

Hematoma esofágico intramural: de la disección a la perforación

Intramural esophageal hematoma: Dissection of the perforation

Martin Gómez Zuleta, MD,¹ Álvaro Rodríguez Gómez, MD,² Amaranto Siado, MD.³

¹ Profesor asistente de Gastroenterología, Universidad Nacional de Colombia. Gastroenterólogo, Hospital El Tunal, Bogotá, Colombia

² Residente de Gastroenterología, Universidad Nacional de Colombia, Bogotá, Colombia

³ Gastroenterólogo, Hospital El Tunal, Bogotá, Colombia

Fecha recibido: 03-04-12
Fecha aceptado: 15-05-12

Resumen

El hematoma esofágico intramural es una entidad infrecuente, con pocos casos registrados en la literatura. Existen factores de riesgo que favorecen la aparición de esta condición como las náuseas y el vómito. Su presentación clínica más frecuente es la tríada de hematemesis, disfagia y dolor torácico. El tratamiento es conservador en la mayoría de los casos. En este trabajo presentamos nuestra experiencia en 7 casos recolectados durante los últimos 8 años, en los cuales se puede apreciar todo el espectro de la enfermedad desde la disección submucosa hasta la perforación del esófago.

Palabras clave

Perforación, disección esofágica, hematoma esofágico.

Abstract

Intramural esophageal hematomas are rare with few cases reported in the literature. Risk factors that affect the incidence of this condition include nausea and vomiting, but its most common clinical presentation is the triad of hematemesis, dysphagia and chest pain. Conservative treatment is best in most cases. We present our experience in 7 cases collected during the last 8 years in which you can see the entire spectrum of the disease from submucosal dissection to perforation of the esophagus.

Key words

Perforation, esophageal dissection, esophageal hematoma.

INTRODUCCIÓN

El hematoma esofágico intramural es una condición infrecuente, en la que la hemorragia contenida entre la capa mucosa y la capa muscular del esófago puede llevar a la disección de la submucosa y su perforación. Se presenta normalmente tras el incremento súbito de la presión intratorácica en situaciones como trauma, vómito, tos y arcadas (1). Los factores de riesgo como várices esofágicas, úlceras esofágicas y coagulopatía también favorecen su aparición. Sus manifestaciones clínicas más comunes son hematemesis, disfagia y dolor torácico (2, 3). El diagnóstico se puede rea-

lizar mediante estudios radiológicos, pero es la endoscopia digestiva alta el examen confirmatorio (4-6). Esta entidad usualmente tiene un curso benigno y su tratamiento está dirigido a la observación clínica; sin embargo, ante complicaciones como perforación esofágica, sangrado mayor, obstrucción esofágica y de la vía aérea su tratamiento debe ser la intervención endoscópica o quirúrgica (7).

En este artículo revisamos nuestra experiencia con 7 casos registrados en alrededor de 40 000 endoscopias desde el 2002 hasta el 2011, con diagnóstico endoscópico en múltiples escenarios clínicos como hematoma, disección y perforación de la mucosa (véase tabla 1).

Tabla 1. Serie de 7 casos registrados en 9 años.

Caso	Edad	Sexo	Comorbilidad	Factor de riesgo	Síntomas	Tratamiento	Desenlace
1	65	F	HTA	Vómito	Hematemesis Disfagia	Observación	Resolvió
2	70	F	HTA	Cuerpo extraño	Disfagia Dolor torácico	Retiro cuerpo extraño	Resolvió
3	72	F	ICC	Vómito	Hematemesis Dolor torácico	Observación	Resolvió
4	66	F	HTA	Náuseas	Dolor torácico Disfagia	Observación	Resolvió
5	72	F	ACV	Vómito	Hematemesis Disfagia Dolor torácico	Observación	Resolvió
6	76	F	EPOC	Tos	Hematemesis	Cirugía	Falleció
7	82	F	ACV	Sonda nasogástrica	Melenas	Observación	Resolvió

PRESENTACIÓN DE CASOS

Caso 1

Paciente femenina de 65 años de edad, con antecedente de hipertensión arterial, que ingresó por cuadro de 2 días de múltiples episodios eméticos de contenido alimentario, y posteriormente presentó hematemesis sin inestabilidad hemodinámica. Se realizó endoscopia digestiva alta que permitió observar en el esófago, desde el tercio proximal hacia la pared derecha, un hematoma que disecó la mucosa y se extendió hasta el tercio distal (figura 1). La conducta a seguir fue retiro de la vía oral y observación. En el control endoscópico a las 48 horas se apreció resolución del hematoma y cicatrización de la mucosa (figura 2). La paciente evolucionó satisfactoriamente y se dio egreso al tercer día.

