

Hematoma intramural esofágico

Julián D. Martínez M. MD.¹ Mario H. Rey T. MD.¹ Juan C. Marulanda G. MD.¹ Martín A. Garzón O. MD.¹
Juan C. Molano V. MD.¹

RESUMEN

El hematoma intramural esofágico es una patología poco frecuente, que puede ser ocasionada por barotrauma de la pared esofágica secundaria a náuseas, vómitos, por cuerpos extraños, por manipulación endoscópica o por condiciones predisponentes como la terapia anticoagulante. En muchos pacientes no existen estos antecedentes y entonces se denomina "espontáneo".

Informamos nueve casos atendidos en nuestra institución.

Palabras Clave

Hematoma esofágico, hematoma intramural, disecación intramural, ruptura intramural espontánea.

SUMMARY

Intramural esophagic hematoma is a rare pathology, which could be caused by barotrauma secondary to nausea, vomiting, foreign bodies, endoscopy, or predisponent conditions such as anticoagulant therapy. In many patients there are not such antecedents so the condition is named "spontaneous".

We report nine cases seen in our institution.

Key Words

Esophagic hematoma, intramural hematoma, intramural dissection, spontaneous esophagic rupture.

PRESENTACIÓN DE CASOS

Informamos una serie de nueve pacientes con hematomas esofágicos espontáneos, atendidos en nuestra institución en un período de cinco años (entre 1999 y 2004). Todos los pacientes fueron ancianos con promedio de edad de 72,7 años (rango de 60 a 86

años) y con un predominio del género femenino del 55%. Su principal manifestación fue la hematemesis en el 89%, seguido del dolor torácico en 33%.

En solo un paciente se identificó un factor predisponente (impactación por un bolo alimentario). Un paciente requirió manejo quirúrgico, los restantes mejoraron con medidas médicas. No hubo mortalidad.

¹Unidad de Gastroenterología. Hospital Universitario de la Samaritana, Centro Médico ENDOCENTRO, Bogotá DC.

La estancia hospitalaria fue en promedio de 5 días. La información se resume en la tabla 1.

COMENTARIOS

El hematoma intramural esofágico (HIE) es un hallazgo poco frecuente y constituye un verdadero reto diagnóstico; fue descrito inicialmente por Williams en 1957 (1).

En 60% de los afectados se identifican factores predisponentes tales como la realización previa de esofagoscopias diagnósticas o terapéuticas (dilataciones, escleroterapia), impactaciones alimentarias, úlceras por píldoras, o alteraciones de la coagulación. En algunos pacientes existe el antecedente de náuseas y vómitos por lo que tradicionalmente se ha considerado consecuencia una lesión (disección y hemorragia) entre las capas mucosa y muscular esofágica, secundaria al barotrauma. Es decir, una lesión intermedia entre el síndrome de Mallory Weiss (desgarro mucoso) y el síndrome de Boerhaaven (ruptura transmural) de la pared por cambios súbitos de la presión intraesofágica. En muchos pacientes (cerca del 37%) no existe ningún antecedente claramente

identificado; es así que muchos casos son considerados como “espontáneos” (2, 3, 4, 5, 6, 7).

Su manifestación clínica más frecuente es el dolor torácico agudo en el 87% de los casos, que puede aumentar con la deglución. La hematemesis es otra manifestación frecuente (en más del 70% de los pacientes), hasta el 26% de los casos pueden presentar disfagia y odinofagia (2, 8, 9).

El 80% de los afectados son mujeres con edades superiores a los 65 años en contraposición a los síndromes de Mallory Weiss y de Boerhaaven que son dos veces más frecuentes en los hombres (9).

El diagnóstico se realiza en la EGD al observar una masa violácea que ocupa parcial o totalmente la luz esofágica, la cual no se debe intentar remover o franquear por riesgo grave de inducir sangrado o perforar el órgano. (Figura 1 y 2) Los Rx de tórax pueden mostrar ensanchamiento mediastinal o derrames pleurales, además de ser útiles en el diagnóstico diferencial de otras causas de dolor torácico neumotórax, neumomediastino. El esofagograma puede mostrar interrupción de la mucosa y extravasación del

Tabla 1.

