

## Hematoma esofágico espontáneo: Caso clínico

Margarita Enberg G.<sup>(1)</sup>, Daniel Álvarez G.<sup>(2)</sup>,  
Javier Caradeux B.<sup>(2)</sup> y Raúl Araya J.<sup>(3)</sup>

### SPONTANEOUS ESOPHAGEAL HEMATOMA: CASE REPORT

*Hematoma of the esophagus is a rare condition. We report the case of an 86 year old man, treated with aspirin. He was admitted by hematemesis, hemodynamically stable. Upper digestive tract endoscopy revealed a big esophageal hematoma: Contrast-enhanced computed tomography of the chest confirmed the diagnosis. Clinical outcome was good without complications, with conservative medical management.*

**Key words:** Esophagus, hematoma, hematemesis, chest pain.

#### Introducción

El hematoma esofágico (HE) es una condición poco frecuente, que se caracteriza por una disección de la pared esofágica entre la mucosa y submucosa. Dentro de las principales etiologías se encuentran las alteraciones de la hemostasia, vómitos, traumas, enfermedad aórtica y en ocasiones aparece en forma espontánea.

Constituye un diagnóstico diferencial importante en pacientes de edad avanzada, que presentan dolor torácico asociado a disfagia y/o hematemesis. Dentro de los factores de riesgo asociado se encuentra el uso de antiplaquetarios y anticoagulantes, fármacos de uso frecuente en esta población etaria.

A pesar de que su presentación clínica puede ser sorprendente, en general es de buen pronóstico y su manejo debe ser conservador.

#### Caso clínico

Paciente, hombre 86 años, con antecedentes de hipertensión arterial, cáncer de colon operado en 1985, úlcera gástrica en 2003. Relata historia de 10 años de evolución de reflujo gastroesofágico. Usuario de aspirina 100 mg al día y Amlodipino 1 comp al día. Consulta por cuadro de 12 horas de evolución, caracterizado por disfagia, hematemesis en 10 oportunidades, sin lipotimia, palpitaciones, disnea ni dolor torácico asociado.

Al examen físico general de ingreso destacaba hemodinamia estable, eupneico, febril 38 °C; al examen segmentario se observaba rosado, bien profundido, vigil, a la auscultación ritmo regular en dos tiempos con soplo sistólico III/VI, abdomen normal; úlcera venosa en extremidad inferior izquierda

Endoscopia digestiva alta (EDA) de urgen-

<sup>(1)</sup> Becada de Medicina Interna, Universidad de Los Andes, Santiago de Chile.

<sup>(2)</sup> Internos de Medicina, Universidad de Los Andes, Santiago de Chile.

<sup>(3)</sup> Sección Gastroenterología, Hospital Militar de Santiago, Chile.

cia demostró la presencia de un gran hematoma esofágico, que comprometía el 75% de la circunferencia y se extendía desde la unión gastroesofágica hasta 3 cm de la parte más proximal del esófago. El fondo gástrico era de aspecto atrófico, sin várices.

Los exámenes de laboratorio mostraron: Hematocrito: 34,6%, PCR: 8,8, ausencia de falla renal, protrombina: 83%, pruebas hepáticas normales.

Tomografía computada de tórax y abdomen fue informada como gran hematoma esofágico que comprometía prácticamente toda su extensión, en ubicación submucosa, que obliteraba el lumen en su totalidad, excepto a nivel del tercio distal. Sin signos de perforación esofágica, ni de patología aórtica (Figuras 1 y 2).

Evaluable por gastroenterología y cirugía se decide manejo conservador, régimen cero e inhibidores de bomba de protones.

Evoluciona con hemodinamia estable, sin nuevos episodios de hematemesis, con falla renal aguda de etiología pre-renal que se resolvió con hidratación; temperatura hasta 37,5 °C, y aumento de VHS y PCR (sin leucocitosis asociada), que se interpretaron como probable sobreinfección del hematoma, por lo cual inició terapia antibiótica con Ceftriaxona 1g al día IV más Metronidazol 500 mg cada 8 hr, los que se suspenden después de 3 días.

Reinicia ingesta de agua a los 4 días de

ingreso, y régimen líquido a la semana sin complicaciones.

