

Imagen del mes

Hematemesis y dolor torácico: un desafío diagnóstico

Violeta Rivas P.¹, Felipe Silva D.¹, Andrés Rivas B.¹, Rolando Sepúlveda C.¹, Alex Arenas A.¹ y José Ignacio Vargas D.¹

Image of the month

Hematemesis and chest pain: a diagnostic challenge

Paciente mujer de 90 años, con antecedentes de hipertensión arterial (HTA) bien controlada, dislipidemia, hipotiroidismo, trastorno depresivo en tratamiento, y además uso diario de ácido acetilsalicílico en dosis bajas, quien consulta en el servicio de urgencias del Hospital Clínico de la Pontificia Universidad Católica de Chile, Red UC-Christus por un cuadro de dolor en región toraco-abdominal de carácter sordo de intensidad moderada, escala visual análoga (EVA) 5/10, con irradiación dorsal, asociado a 3 episodios de hematemesis de cuantía total aproximadamente 400 cc. No refiere melena, ni otros síntomas digestivos. La paciente no relata traumatismo previo, ni cirugías y no se había sometido previamente a un estudio endoscópico alto. Al examen físico del ingreso se encontraba hemodinámicamente estable, presión arterial (PA) 158/64 mmHg, presión arterial media (PAM) 112 mmHg, frecuencia cardíaca 88 latidos por minuto, saturando sin apoyo de oxígeno 96%, sin clínica de

dificultad respiratoria. Al examen general destaca mucosas levemente pálidas y el resto del examen físico por sistemas se encontraba normal.

Los exámenes de laboratorio a su ingreso a urgencias muestran, hemoglobina 11 g/dl, hematocrito 33,4%, volumen corpuscular medio (VCM) 85 fL, hemoglobina corpuscular media (HCM) 30 pG, recuento de plaquetas $166 \times 10^3/L$, creatinina 1,37 mg/dL. Además, el electrocardiograma de 12 derivaciones no muestra signos de isquemia actual y las enzimas cardíacas se encuentran normales. La radiografía de tórax postero-anterior y lateral que informa un leve aumento del tamaño de la silueta cardíaca, no se encuentran otros hallazgos.

Se realiza endoscopia digestiva alta (EDA) con protección de vía aérea, por comorbilidades e historia de hematemesis, en la unidad de paciente crítico (UPC) del Hospital, que muestra los siguientes hallazgos (Figuras 1 y 2).

¹Departamento de Gastroenterología, Facultad de Medicina, Pontificia Universidad Católica de Chile. Hospital Clínico Red UC-Christus, Santiago, Chile.

Recibido: 9 de marzo de 2018
Aceptado: 15 de marzo de 2018

Correspondencia a:
Violeta Andrea Rivas Pacheco
Diagonal Paraguay 362, 4to piso, Santiago, Chile
Tel.: [+56 2] 23543822
violetarivas@gmail.com

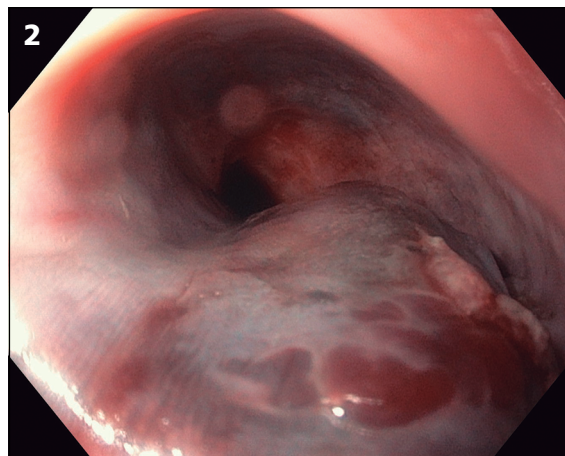
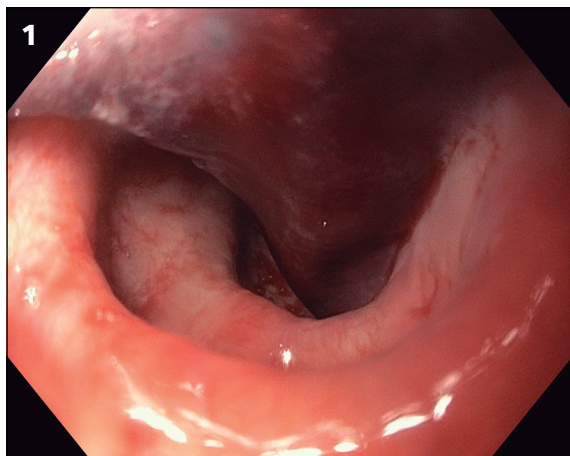


Figura 1 y 2. Endoscopia digestiva alta, Esófago medio y distal.