Caso 2

Paciente femenina de 70 años de edad, con antecedente de hipertensión arterial, que ingresó por cuadro de 2 días de sensación de cuerpo extraño en hipofaringe, disfagia y dolor torácico. Se realizó endoscopia digestiva alta que permitió observar cuerpo extraño (hueso de pollo) en el esófago proximal y hematoma en la pared derecha del esófago. Se procedió a realizar la extracción del cuerpo extraño, sin complicaciones. La conducta a seguir fue retiro de la vía oral y observación. La paciente evolucionó satisfactoriamente y se dio egreso al tercer día.

Caso 3

Paciente femenina de 72 años de edad, con antecedente de falla cardíaca, que ingresó por cuadro de 8 días de evolución

de dolor torácico y hematemesis. A su ingreso se le realizó endoscopia digestiva alta que permitió observar, en el esófago en tercio medio hacia la pared derecha, disección de la mucosa que se extendió hasta el tercio distal. Para evitar confusiones con lesión tumoral se tomaron biopsias las cuales fueron negativas para malignidad. La conducta a seguir fue observación. La paciente presentó una evolución favorable.

Caso 4

Paciente femenina de 66 años de edad, con antecedente de hipertensión arterial, que ingresó por cuadro de 2 días de dolor torácico, disfagia y melenas. Se realizó endoscopia digestiva alta que permitió observar, desde el tercio proximal del esófago hacia la pared derecha, desgarro mucoso longitudinal que se extendía hasta el tercio distal. La conducta a seguir fue observación. La paciente evolucionó satisfactoriamente y se dio egreso al tercer día.

Caso 5

Paciente femenina de 72 años de edad, con antecedente de accidente cerebrovascular (ACV) antiguo, que ingresó por cuadro de 1 día de múltiples episodios eméticos y posteriormente presentó hematemesis y anemia. Se realizó endoscopia digestiva alta que permitió observar, en el tercio proximal del esófago hacia la pared derecha, disección de la submucosa (figura 3). Desde el tercio medio del esófago hacia la pared izquierda se apreció un gran hematoma que disecó la pared hasta el tercio distal (figura 4). La conducta a seguir fue hospitalización y realización de esofagograma que descartó perforación (figura 5). Se llevó a cabo control endoscópico a las 48 horas y se confirmó drenaje del hematoma a la luz del esófago y disección submucosa (figura 6).

La resolución de los síntomas y la evolución fueron satisfactorias, con egreso de la paciente al cuarto día.



Figura 1. Hematoma y disección de la pared derecha del esófago.



Figura 2. Cicatrización de la mucosa esofágica.

Caso 6

Paciente femenina de 76 años de edad, con antecedente de enfermedad pulmonar obstructiva crónica (EPOC), que ingresó por cuadro de 3 días de tos y disnea. Fue llevada a unidad de cuidados intensivos (UCI) por falla respiratoria hipoxémica y derrame pleural derecho masivo que se manejó con toracostomía. A las 24 horas presentó hematemesis. Se realizó endoscopia digestiva alta que permitió

observar en el tercio medio hacia la pared derecha del esófago gran perforación con tejido necrótico (figura 7). La conducta a seguir fue manejo quirúrgico. La paciente falleció al segundo día.