A los 6 días de ingreso tomografía computada de control mostró disminución del engrosamiento parietal de esófago y en la endoscopia (Figuras 3-7) se observó mucosa cubierta por tejido de granulación y úlceras recubiertas con fibrina levemente friable en su tercio medio.

Posteriormente evolucionó favorablemente, sin disfagia ni nuevos episodios de hematemesis, hemodinamia estable, con buena tolerancia oral, por lo que se da el alta a los 14 días de ingreso.

## Discusión

El HE fue descrito por primera vez por Williams en 1957. Constituye una patología muy poco frecuente, se ha reportado varias series en la literatura. La mayor de éstas con 174 casos, describe un promedio de edad 58,8 años, con una relación hombre: mujer de 1: 1,8. Otra serie con un número menor de casos informa datos similares<sup>2</sup>. En un estudio latinoamericano describen un promedio de edad mayor (72,7 años), con un predominio de sexo femenino (55%)<sup>3</sup>.

La patogénesis del HE, se asocia a una disección y hemorragia entre las capas mucosa y muscular esofágica, constituyendo una entidad intermedia entre las patologías que involucran daño agudo esofágico: síndrome de Mallory-Weiss (desgarro mucoso) y síndrome Boerhaave (ruptura transmural)<sup>4,5</sup>.



**Figuras 1 y 2.** Tomografía computada de tórax: hematoma esofágico.

Desde el punto de vista etiológico se describen 5 categorías: 1) Secundarios a alteración de la hemostasia; 2) emética; 3) traumática; 4) espontánea y 5) relacionada

con enfermedad aórtica. El HE traumático puede ser iatrogénico (complicación de terapias endoscópicas) o secundario a trauma directo o alimentario.



**Figuras 3 a 7.** Endoscopia digestiva alta de control a los 6 días de ingreso.

El antecedente de uso concomitante de tratamiento antiplaquetario o anticoagulante se reporta en hasta un 31% de los casos<sup>1,2</sup>.

Las manifestaciones clínicas corresponden en un 99% a dolor torácico, hematemesis, disfagia y odinofagia. El porcentaje de síntomas y signos se describe en la Tabla 1<sup>1-6,7,8</sup>. La hematemesis se presenta como síntoma principal (68%), generalmente es de escasa cuantía no asociándose a compromiso hemodinámico ni a necesidad de transfusión en la mayoría de los pacientes; un sangrado de mayor cuantía se describe en las series en hasta un 17%, y en general está relacionado con uso previo de terapia antiplaquetaria (aspirina) o anticoagulantes<sup>1</sup>.

El diagnóstico puede ser establecido por distintos métodos:

- 1) Endoscopia digestiva alta: Donde aparece como una masa violácea que ocupa parcial o totalmente la luz esofágica.
- 2) Tomografía computada en la que se observa engrosamiento de la pared esofágica con una masa intramural (excéntrica o concéntrica) de bordes bien definidos. Este examen es útil también para el diagnóstico diferencial con otras patologías (disección de la aorta y compromiso de otras estructuras del tórax).
- 3) Radiografía de esófago con medio de contraste en la que es posible observar disrupción de la mucosa y extravasación del medio de contraste de la luz hacia el interior de la pared, produciendo el signo de la doble banda<sup>9</sup>.

- 4) Radiografía de tórax en la que aparece un ensanchamiento del mediastino y derrames pleurales; también útil para diagnóstico diferencial con otras causas de dolor torácico.
- 5) Resonancia magnética (RM): permite evaluar extensión de lesión en varios planos y distinguir HE de otras patologías. Está indicada en pacientes con alergia al medio de contraste con yodo y/o falla renal. El HE se observa como una lesión con áreas de alta señal en T1 en T2 intensidad de señal intermedia<sup>10</sup>.

### Evolución y manejo

La mayoría de los HE, tienen una excelente evolución, por lo que se recomienda manejo conservador con observación y suspensión de la alimentación oral. El inicio de ésta debe ser gradual con ingesta de líquidos y a las 72 horas se puede cambiar por dieta blanda. Los medicamentos procinéticos no se recomiendan, y los inhibidores de la bomba de protones han sido utilizados en el tratamiento de la úlcera post hematoma, pero no hay trabajos que demuestren su efectividad<sup>11</sup>.

