

Hematoma intramural esofágico: Caso clínico

Stanko Karelovic C.⁽¹⁻⁴⁾, Bogdam Liberon L.⁽²⁻⁴⁾, Nelson Mijac G.⁽³⁻⁴⁾,
Natalia Badilla P.⁽⁵⁾ y Bárbara Wipe U.⁽⁵⁾

CASE REPORT: INTRAMURAL ESOPHAGEAL HEMATOMA

Intramural esophageal hematoma is an uncommon condition characterized by submucosal haemorrhage and dissection of the muscle layers of the esophagus. It may occur spontaneously, but most commonly, secondary to an underlying disease or direct oesophagus damage. Patients usually present with sudden onset of chest pain, haematemesis, dysphagia or odynophagia, which are similar to that observed in other conditions. We report a case of a 77 years old man who was admitted because a three days history of vomiting, epigastric pain and sudden aphagia. Endoscopy and computed tomography were used to establish the diagnosis of intramural oesophageal haematoma that was successfully treated with conservative measures. The literature was reviewed for the aetiology, clinical features and management of this condition.

Key words: Esophagus, hematoma.

Introducción

El hematoma intramural esofágico (HIE) es una lesión poco frecuente que ocurre en la capa submucosa del esófago, pudiendo ser considerada como una condición intermedia entre el Síndrome de Mallory-Weiss y el Síndrome de Boerhaave. Este cuadro puede ocurrir espontáneamente¹ sin embargo, en más del 60% de los casos, se asocia a un factor predisponente o una etiología subyacente que desencadena el cuadro²⁻⁵. Entre los más comunes se encuentran la instrumentación esofágica, como la esclerosis de várices⁶ y la dilatación esofágica⁷, impactación alimentaria⁸, ingestión de medicamentos⁹ y trastornos de la coagulación^{10,11}. Los pacientes generalmente se presentan con dolor torácico y dorsal de comien-

zo brusco, hematemesis, disfagia u odinofagia. De este modo, constituye uno de los diagnósticos diferenciales de dolor retroesternal agudo en conjunto con otros desórdenes como el infarto agudo al miocardio y la disección aórtica. Presentamos el caso de un paciente con HIE manifestado clínicamente como un cuadro de afagia súbita asociada a dolor epigástrico, donde las técnicas de imágenes resultaron claves para establecer el diagnóstico.

Caso Clínico

Paciente de 77 años de edad, sexo masculino, fumador de 40 de cigarrillos al día por 12 años, hábito ya detenido al ingreso. Con antecedentes de síndrome cerebeloso, enfermedad ateromatosa generalizada y arritmia completa

(1) Unidad de Gastroenterología.

(2) Servicio de Medicina, Hospital Regional de Punta Arenas, Chile.

(3) Servicio de Imagenología, Hospital Regional de Punta Arenas, Chile.

(4) Hospital Regional de Punta Arenas, Chile.

(5) Alumna de pregrado, Escuela de Medicina, Universidad de los Andes, Chile.

Recibido: 29/01/2007

Aceptado: 19/03/2007

por fibrilación auricular, en tratamiento con ácido acetilsalicílico, amiodarona e hidralazina. Sin historia de consumo exagerado de alcohol, ni patología esofágica previa. Ingresó al Servicio de Urgencia del Hospital Regional de Punta Arenas, por presentar un cuadro de tres días de evolución, caracterizado por vómitos profusos, seguidos de la aparición brusca de dolor epigástrico intenso y afagia súbita.

Al examen se encuentra un paciente consciente, enflaquecido, pálido y deshidratado, afebril, con parámetros hemodinámicos normales y sin dificultad respiratoria. No se detectó enfisema subcutáneo y la auscultación pulmonar fue normal al igual que el examen cardíaco. Abdomen depresible, blando y sensible a la palpación en la región epigástrica, con presencia de una hernia inguinal derecha no complicada. No se palparon masas ni visceromegalías.

El laboratorio mostró un hemograma con hematocrito de 30%, hemoglobina de 9,5 g/dL, leucocitos 7.400 por mm³ con fórmula diferencial normal y plaquetas de 180.000 por mm³. La velocidad de sedimentación fue de 50 mm/hr, protrombina de 82% y tiempo parcial de protrombina activada de 25,6 segundos. Las pruebas hepáticas, creatinina y la glicemia dentro de rangos normales. Se realizó un electrocardiograma que no reveló cambios sugerentes de lesión o isquemia miocárdica.

Debido al antecedente de afagia súbita, se decidió efectuar endoscopia digestiva alta (EDA) con panendoscopia pediátrica de 7 mm de diámetro externo, en la cual se observó un extenso hematoma esofágico que comprometía el tercio superior y se extendía al fondo gástrico y región subcardial. La tomografía axial computada (TAC) de tórax confirmó la presencia de una imagen de densidad de tejidos blandos que ocupaba casi completamente el lumen esofágico, desde el borde superior del manubrio esternal hasta la unión esófago-gástrica, insinuándose en el cardias, sin evidencia de rotura ni compromiso mediastínico.

