

Hematoma esofágico espontáneo

Spontaneous esophageal hematoma

Javier Alberto Preciado Aponte, MD,¹ Diego Mauricio Aponte Martin, MD.²

¹ Especialista en Cirugía general. Fellow de Gastroenterología y Endoscopia digestiva, Fundación Universitaria Sanitas, Clínica Universitaria Colombia, Clínica Reina Sofía, Bogotá, Colombia

² Especialista en Medicina interna. Gastroenterólogo, Clínica Universitaria Colombia, Clínica Reina Sofía. Coordinador académico programa de Gastroenterología y Endoscopia digestiva, Fundación Universitaria Sanitas, Bogotá, Colombia

Fecha recibido: 18-01-12
Fecha aceptado: 15-05-12

Resumen

El hematoma espontáneo del esófago es una manifestación poco frecuente de lesión esofágica. El dolor torácico, la disfagia y la hematemesis son los síntomas más comunes de presentación, los cuales se resuelven espontáneamente en la mayoría de los casos. El conocimiento de esta patología es importante para un manejo adecuado y evitar así las intervenciones quirúrgicas y tratamientos innecesarios.

Palabras clave

Esófago, hematoma espontáneo, dolor torácico.

Abstract

Spontaneous intramural hematoma of the esophagus constitutes a rare spectrum of esophageal injuries. Chest pain, difficulty swallowing and hematemesis are the most common symptoms. They resolve spontaneously in most cases. Awareness of this condition is a vital guide for following up these cases and for avoiding inappropriate treatment and unnecessary surgical intervention. We report the case of a patient who presented with chest pain and hematemesis.

Key words

Esophagus, spontaneous hematoma, chest pain.

INTRODUCCIÓN

El sangrado intramural del esófago, espontáneo o traumático y asociado con disección de la submucosa constituye un cuadro clínico de lesión esofágica poco frecuente, denominado *hematoma esofágico* (1). Los síntomas más comunes son dolor torácico, disfagia y hematemesis; solo en el 35% de los casos se presentan los tres al tiempo, y el dolor torácico se destaca como el más frecuente y difícil de diferenciar de otras causas de dolor (2). El análisis de los factores fisiopatológicos sugiere como evento desencadenante, en el caso del hematoma espontáneo, un cambio súbito de presión secundario a deglución, Valsalva o tos, generalmente en pacientes mayores de 60 años de edad y

con ingesta de antiagregantes plaquetarios, anticoagulantes o sometidos a terapia trombolítica (2, 3). Dentro de los diagnósticos diferenciales en el servicio de urgencias están: infarto agudo de miocardio (IAM), disección aórtica y fístula aortoesofágica, entre otros. En la mayoría de los casos, el sangrado es autolimitado y no genera síntomas de hipovolemia, aunque en raras ocasiones se presenta como hemorragia masiva que afecta la estabilidad hemodinámica y la vida del paciente (4).

PRESENTACIÓN DEL CASO

Mujer de 67 años de edad que consultó al servicio de urgencias de la Clínica Reina Sofía (Bogotá) por cuadro de inicio

súbito de dolor torácico, retroesternal y opresivo. Al ingreso en el servicio de urgencias presentaba varios episodios de hematemesis abundante (mayor de 500 mL) asociada con diaforesis e hipotensión que requirió reanimación con cristaloideos y monitorización. Como antecedentes refería diabetes mellitus tipo 2 controlada, hipotiroidismo y dislipidemia en tratamiento, cuadrantectomía en seno izquierdo 40 años atrás por cistadenoma, ingesta de metformina 850 mg/día, levotiroxina 75 mg/día y ácido acetilsalicílico 100 mg/día. En el examen físico se encontró consciente, orientada, ansiosa, con una frecuencia cardíaca de 100 latidos por minuto, tensión arterial de 90/50 mm Hg, frecuencia respiratoria de 20 respiraciones por minuto, saturación de oxígeno de 90% con FIO₂ de 28%, palidez generalizada y sin hallazgos patológicos a la auscultación cardiopulmonar ni en el resto del examen. Se realizaron paraclínicos que reportaron: hemoglobina al ingreso de 14 g/dL y hematocrito de 38%; leucocitos de 11 100, con neutrófilos de 85% y linfocitos de 12%; plaquetas de 255 000; tiempo de protrombina de 11 segundos con control de 10,6 e INR de 1,03; creatinina de 1,1 mg/dL y nitrógeno ureico de 22 mg/dL. Se llevó a cabo una hemoglobina de control luego de los episodios hemateméticos y de la reanimación volumétrica con resultado de 9,5 g/dL y hematocrito de 30%.