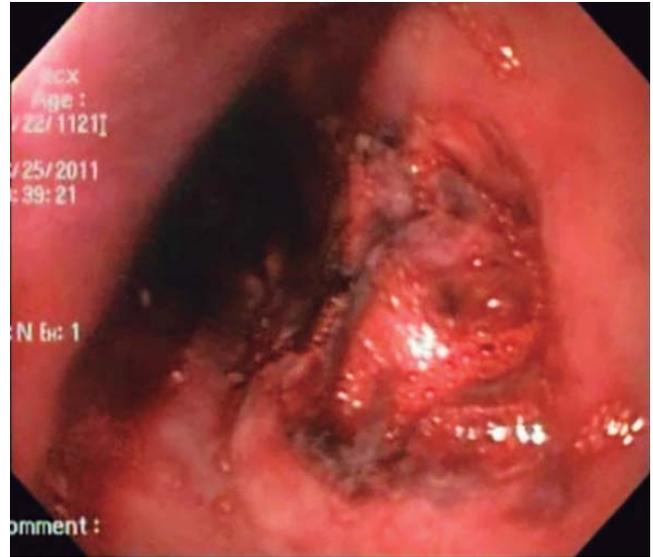


Figura 3. Disección submucosa del esófago.



Figura 4. Hematoma y disección submucosa esofágica.

Caso 7

Paciente femenina de 82 años de edad, hospitalizada por ACV y con sonda nasogástrica para nutrición enteral. Presentó drenaje sanguinolento a través de la sonda y melenas. Se realizó endoscopia digestiva alta para apreciar, desde el tercio distal del esófago, múltiples coágulos que no permitieron la evaluación de la mucosa. La conducta a

seguir fue retiro de la sonda y observación. Se llevó a cabo control endoscópico a la semana y se encontró, desde el tercio medio del esófago hacia la pared posterior, disección de la mucosa que se extendía hasta el tercio distal y resolución completa de los hematomas. La paciente presentó una evolución satisfactoria (figura 8).

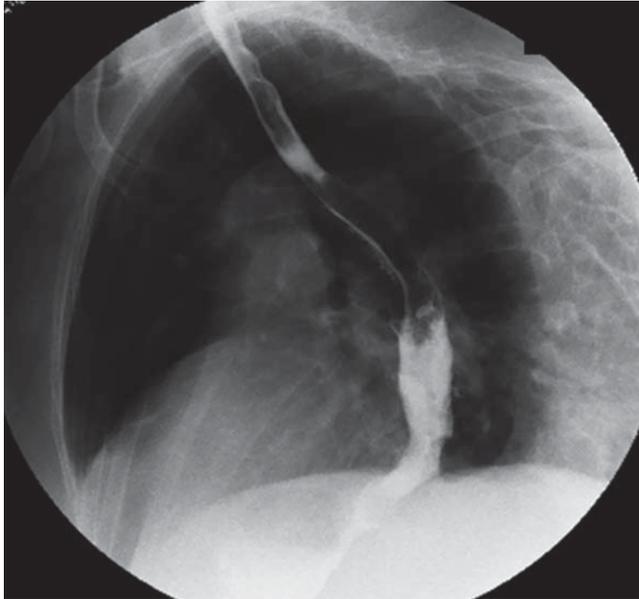


Figura 5. Esofagograma que descarta perforación.

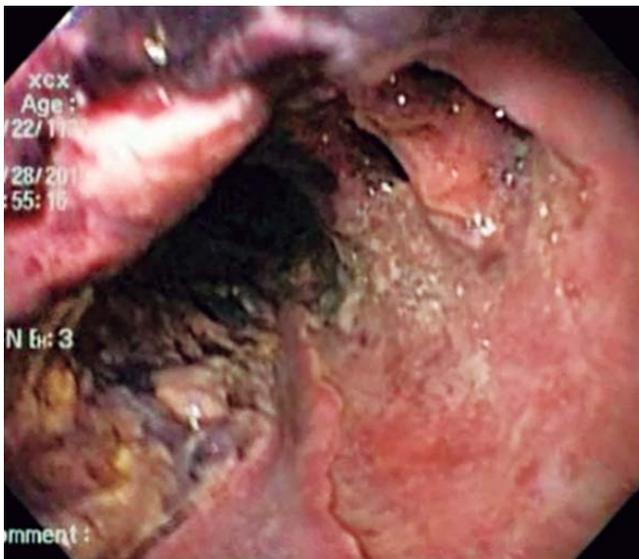


Figura 6. Hematoma parcialmente resuelto y disección submucosa.

DISCUSIÓN

Desde 1957 cuando Williams describió el hematoma esofágico intramural, este ha sido un reto diagnóstico dado que

es una entidad poco frecuente y solo se conoce a partir de series de casos (8).