Paciente	Género	Edad en años	Dolor torácico	Disfagia	Sangrado digestivo	Factor predisponente	Manejo médico	Estancia en días
1	M	70	-	-	+	-	+	4 días
2	H	70	+	+	-	-	+	3 días
3	M	65	+	-	+	-	+	4 días
4	M	71	-	-	+	-	Qx	13 días
5	M	60	-	-	+	+	+	5 días
6	M	72	+	-	+	-	+	5 días
7	H	78	-	-	+	-	+	5 días
8	H	83	-	+	+	-	+	7 días
9	H	86	-	-	+	-	+	4 días

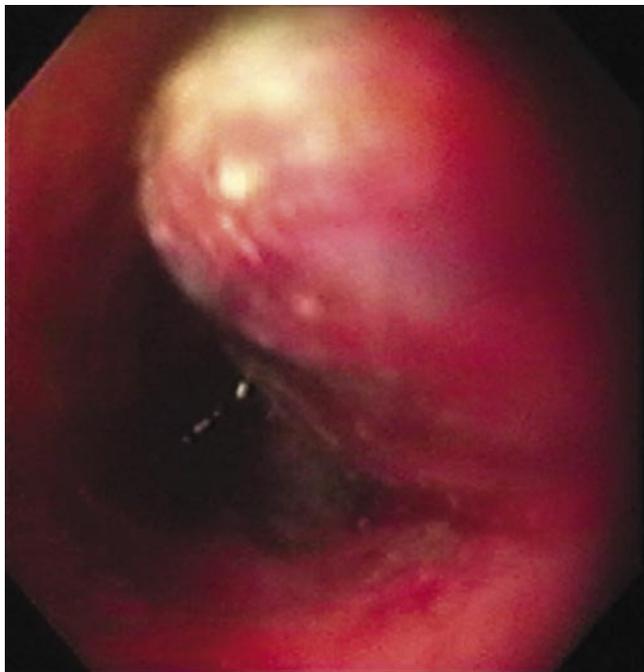


Figura 1. Hematoma intramural esofágico.

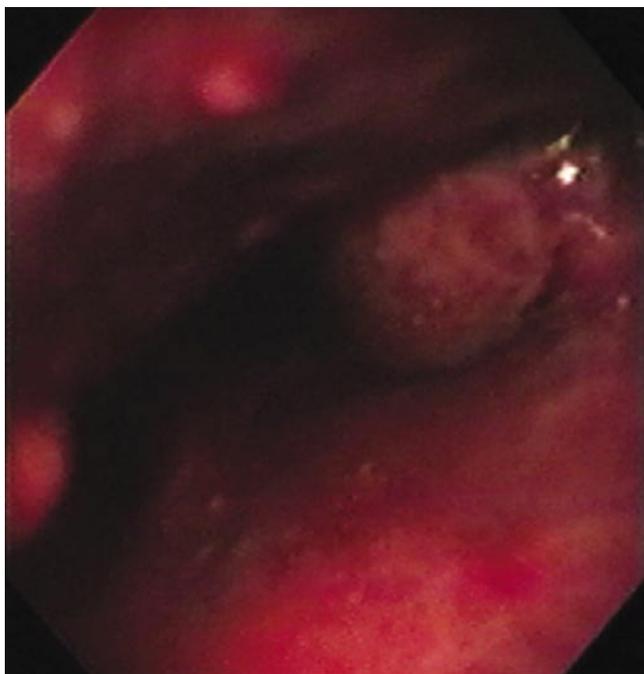


Figura 2. Hematoma intramural esofágico.

medio de contraste de la luz hacia el interior de la pared, produciendo un signo en banda o en franja y generalmente estas lesiones se localizan en el lado posterior del órgano (2, 9, 10).

La TAC torácica puede mostrar: ensanchamiento mediastinal y una masa intraesofágica ovoide o fusiforme, de densidad similar a la sangre que se extiende distalmente hacia el cardias y puede ser inseparable de la pared. La TAC helicoidal es de gran ayuda en el diagnóstico de enfermedades aórticas como aneurismas drenados al esófago. (11) La apariencia del hematoma a la endosonografía se ha reportado como una masa hipoecoica de la pared esofágica (12).