Se realizó endoscopia digestiva alta con la que se encontró abundante material hemático en el cricofaríngeo, con gran hematoma inmediatamente distal a él, de aspecto azulado y mucosa pálida, que se extendía hasta la unión esofagogástrica y ocupaba el 50% de la luz (figura 1). Dado el tamaño del hematoma y el episodio de hematemesis abundante con compromiso hemodinámico, se solicitó tomografía axial computarizada (TAC) de tórax de alta resolución, la cual reportó hematoma esofágico que comprometía toda su extensión, con obstrucción parcial de la luz, desviación posterior y a la izquierda de la aorta torácica; se descartó patología vascular asociada (figuras 2 y 3). Se decidió continuar el manejo médico con el traslado de la paciente a la unidad de cuidados intensivos (UCI) para monitorización hemodinámica, en donde permaneció durante 48 horas sin nuevos episodios de sangrado ni anemia; no requirió transfusiones sanguíneas. Al cuarto día se inició dieta líquida con leve disfagia, la cual mejoró al sexto día. La paciente fue dada de alta con orden de control por consulta externa. Se realizó esofagogastroduodenoscopia a los 6 meses del episodio de sangrado, y esta mostró una cicatriz en la unión esofagogástrica, sin compromiso funcional (figura 4).

DISCUSIÓN

El esófago es un órgano susceptible a lesiones agudas de causa extrínseca tales como ingesta de cuerpos extraños, impactación de alimentos, instrumentación para procedi-

mientos diagnósticos o terapéuticos y sondas nasogástricas de larga permanencia; también por trauma de origen intrínseco secundario a procesos como arcadas nauseosas, vómito, eructos o tos (5).

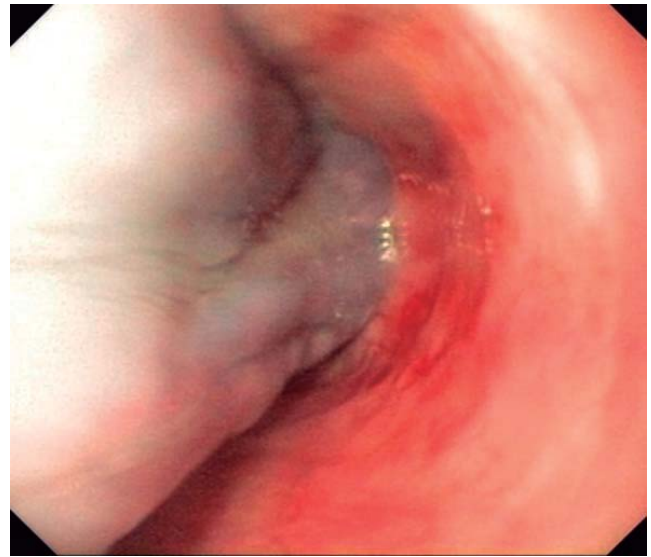


Figura 1. Hematoma en tercio distal y unión esofagogástrica.