La administración de antibióticos, se describe en hasta un 55% de las series por la presencia de fiebre. Sin embargo, su uso no estaría recomendado ya que la fiebre sería secundaria al hematoma; en caso de persistencia de esta manifestación debe descartarse la presencia de complicaciones como perforación, mediastinitis o abscesos.

El hematoma esofágico se resuelve de forma espontánea, describiéndose una curación rápida de las lesiones (2 semanas) durante las cuales se produce pérdida de la mucosa (ulceración) y posterior reepitelización de las zonas ulceradas.

La terapia quirúrgica sólo está indicada en casos de sangrado masivo y en presencia de complicaciones como la perforación transmural y para el drenaje de abscesos<sup>12</sup>.

La mortalidad asociada al hematoma esofágico es baja, sólo en una de las series se describen muertes (6%), que en la mayoría de los casos se relacionaron con neoplasia.

**Tabla 1. Porcentaje de síntomas y signos reportados en la literatura**

	Cullen <sup>1</sup>	Saito <sup>2</sup>	Otros <sup>3,4,6-8</sup>
Edad promedio	55,8	55,6	69
Relación hombre: mujer	1: 1,8	1: 1,5	1: 1
<b>Síntomas principales %</b>			
Dolor torácico	84	44	47
Hematemesis	56	38	68
Odinofagia/disfagia	59	16	37

## Resumen

El hematoma esofágico es una condición poco frecuente. Presentamos el caso de un hombre de 86 años, en tratamiento con aspirina, que ingresa por cuadro hematemesis, con hemodinamia estable. Se realiza endoscopia digestiva alta que revela gran hematoma esofágico; tomografía computada de tórax con contraste confirma el diagnóstico. La evolución clínica fue satisfactoria sin complicaciones, con manejo médico conservador.

**Palabras clave:** Esófago, hematoma, hematemesis, dolor torácico.

## Bibliografías

- 1.- Cullen S, Mcintyre A. Dissecting intramural haematoma of the oesophagus. *Euro J Gastroenterol* 2000; 12: 1151-1162.
- 2.- Saito S, Hosoya Y, Kurashina K, Yokoyama T, Arai W, Hyodo M, et al. Esophageal submucosal hematoma: a case report and review of the literature. *Esophagus* 2005; 2: 155-159.
- 3.- Martínez J, Rey M, Marulanda J C, Garzón M, Molano J. Hematoma intramural esofágico. *Rev Colombiana de Gastroenterología* 2005; 20: 76-79.
- 4.- Tong M, Hung W-K, Law S, Wong K-H, Kwok K-F, Wong J. Esophageal hematoma. *Diseases of the Esophagus* 2006; 19: 200-202.
- 5.- Nagai T, Torishima R, Nakashima H, Uchida A, Okawara H, Suzuki K, et al. Spontaneous esophageal submucosal hematoma in which the course could be observed endoscopically. *Internal Medicine* 2004; 43: 461-67.
- 6.- Schattner A, Binder Y, Melzer E. An elderly man with excruciating retrosternal pain and dysphagia. *JAMA* 2005; 172: 1556.
- 7.- Ramnarine I, Thorpe J. Spontaneous haematoma of the oesophagus. *Eur J Cardiothorac Surg* 2004; 25: 463-464.
- 8.- Lim C H, Everett S M. Oesophageal haematoma and associated Mallory-Weiss tear. *Postgrad Med J* 2004; 80: 734-735.
- 9.- Restrepo C, Lemos D, Ocazionez D, Moncada R, Giménez C. Intramural hematoma of the esophagus: a pictorial essay. *Emerg Radiol* 2008; 15: 13-22.
- 10.- Hagel J, Bicknell S, Haniak W. Imaging management of spontaneous giant esophageal intramural hematoma. *Can J Assoc Radiol* 2007; 58: 76-78.
- 11.- Tomaste S, Berry D. Spontaneous intramural esophageal hematoma. *J Gastrointest Surg* 2005; 9: 155-156.
- 12.- Cho C-M, Ha S-S, Tak W-Y, Kweon Y-O, Kim S-K, Choi Y-H, et al. Endoscopic incision of a septum in a case of spontaneous intramural dissection of the esophagus. *J Clin Gastroenterol* 2002; 35: 387-390.

---

Correspondencia a:  
Margarita Enberg Gaete  
E-mail: margarita.enberg@gmail.com