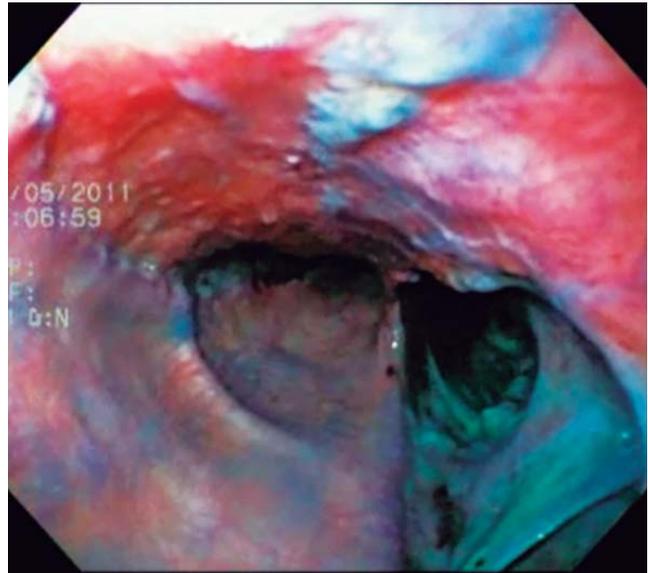


Figura 7. Perforación esofágica.

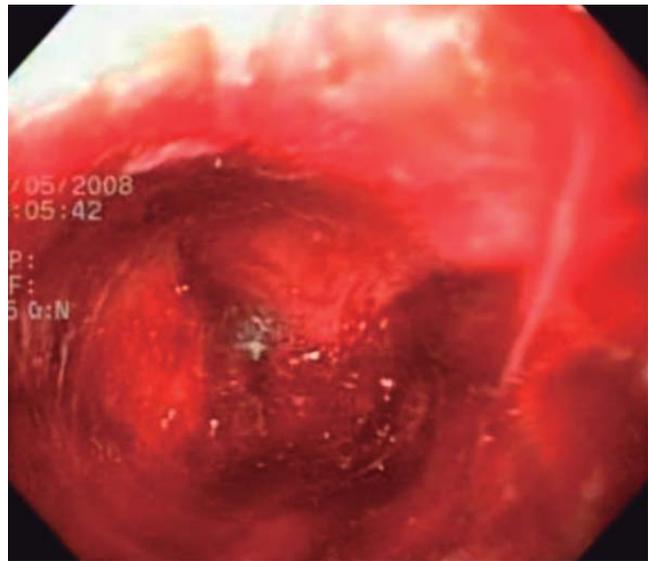


Figura 8. Disección de toda la submucosa del esófago que forma un saco ciego que no permite el avance del equipo.

El esófago es un órgano susceptible de lesiones por mecanismos extrínsecos como cuerpos extraños, intubación orotraqueal, sondas nasogástricas e intervenciones endoscópicas como dilataciones y terapia hemostática; y por mecanismos intrínsecos como arcadas, vómito y tos. Los factores de riesgo como úlceras esofágicas, esclerosis de várices esofágicas, hemofilia y coagulopatía han sido asociados con la aparición de esta entidad (9-11). En nues-

tro trabajo fue más frecuente el mecanismo intrínseco de lesión esofágica y la comorbilidad más común fue la hipertensión arterial y el ACV, a diferencia de los registros en las distintas series de casos.

Las manifestaciones clínicas como dolor torácico, disfagia y hematemesis están presentes en un tercio de los pacientes (12). En nuestra serie predominó la disfagia y el dolor torácico en el 57% de los pacientes. Solo en 1 caso se describió la tríada clínica reportada en la literatura; por lo tanto, es necesario realizar diagnósticos diferenciales como disección aórtica, infarto agudo de miocardio y tromboembolismo pulmonar (13).

Para su diagnóstico se utiliza la endoscopia digestiva alta; sin embargo, ante la sospecha de perforación se puede emplear: radiografía de tórax, esofagograma, tomografía axial computarizada (TAC) y resonancia nuclear magnética (RNM) (14, 15). Todos nuestros casos fueron diagnosticados mediante endoscopia digestiva y en uno de ellos, ante la sospecha endoscópica de perforación, requerimos el soporte diagnóstico con esofagograma que permitió descartarla.