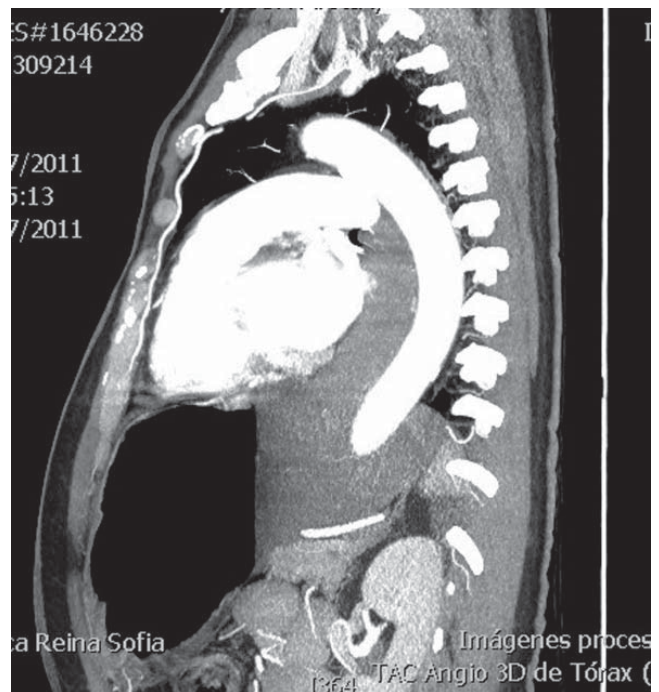


Figura 2. TAC de tórax: corte sagital. Gran hematoma que desvía posteriormente la aorta torácica.

El espectro de esta lesión va desde desgarro mucoso (síndrome de Mallory-Weiss) hasta laceración transmural (sí-

drome de Boerhaave) pasando por hematoma disecante, el cual es el menos frecuente de los tres. Los informes en la literatura son en su mayoría reportes de casos, con una revisión sistemática que recolectó 119 pacientes de 87 estudios publicados desde 1968, desarrollada por Jaejun Shim y colaboradores (1). Dentro de los factores asociados se encuentran: edad, consumo crónico de ácido acetilsalicílico y anticoagulantes, terapia trombolítica, hipertensión portal y antecedente de escleroterapia esofágica para sangrado variceal en pacientes cirróticos. La fisiopatología descrita comienza con una hemorragia en la submucosa, que se origina clásicamente en el esófago distal debido al menor soporte de órganos y de tejidos adyacentes en este punto, y que se extiende de manera proximal (2). El dolor torácico es el síntoma inicial y se debe diferenciar de: IAM, disecación y ruptura aórtica con fístula aorto-esofágica, úlcera péptica perforada o pancreatitis, para lo cual la historia clínica específica sobre los antecedentes cardiovasculares es de gran importancia.

diferentes grados de extensión y de obliteración de la luz (7). La ultrasonografía endoscópica confirma la ubicación submucosa del hematoma diferenciándolo de localizaciones extraesofágicas, principalmente hacia los tejidos blandos del mediastino posterior (5, 8). Generalmente la evolución es benigna y solo requiere medidas de soporte y suspensión de la ingesta. Los procedimientos endoscópicos de seguimiento no están indicados dado el alto riesgo de ruptura de un hematoma contenido. Las dos mayores complicaciones son obstrucción esofágica con disfagia severa y drenaje espontáneo del hematoma con sangrado masivo, lo que hace necesaria, en este caso, la intervención endoscópica y/o quirúrgica (8). Otra opción terapéutica descrita en caso de sangrado masivo es la embolización por angiografía, cuando la terapia endoscópica ha fallado y el riesgo quirúrgico es alto (1). Cuando se realiza endoscopia de control a los 7 a 14 días se encuentran úlceras sobre el área comprometida, que luego de 30 días, en la mayoría de los casos, no dejan cicatrices o secuelas (9, 10).

