

Hematoma intramural esofágico*

Drs. JUAN J. LOMBARDI A.¹, IGNACIO GONZÁLEZ M.¹, AL. JAVIERA VALDIVIESO A.²,
Drs. ISMAEL CORREA L.^{3,4}, CAROLINA HEREDIA P.^{3,4}

¹ Residente Cirugía General.

² Alumna Medicina.

³ Unidad de Gastroenterología.

⁴ Servicio de Endoscopia Hospital Parroquial de San Bernardo.
Facultad de Medicina Universidad de Los Andes.
Santiago, Chile.

Abstract

Esophageal intramural hematoma

The most common presentation of esophageal hematoma is pain, dysphagia and hematemesis. We report two patients with the condition. A 77 years old female presenting with retrosternal pain and odynophagia after ingesting a pig bone. An upper gastrointestinal endoscopy showed a lineal hematoma, protruding to the lumen in the upper portion of the esophagus. The patient was managed with nil per os (NPO) and parenteral hydration and discharged 72 hours later. An 87 years old male presenting with two episodes of hematemesis and weight loss, an upper gastrointestinal endoscopy showed a dissecting hematoma involving the entire esophageal wall. The patient was managed with NPO and hydration and discharged in good conditions 11 days after admission.

Key words: Hematoma, esophagus, hematemesis.

Resumen

El hematoma intramural esofágico es infrecuente, existiendo pocos casos registrados en la literatura. Generalmente se presenta posterior a un trauma, por ejemplo asociado a procedimientos endoscópicos (escleroterapia), o en forma espontánea. La presentación clínica más frecuente es la tríada de dolor torácico, odinofagia/disfagia y/o hematemesis. Generalmente el tratamiento consiste en un manejo expectante con medidas de soporte habitual. Se exponen 2 casos clínicos presentados en nuestro centro durante el año 2009 y se realiza una revisión de la literatura.

Palabras clave: Hematoma intramural, esófago, traumatismo.

Introducción

El Hematoma Intramural Esofágico (HIE) es una patología poco frecuente¹, caracterizado por un compromiso de la capa submucosa del esófago².

La mayoría de los casos reportados comprometen el tercio distal del esófago, probablemente por la ausencia de musculatura estriada y el menor sustento del órgano. Afecta con mayor frecuencia a mujeres de edad media y avanzada¹⁻³.

*Recibido el 6 de enero de 2010 y aceptado para publicación el 11 de agosto de 2011.

Correspondencia: Dr. Juan J. Lombardi A.
Camino del Ayuntamiento 2006, Santiago, Chile.
juanjoselombardi@gmail.com

El cuadro clínico se caracteriza por dolor retroesternal de inicio súbito, odinofagia y/o disfagia, y puede acompañarse de hematemesis de aparición tardía. Esta tríada sólo está presente en un 35% de los pacientes, siendo el dolor súbito retroesternal el síntoma más frecuente^{4,5}.

Por ser una patología poco frecuente, el diagnóstico se retrasa y sólo se realiza una vez que otras condiciones graves han sido descartadas (infarto agudo al miocardio, disección aórtica, perforación esofágica).

La respuesta al tratamiento conservador con reposo digestivo, analgesia y uso de inhibidores de la bomba de protones (o similares) es buena. Es excepcional la necesidad de resolución quirúrgica.

A continuación se exponen 2 casos de HIE atendidos en nuestro centro y se revisa la literatura disponible.

Caso 1

Paciente de 77 años, sexo femenino con antecedentes de hipertensión arterial y diabetes mellitus. Sin hábito tabáquico ni consumo de alcohol. Acude al servicio de urgencia por dolor retroesternal de inicio súbito asociado a odinofagia tras haber ingerido un hueso de pulpa de cerdo mientras se alimentaba. No refiere disfagia ni hematemesis.

Ingresa al Servicio de Urgencia hemodinámicamente estable, sin fiebre ni compromiso de conciencia, mucosas rosadas, bien perfundida. El examen cardio pulmonar no presenta alteraciones y en el abdominal no se palpaban masas ni visceromegalias.

En la radiografía de tórax y cuello no se evidencia cuerpo extraño. Posteriormente se realiza endoscopia digestiva alta (EDA), en la que se aprecia una mucosa erosionada y edematosa a nivel de la hipofaringe; en el tercio superior del esófago se observa un hematoma lineal que compromete aproximadamente un tercio de la luz, sin visualización de cuerpo extraño (Figuras 1 y 2).