A pesar del creciente uso de estudios radiológicos para el diagnóstico del hematoma esofágico, consideramos que la endoscopia digestiva alta es precisa, detallada y con alternativas terapéuticas inmediatas en caso de complicaciones como la descompresión endoscópica por obstrucción esofágica.

La evolución del hematoma esofágico tiene un curso benigno; la mayoría de los pacientes se recuperan espontáneamente con el tratamiento conservador. No se recomienda el control endoscópico rutinario (16-18). La evolución clínica en los pacientes presentados fue similar, excepto en un caso de perforación que requirió manejo quirúrgico y su desenlace fue fatal. En los otros casos realizamos seguimiento endoscópico sin obtener cambios en el curso de la enfermedad, lo cual sugiere que la endoscopia de control no es necesaria siempre y cuando la clínica indique una evolución favorable.

Podemos concluir que el hematoma esofágico intramural es una entidad infrecuente; predomina en mujeres, su sospecha diagnóstica es clínica y su confirmación, endoscópica. Su manejo es conservador en la mayoría de los casos y sus complicaciones más frecuentes son la disección submucosa y la perforación.

REFERENCIAS

1. Cullen SN, McIntyre AS. Dissecting intramural haematoma of the oesophagus. *Eur J Gastroenterol Hepatol* 2000; 12(10): 1151-62.
2. Mosimann F, Brönnimann B. Intramural haematoma of the oesophagus complicating sclerotherapy for varices. *Gut* 1994; 35(1): 130-1.
3. Hanson JM, Neilson D, Pettit SH. Intramural oesophageal dissection. *Thorax* 1991; 46(7): 524-7.
4. Lowman RK, Goldman R, Stern H. The roentgen aspects of intramural dissection of the esophagus. *Radiology* 1969; 93(6): 1329-31.
5. Demos TC, Okrendt DH, Studlo JD, Flisak ME. Spontaneous oesophageal haematoma diagnosed by computed tomography. *J Comput Assist Tomogr* 1986; 10(1): 133-5.
6. Atefi D, Horney JT, Eaton SB, Shulman M, Whaley W, Galambos JT. Spontaneous intramural haematoma of the esophagus. *Gastrointest Endosc* 1978; 24(4): 172-4.
7. 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.
8. Williams B. Case report; oesophageal laceration following remote trauma. *Br J Radiol* 1957; 30(360): 666-8.
9. Bradley JL, Han SY. Intramural haematoma (incomplete perforation) of the esophagus associated with esophageal dilatation. *Radiology* 1979; 130(1): 59-62.
10. Tong M, Hung WK, Law S, Wong KH, Kwok KF, Wong J. Esophageal hematoma. *Dis Esophagus* 2006; 19(3): 200-2.
11. Low DE, Patterson DJ. Complete esophageal obstruction secondary to dissecting intramural hematoma after endoscopic variceal sclerotherapy. *Am J Gastroenterol* 1988; 83(4): 435-8.
12. Gluck M, Jiranek GC, Low DE, Kozarek RA. Spontaneous intramural rupture of the esophagus: clinical presentation and endoscopic findings. *Gastrointest Endosc* 2002; 56(1): 134-6.
13. Ho CL, Young TH, Yu CY, Chao YC. Intramural hematoma of the esophagus: ED diagnosis and treatment. *Am J Emerg Med* 1997; 15(3): 322-3.
14. Jung KW, Lee OJ. Extensive spontaneous submucosal dissection of the esophagus: Long-term sequential endoscopic observation and treatment. *Gastrointest Endosc* 2002; 55(2): 262-5.
15. Yuen EH, Yang WT, Lam WW, Kew J, Metreweli C. Spontaneous intramural haematoma of the oesophagus: CT and MRI appearances. *Australas Radiol* 1998; 42(2): 139-42.
16. Steadman C, Kerlin P, Crimmins F, Bell J, Robinson D, Dorrington L, et al. Spontaneous intramural rupture of the oesophagus. *Gut* 1990; 31(8): 845-9.
17. Singh A, Papper M. Extensive intramural esophageal dissection: an unusual endoscopic complication. *Gastrointest Endosc*. 2012; 75(1): 186-7.
18. Barone JE, Robilotti JG, Comer JV. Conservative treatment of spontaneous intramural perforation (or intramural haematoma) of the oesophagus. *Am J Gastroenterol* 1980; 74(2): 165-7.