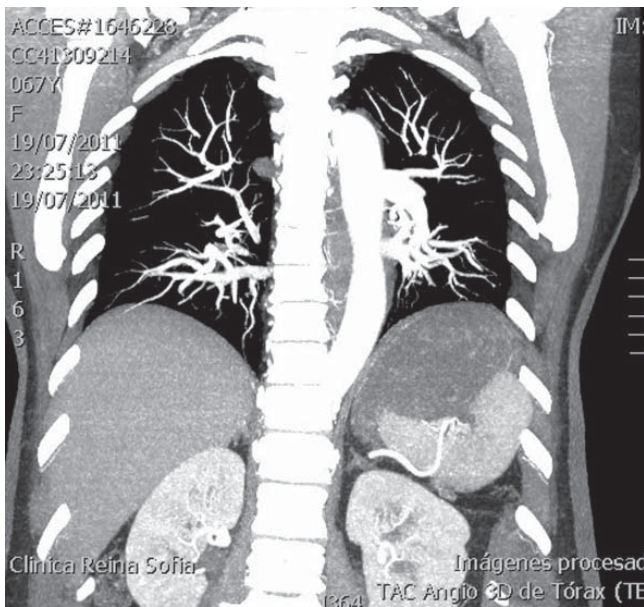


Figura 3. TAC de tórax: corte coronal. Desviación lateral de la aorta por hematoma esofágico.

Los medios diagnósticos de elección son la esofagogastroduodenoscopia y la TAC de tórax de alta resolución, principalmente en la presentación con sangrado, cuyos hallazgos endoscópicos característicos son: gran masa de color púrpura, fluctuante, que ocupa la luz esofágica parcial o totalmente, con mucosa suprayacente de aspecto normal, lo que indica la localización submucosa del hematoma, y en casos de sangrado, el área de ruptura y drenaje (6). En la TAC se observa engrosamiento concéntrico o excéntrico de la pared esofágica, con bordes bien definidos y



Figura 4. Endoscopia digestiva alta 6 meses posterior al sangrado. Cicatriz en tercio inferior esofágico.

CONCLUSIÓN

El hematoma esofágico espontáneo debe ser un diagnóstico diferencial en caso de dolor torácico agudo, especialmente en pacientes mayores con ingesta de ácido acetil salicílico y/o anticoagulantes. La realización de endoscopia digestiva alta y TAC de tórax de alta resolución permite la confirmación del diagnóstico y, en casos de presentación de hematemesis, descartar la presencia de otras patologías que podrían requerir intervención inmediata, a diferencia

del hematoma, que en la gran mayoría de los casos solo requiere manejo conservador.

REFERENCIAS

1. Shim J, Jang JY, Hwangbo Y, Dong SH, Oh JH, Kim HJ, et al. Recurrent massive bleeding due to dissecting intramural hematoma of the esophagus: Treatment with therapeutic angiography. *World J Gastroenterol* 2009; 15(41): 5232-5.
2. Modi P, Edwards A, Fox B, Rahamim J. Dissecting intramural haematoma of the oesophagus. *Eur J Cardiothorac Surg* 2005; 27(1): 171-3.
3. Chiu YH, Chen JD, Hsu CY, How Ck, Yen DH, Huang CI. Spontaneous esophageal injury: esophageal intramural hematoma. *Chin Med Assoc* 2009; 72(9): 498-500.
4. Amott DH, Wright GM. Dissecting haematoma of the oesophagus masquerading as acute myocardial infarction. *Med J Aust* 2006; 184(4): 182-3.
5. Restrepo CS, Lemos DF, Ocazonez D, Moncada R, Gimenez CR. Intramural hematoma of the esophagus: a pictorial assay. *Emerg Radiol* 2008; 15(1): 13-22.
6. Lin AW, Eng M, Robbins D. A very unusual appearance of a rare endoscopic finding: esophageal hematoma. *Endoscopy* 2009; 41(Suppl 2): E40.
7. Fadoo F, Ruiz DE, Dawn SK, Webb W, Gotway MB. Helical CT esophagography for the evaluation of suspected esophageal perforation or ruptured. *ARJ Am J Roentgenol* 2004; 182(5): 1177-9.
8. Mion F, Bernard G, Valette P, Lambert R. Spontaneous esophageal hematoma: diagnostic contribution of echoendoscopy. *Gastrointest Endosc* 1994; 40(4): 503-5.
9. Cheung J, Müller N, Weiss A. Spontaneous intramural esophageal hematoma: case report and review. *Can J Gastroenterol*. 2006; 20(4): 285-6.
10. Lawrence J, Brandt T. Rare cause of melena: spontaneous esophageal hematoma. *Gastrointest Endosc* 2008; 67(3): 123-5.