El paciente fue manejado inicialmente en forma conservadora con régimen líquido fraccionado, que resultó bien tolerado, por lo que se decidió pasar a régimen blando y ADN a los siete días del ingreso. Presentó una evolu-

ción satisfactoria con desaparición rápida del dolor epigástrico. Se realizó control endoscópico a los catorce días, observándose una regresión total del hematoma, siendo dado de alta en buenas condiciones.

Discusión

Al igual que el Síndrome de Mallory Weiss y el Síndrome de Boerhaave el HIE es una lesión esofágica poco frecuente descrita inicialmente en 1968¹². La fisiopatología del hematoma esofágico se caracteriza por una hemorragia submucosa y la consecuente disecación de las capas musculares, la que puede ocurrir en forma espontánea o secundaria. La forma espontánea afecta principalmente a sujetos de edad media y mujeres ancianas¹³⁻¹⁵ y se relaciona con la laceración producto de vómitos profusos.

Por otra parte, las formas secundarias representan cerca del 60% de los HIE. Entre ellas, la más común es la instrumentación esofágica (dilatación o escleroterapia)^{6,7}. La lesión que ocurre luego de una endoscopia terapéutica, habitualmente se evalúa con un estudio de contraste, por la posibilidad de perforación de la víscera. El segundo lugar en frecuencia, lo ocupan las coagulopatías, entre ellas la trombocitopenia producto de una anemia aplásica o de una quimioterapia para leucemia aguda¹⁰. En estos casos, el hematoma intramural tiende a ocurrir en el tercio proximal o en múltiples sitios, en contraste con aquellos hematomas producidos por hiperemesis¹³. Finalmente existen otras causas menos habituales, tales como impactación de alimento⁹, trauma abdominal¹⁶ y daño asociado a la ingesta de medicamentos⁹.

Independiente de la etiología, la triada clínica característica de dolor retroesternal, hematemesis, disfagia u odinofagia se presenta en aproximadamente un 35% de los sujetos. Dos de estos tres síntomas se encuentran en la mitad de los pacientes^{13,17}. En general el principal síntoma suele ser el dolor retroesternal agudo (83%), con irradiación al dorso y al cuello, frente cual debe plantearse el diagnóstico diferencial con otras patologías como el infar-

to agudo al miocardio y la disección aórtica. Menos comúnmente se presenta un dolor epigástrico, como en el paciente del caso presentado¹⁸. El resto de los síntomas asociados como la hematemesis (71%), la odinofagia (41%) y la disfagia (32%)¹³, orientan más a un cuadro de etiología digestiva, más aun cuando se presentan sin dolor retroesternal, tal como el caso clínico expuesto.

Para el diagnóstico del hematoma esofágico intramural es indispensable el uso de métodos endoscópicos e imagenológicos (TAC), que ayuda además a descartar la presencia de otras patologías, como masas mediastínicas, perforación o disección aórtica. La EDA inicialmente muestra un aumento de volumen amoratado que por lo general se ubica en la cara posterior del esófago y que en algunos casos puede simular un carcinoma o una gran várice esofágica¹⁹. También puede ser descrito como una masa submucosa de color violáceo que ocupa la mayor parte del lumen esofágico. La TAC muestra una masa hiperdensa, excéntrica y bien definida en la pared esofágica²⁰. Si el contraste penetra al lumen falso formado por la disección, se ve una imagen de doble contraste.

A pesar de la dramática presentación clínica que tiene esta condición, la gran mayoría de los pacientes tiene un excelente pronóstico cuando se maneja en forma conservadora. Las indicaciones consisten en régimen cero y luego aumentar la consistencia de los alimentos gradualmente, a medida que la sintomatología esofágica comienza a regresar. Esto con el objetivo de evitar una nueva disección de la mucosa por impactación de alimento²¹. También se recomienda transfusiones de sangre, si es que fueran requeridas. La administración de un inhibidor de la bomba de protones podría ser útil, aunque no hay evidencias que lo justifiquen²². El rol de la cirugía en el HIE es limitado. Menos del 15% de los pacientes requerirán intervención quirúrgica^{13,15,17}, siendo ésta indicada usualmente en aquellos que presentan evidencia de una lesión esofágica, generalmente secundaria a instrumentación. La recurrencia es extremadamente rara.

En conclusión el HIE es una condición poco frecuente, pero que debe ser considerada como

un diagnóstico potencial frente a cualquiera de los síntomas que conforman la triada clínica. Diferenciar esta patología de un evento cardiovascular, una perforación, una disección aórtica o de una neoplasia esofágica es fundamental, considerando el hecho de que el tratamiento del hematoma es sencillo y que los pacientes que padecen de tal condición tienen muy buen pronóstico.

