros tramos del tubo digestivo. Los síntomas más frecuentes son la disfagia intermitente con fenómenos de impactación esofágica y los síntomas de reflujo resistentes a la terapia antitácida. Lo particular del caso que presentamos es que el paciente no

refería antecedentes de disfagia ni episodios de impactación alimentaria, y se inicia con un síndrome de Boerhaave, que conduce al diagnóstico posterior de esofagitis eosinofílica.

SILVIA GÓMEZ SENENT, LUISA ADÁN MERINO,
 CONSUELO FROILÁN TORRES, ROCÍO PLAZA SANTOS
 Y JOSÉ MANUEL SUÁREZ DE PARGA
 Servicio de Aparato Digestivo. Hospital Universitario La Paz.
 Madrid. España.

BIBLIOGRAFÍA

1. Pate JW, Walter WA, Cole FH Jr. Spontaneous rupture of the esophagus: a 30-year experience. *Ann Thorac Surg.* 1989;47:689.
2. Herbella FA, Matone J, Del Grande JC. Eponyms in esophageal surgery, part 2. *Dis Esophagus.* 2005;18:4.
3. Brauer RB, Liebermann-Meffert D, Stein HJ. Boerhaave's syndrome: analysis of the literature and report of 18 new cases. *Dis Esophagus.* 1997;10:64.