El manejo conservador con observación continua y soporte es la recomendación actual. Inicialmente se suministrará una dieta líquida y a las 72 horas se cambiará por dieta blanda. En caso de no tolerancia a la vía oral se iniciará alimentación parenteral. Los medicamentos procinéticos no se recomiendan y los inhibidores de la secreción gástrica se han sugerido para disminuir el riesgo de ulceraciones esofágicas. En pacientes con alteraciones de la coagulación, estas deben ser corregidas. Controles endoscópicos posteriores no son necesarios y cuando se han realizado mostraron curación completa de la pared esofágica ya que los hematomas se resuelven en un promedio de 10 a 14 días (9, 13).

Algunos autores han informado el tratamiento endoscópico (endoscopic division) con electro-bisturí de pacientes con grandes hematomas y que no responden al tratamiento conservado; este manejo conlleva un gran riesgo de hemorragia y perforación (14, 15).

El manejo quirúrgico (toracotomía derecha y esofagotomía) sólo está indicado en casos de sangrado masivo no controlado médicamente, perforaciones o para el drenaje de abscesos y se ha utilizado en 5 de 31 pacientes informados en la literatura mundial (3, 9, 13, 16).

Referencias

1. Williams, B., Oesophageal laceration following remote trauma, *Br J Radiol*, 1957, 30: 666-668.
2. Geller, A.; Gostout, CJ., Esophagogastric haematoma mimicking a malignant neoplasm: clinical manifestations, diagnosis and treatment, *Mayo Clin Proc*, 1998, 73: 342-345.
3. Radebold, K., "Esophageal Hematoma", www.emedicine.com/med/topic737.htm
4. Meininger, M.; Bans, M.; Yusuf, S., Esophageal intramural hematoma, *Gastrointestinal Endosc*, 2002, 56: 1-5.
5. Joffe, N.; Millan, VG., Post emetic dissecting intramural hematoma of the esophagus, *Radiology*, 1970, 379-380.
6. Yamashita, K.; Okuda, H.; Fukushima, H., A case intramural esophageal haematoma: Complication of anticoagulation with heparin, *Gastrointestinal Endosc*, 2000, 52: 16-17.
7. Gluck, M.; Jiranek, G.; Low, D.; Kozarek, R., Spontaneous intramural rupture of the esophagus, *Gastrointestinal Endosc*, 2002, 56: 18-19.
8. Kerr, WF., Spontaneous intramural rupture and intramural haematoma of the esophagus, *Thorax*, 1980, 35: 890-997.
9. Steadman, C.; Kerlin, P.; Crimmins, F.; Dell, J.; Robinson, D.; Dorrington, L., Spontaneous intramural rupture of the esophagus, *Gut*, 1990, 31: 845-849.
10. Restrepo, S.; Solano, G.; Serrano, LF., "Hematoma intramural esofágico: Diagnóstico por TAC de 4 nuevos casos", en revista *Colomb Gastroenterol*, 2000, 5: 31-39.
11. Maher, MM.; Murphy, J.; Devan, P.; Connell, DO., Aorto-esophageal fistula presenting as a submucosal esophageal hematoma, *Br J Radiol*, 1998, 71: 972-974.
12. Mion, F.; Bernard, G.; Valette, PJ.; Lambert, R., Spontaneous esophageal haematoma: diagnostic contribution of echo-endoscopy, *Gastrointestinal Endosc*, 1994, 40: 503-505.
13. Phan, GQ.; Heimiller, RF., Intramural esophageal dissection, *Ann Thorac Surg*, 1997, 63: 1785-1786.
14. Murata, N.; Kuroda, T.; Fujino, S.; Murata, M., Submucosal dissection of the esophagus: case report, *Endoscopy*, 1991, 23: 95-97.
15. Jung, KW.; Lee, OJ., Extensive spontaneous submucosal dissection of the esophagus: long-term sequential endoscopic observation and treatment, *Gastrointestinal Endosc*, 2002, 55: 1-5.
16. Folan, RD.; Smith, RE.; Head, JM., Esophageal hematoma requiring emergency surgical intervention, *Dig Dis Sci*, 1992, 37: 1918-1921.