Resumen

El hematoma intramural esofágico, es una condición poco común caracterizada por una hemorragia submucosa y la disección de esta capa, del plano muscular. El hematoma puede suceder en forma espontánea, pero más frecuentemente ocurre como consecuencia de una enfermedad subyacente o a una lesión esofágica. Los pacientes usualmente se presentan con dolor torácico, hematemesis, disfagia u odinofagia, por lo cual puede ser confundido con otros diagnósticos. Se presenta el caso de un paciente de 77 años, de sexo masculino, que fue ingresado debido a una historia de tres días de evolución con vómitos, dolor epigástrico y afagia súbita. La endoscopia digestiva alta y la tomografía axial computada se utilizaron para establecer el diagnóstico de un hematoma intramural esofágico, que fue exitosamente tratado con medidas conservadoras. Finalmente, se revisa la literatura con el objetivo de discutir la etiología, clínica y manejo de esta condición.

Palabras claves: Esófago, hematoma.

Bibliografía

- 1.- Hiller N, Zagal I, Hadas-Happern I. Spontaneous intramural hematoma of the esophagus. *Am J Gastroenterol* 1999; 94: 2282-2284.
- 2.- Bradley J L, Han S Y. Intramural hematoma (incomplete perforation) of the esophagus associated with esophageal dilatation. *Radiology* 1979; 130: 59-62.
- 3.- Meier J H, Zeitlin J H, Smith M T. Post-sclerotherapy intramural esophageal hematoma: endoscopic and radiologic findings. *Gastrointest Endosc* 1992; 38: 102-103.
- 4.- Mosimann F, Bronnimann B. Intramural Haematoma of the oesophagus complicating sclerotherapy for varices. *Gut* 1994; 35: 130-131.

- 5.- Rabiah F A, Elliott H B. Intramural hematoma of the esophagus: an unusual complication of vagotomy. *Am J Dig Dis* 1968; 13: 925-928.
- 6.- Adachi T, Togashi H, Watanabe H, et al. Endoscopic incision for esophageal intramural hematoma after injection sclerotherapy: case report. *Gastrointest Endosc* 2003; 58: 466-468.
- 7.- Receta W G, Wruble L D, Pate J W. Esophageal obstruction due to intermuscular hematoma following pneumatic dilatation. *Chest* 1976; 69: 115-117.
- 8.- Klygis L M. Esophageal hematoma and tear from a taco shell impaction. *Gastrointest Endosc* 1992; 38: 100.
- 9.- Piccione P R, Winkler W P, Baer J W, et al. Pill-induced intramural esophageal hematoma. *JAMA* 1987; 257: 929.
- 10.- Ashman F C, Hill M C, Saba G P, et al. Esophageal hematoma associated with thrombocytopenia. *Gastrointest Radiol* 1978; 3: 115-118.
- 11.- Yamashita K, Okuda H, Fukushima H, et al. Case of intramural esophageal hematoma: complication of anticoagulation with heparin. *Gastrointest Endosc* 2000; 52: 559-561.
- 12.- Marks I N, Kite A D. Intramural rupture of the oesophagus. *Br Med J* 1968; 3: 536-537.
- 13.- Shay S S, Berendson R A, Jonson L F. Esophageal hematoma: four new cases, a review, and proposed etiology. *Dig Dis Sci* 1981; 26: 1019-1024.
- 14.- Biagi G, Cappelli G, Propersi L, et al. Spontaneous intramural haematoma of the oesophagus. *Thorax* 1983; 38: 394-395.
- 15.- Sen A, Lea R E. Spontaneous oesophageal haematoma: a review of difficult diagnosis. *Ann R Col Surg Engl* 1993; 75: 293-295.
- 16.- Rozec B, Rigal J C, Letournier Y, et al. Post-traumatic hematoma of the esophagus. *Ann Fr Anesth Reanim* 1998; 17: 1160-1163.
- 17.- Criblez D, Filippini L, Schoch O, et al. Intramural rupture and intramural hematoma of the esophagus: 3 case reports and literature review. *Schweiz Med Wochenschr* 1992; 122: 416-423.
- 18.- McIntyre AS, Ayres R, Atherton J, et al. Dissecting intramural haematoma of the oesophagus. *Q J Med* 1998; 91: 701-705.
- 19.- Van Laethem J-L, Deviere J, Cremer M. Serial endoscopic findings of spontaneous intramural hematoma of the oesophagus. *Endoscopy* 1997; 29: 44-46.
- 20.- Herbetko J, Delany D, Ogilvie B C, et al. Spontaneous haematoma intramural of the oesophagus. Appearance on the computed tomography. *Clin Radiol* 1991; 44: 327-328.
- 21.- Bandyopadhyay P, Patel C U. Spontaneous intramural dissection of the oesophagus. *Int J Clin Pract* 2001; 55: 564-566.
- 22.- Thomasset S, Berry D. Spontaneous intramural esophageal hematoma. *J Gastrointest Surg*; 9: 155-156.