La paciente se maneja de manera conservadora con régimen cero, hidratación parenteral y analgesia. Posteriormente se reinicia alimentación por vía oral en forma progresiva con buena tolerancia. Es dada de alta en buenas condiciones, sin dolor ni disfagia a las 72 hrs de su ingreso para control en forma ambulatoria.

En controles no refiere sintomatología o evidencia clínica de recidiva del hematoma. Al mes del alta ya se alimentaba en forma normal. No se realizó EDA de control por rechazo de la paciente.

Caso 2

Paciente de sexo masculino de 87 años con antecedentes de hipertensión arterial en tratamiento con enalapril y aspirina, usuario de marcapaso definitivo.

Consulta al servicio de urgencia por presentar 2 episodios de hematemesis, sin melena, asociado a baja de peso 20 kilos y disfagia en los últimos 3 meses. Sin historia ulcerosa ni de reflujo gastroesofágico. No consume AINES, salvo cardioaspirina.

El paciente se encuentra hemodinámicamente estable, bien perfundido, deshidratado en forma moderada. El examen abdominal no presenta alteraciones.

El laboratorio mostró un hemograma con un hematocrito de 40%. Se instala sonda nasogástrica que dá salida a sangre fresca. La endoscopia digestiva alta (EDA) de urgencia muestra un hematoma disecante de toda la pared esofágica, erosionado, oclusivo (Figuras 3 y 4). Posteriormente se realiza una tomografía axial computarizada (TAC) helicoidal con contraste, en la que se observa un engrosamiento nodular asimétrico alargado de la pared esofágica posterolateral derecha que se extiende desde la altura del cayado aórtico hasta la región cardial. El contraste oral penetra en su interior en su segmento más cefálico (Figura 5).

El paciente durante su hospitalización requirió transfusión sanguínea por resangrado.

Se maneja en forma expectante con reposo digestivo, inhibidor de la bomba de protones y apoyo con nutrición parenteral. Posteriormente se realimenta en forma progresiva con buena tolerancia. Es dado de alta luego de 11 días de hospitalización en buenas condiciones generales, sin disfagia ni hemorragia digestiva.

Se realiza control con EDA a los 6 meses luego del egreso, la cual muestra resolución completa del hematoma.

Discusión

Las lesiones de la pared del esófago comprenden desde una laceración (Desgarro de Mallory – Weiss) intramural, perforación (Síndrome de Boerhaave) hasta, más raramente, un hematoma intramural⁶. La primera descripción de HIE secundario a instrumentalización fue hecha en 1965⁷ y la de HIE espontáneo en el año 1968⁸. Existen al menos dos casos reportados en nuestro país⁹⁻¹⁰.

En el hematoma la lesión se produce en el plano submucoso del esófago, lo que causa la disección de la mucosa de su plano muscular subyacente.

Etiológicamente se ha clasificado como relacionado a: (i) Trauma Directo (incluyendo el secundario a procedimientos endoscópicos); (ii) Vómitos; (iii) Coagulopatía; (iv) Trastorno de la deglución, y (v) Espontáneo¹¹.

Según lo reportado en la literatura en un 60% de los casos se encuentra algún factor etiológico o predisponente, como instrumentalización, vómitos



Figura 1. Endoscopia Digestiva Alta, Caso 1. Se observan las cuerdas vocales, pudiéndose ver además la mucosa erosionada y edematosa.

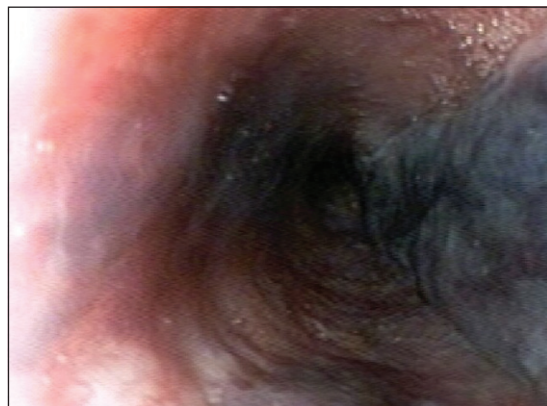


Figura 2. Endoscopia Digestiva Alta, Caso 1. A nivel del tercio superior del esófago aparece esta lesión, la cual compromete aproximadamente 1/3 de la circunferencia del esófago. Hallazgos compatibles con un Hematoma Esofágico.