Con esta imagen, ¿qué tipo de lesión sospecharía?, ¿cuál sería su diagnóstico?

Imágenes en Gastroenterología

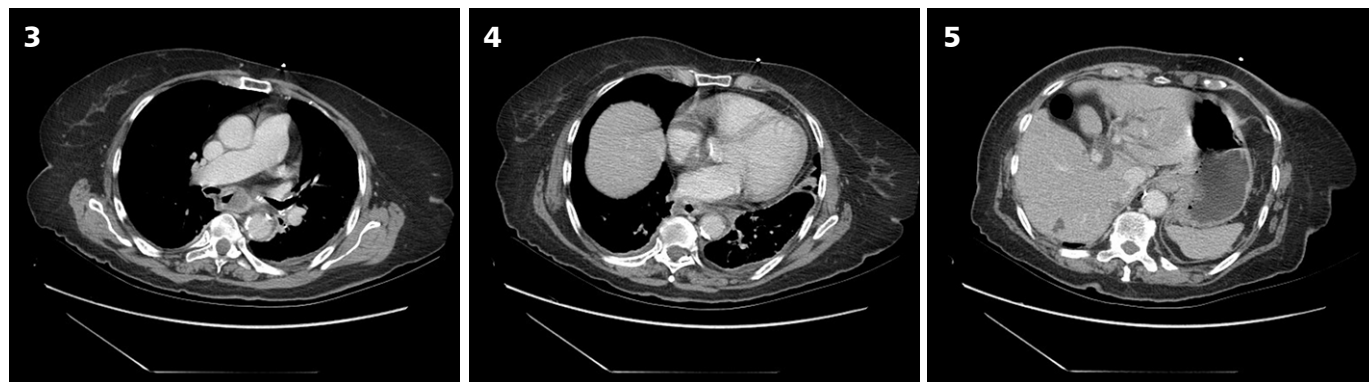


Figura 3, 4 y 5. AngioTC de tórax y abdomen, imagen inicial.

La EDA describe que la línea Z se identifica neta a 36 cm de la arcada dentaria, en coincidencia con la estrechez hiatal y el fin de los pliegues gástricos y se observa desde esófago medio a distal, desde los 20 cm de la arcada dentaria una extensa lesión violácea, submucosa, que protuye hacia el lumen, con aspecto sugerente a un hematoma intramural esofágico. El estómago se encuentra con un coágulo sanguíneo fresco en el fondo gástrico, sin encontrarse lesiones en la mucosa gástrica y el duodeno se observa normal.

Se complementa el estudio con un AngioTC (tomografía computada) de tórax abdomen y pelvis (Figuras 3, 4 y 5) que describe dentro de sus hallazgos un engrosamiento parietal del esófago torácico en su aspecto posterolateral izquierdo de los dos tercios proximales y circunferencial del tercio distal, con extensión al estómago subcardial, con contenido espontáneamente denso, sin cambios con el uso de

contraste. No hay evidencias de sangrado activo ni de lesiones sólidas subyacentes. Los hallazgos son concluidos como un extenso engrosamiento parietal del esófago y subcardial gástrico compatible con un hematoma probablemente submucoso.

La paciente continúa su hospitalización en unidad de intermedio, con monitorización continua. Se mantiene estable sin requerimientos transfusionales y no presenta otros episodios de sangrado. Se realiza control radiológico 7 días después del episodio inicial, donde el nuevo angioTC de tórax y abdomen informa que en comparación con estudio previo se observa una resolución del engrosamiento parietal submucoso del esófago distal y del área gástrica subcardial. Tanto la pared del esófago y la cámara gástrica se observan en este examen con una adecuada impregnación (Figura 6) siendo la paciente dada de alta en buenas condiciones.



Figura 6. AngioTC de Tórax y abdomen, imagen de control 7 después del inicio del cuadro.

Discusión

El hematoma esofágico intramural, rotura intramural esofágica o apoplejía esofágica, es una condición poco frecuente que se caracteriza por la presencia de una colección de sangre en las paredes del esófago¹. Sus factores predisponentes incluyen la presencia de alteraciones de coagulación por anticoagulantes² o trombolíticos³, asociado a emesis profusa, secundario a traumatismos torácicos o cervicales⁴, relacionado a patología aórtica, o secundario a procedimientos endoscópicos terapéuticos^{5,6}. La ocurrencia de un hematoma esofágico intramural espontáneo sin factores predisponentes es un hecho aún más infrecuente⁷.

La causa inicial propuesta para el desarrollo de esta condición es la hemorragia repentina que se produce entre la mucosa y la muscular propia de la pared esofágica, que a veces afecta a un segmento largo del

esófago. Esta disección submucosa progresiva debido a la hemorragia conduce a síntomas que varían desde dolor intenso hasta signos de obstrucción de la luz esofágica. La filtración de la mucosa que limita el hematoma puede ocurrir en una etapa posterior, y luego se presenta como hematemesis⁸.

El hematoma intramural del esófago generalmente se presenta como una aparición repentina de un dolor torácico o retroesternal, asociado a síntomas esofágicos agudos. El examen físico puede no revelar ningún hallazgo específico, excepto taquicardia y palidez⁸. Su presentación clínica clásica implica la presencia de dolor torácico, disfagia u odinofagia y hematemesis¹. Por su presentación con dolor torácico puede ser similar a un síndrome coronario o aórtico agudo, debiendo considerar estas patologías en el diagnóstico diferencial⁹. Su presentación espontánea es más común en mujeres de edad avanzada, como el caso aquí presentado.

El diagnóstico se puede realizar con ayuda de exámenes radiológicos. Los más usados son la TC o resonancia magnética (RM). La endoscopia digestiva alta también es una herramienta útil y permite realizar diagnóstico diferencial en agudo en un paciente que se presenta con hematemesis de origen esofágico,

como sangrado variceal, síndrome de Boerhaave o Mallory-Weiss⁹.

El tratamiento es conservador, tratando de corregir los factores predisponentes en caso de existir¹⁰. El paciente necesita hospitalizarse en una unidad con monitorización continua y con instalaciones radiológicas y endoscópicas. El manejo inicial del paciente implica la suspensión de la ingesta oral, soporte nutricional adecuado, la corrección de la coagulopatía asociada si existiese y la administración de inhibidores de la bomba de protones. Se debe permitir gradualmente la alimentación oral a medida que mejoran los síntomas. El progreso puede controlarse mediante una TC. La cirugía o la angiografía terapéutica son necesarias para aquellos que no responden a la terapia conservadora o que tienen una hemorragia masiva que conduce a la inestabilidad hemodinámica⁸.

Habitualmente tiene un muy buen pronóstico, logrando la resolución completa del cuadro dentro de unas pocas semanas en la mayoría de los casos^{1,8}.

El caso presentado tuvo una evolución favorable, de acuerdo con lo descrito en la literatura, exponiendo que esta patología debe considerarse en el diagnóstico diferencial de un paciente con dolor torácico y hematemesis.

Referencias

1. Cao DT, Reny J-L, Lanthier N, Frossard J-L. Intramural hematoma of the esophagus. *Case Rep Gastroenterol* 2012;6:510-7.
2. Trip J, Hamer P, Flint R. Intramural oesophageal haematoma-a rare complication of dabigatran. *N Z Med J* 2017;130:80-2.
3. Hajsadeghi S, Agah S, Iranpour A, Chehrehgosha H, Ghanoooni AH, Forghani F. Dissecting intramural hematoma of esophagus after thrombolytic therapy: a case report. *Asian Cardiovasc Thorac Ann* 2015;23:224-6.
4. Roemmele E, Meighan V, Morrissey B. Intramural oesophageal haematoma following traumatic neck injury. *BMJ Case Rep* 2017;28:2017.
5. Lee CC, Ravindranathan S, Choksi V, Pudussery Kattalan J, Shankar U, et al. Intraoperative gastric intramural hematoma: A rare complication of percutaneous endoscopic gastrostomy. *Am J Case Rep* 2016;17:963-6.
6. Nanda K, Tuticci N, Musumba C, Bourke M. Extensive intramural hematoma of the esophagus following endoscopic mucosal resection. *Endoscopy* 2014;46 Suppl 1:E9-10.
7. Ramnarine IR, Thorpe JAC. Spontaneous haematoma of the oesophagus. *Eur J Cardiothorac Surg* 2004;25:463-4.
8. Mathew G, Bhimji SS. Esophageal Hematoma. [Updated 2017 Oct 19]. In: StatPearls [Internet]. Treasure Island (FL): StatPearls Publishing; 2018 Jan.
9. Ryu DG, Choi CW, Kang DH, Kim HW, Jeong DI, Kim WC, et al. [A case of intramural hematoma of the esophagus mimicking acute coronary syndrome]. *Korean J Gastroenterol* 2017;69:239-42.
10. Cullen SN, McIntyre AS. Dissecting intramural haematoma of the esophagus. *Eur J Gastroenterol Hepatol* 2000;12:1151-62.