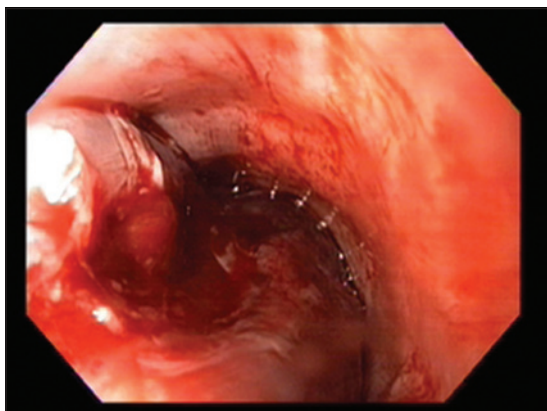


Figura 3. Endoscopia Digestiva Alta, Caso 2. Lesión mucosa con restos hemáticos frescos, ocluyendo prácticamente la totalidad del lumen esofágico.

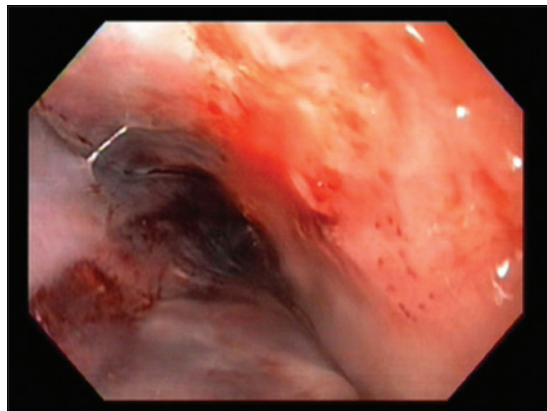


Figura 4. Endoscopia Digestiva Alta, Caso 2. Se observa una lesión superficial que ocluye en forma parcial el lumen del esófago. La mucosa esofágica presenta erosiones con restos de fibrina. Se hace el diagnóstico de Hematoma Disecante de la pared del Esófago.

repetidos, trauma, ingesta de alimentos, coagulopatía; siendo lo más frecuente la instrumentalización y los vómitos repetidos^{5,10,12}. En uno de nuestros casos el factor fue la ingesta de un cuerpo extraño (hueso). En el segundo caso se pensó en la existencia de una lesión tumoral como factor desencadenante del hematoma, sin embargo, la EDA de control descartó esta posibilidad por lo cual se consideró como un hematoma espontáneo.

Desde el punto de vista clínico la presentación más frecuente es la tríada de dolor torácico, odinofagia/disfagia y/o hematemesis. Se describe que el síntoma más frecuente es el dolor retroesternal, que se

presenta en un 66 a 84%^{3,10}; la odinofagia/disfagia se presenta en un 26-59% y la hematemesis en hasta un 56%, siendo ésta de aparición más tardía^{2,12}. Al menos uno de estos 3 síntomas se presenta en un 99% de los pacientes⁵. Ninguno de nuestros pacientes presentó la tríada típica descrita, presentando alguno de sus 3 componentes (dolor retroesternal y odinofagia en el Caso 1, y hematemesis en el Caso 2).

El estudio de estos pacientes debe enfocarse en primera instancia a descartar patologías que atenten contra la vida (electrocardiograma, radiografía de tórax) los cuales generalmente están normales^{11,12}. Descartado esto, se puede continuar con un estudio



Figura 5. Tomografía Axial Computada, Caso 2. Se aprecia un engrosamiento asimétrico de la pared posterolateral derecha de la pared del esófago.

de deglución con contraste, el cual demostrará la presencia de una lesión intraluminal indistinguible de un tumor. Dado esto se puede solicitar algún examen de imágenes complementario (TAC o Resonancia), que además nos permitirá evaluar el mediastino, o una endoscopia digestiva alta, la cual debe realizarse cuidadosamente dado la posibilidad de rotura del hematoma^{1,6,12}. En caso de sospecha de patología aórtica se puede complementar la endoscopia con endosonografía¹¹.

El manejo del HIE en general es conservador³, con reposo digestivo, analgesia y uso de inhibidores de la bomba de protones o similares, aunque no hay evidencia que sustente el uso de estos últimos². En general, la resolución se logra durante la primera a tercera semana^{6,13} (idealmente realizar control de la lesión de forma endoscópica o estudios contrastados)¹¹. Nuestros dos pacientes se manejaron de manera conservadora con buenos resultados, controlándose en forma clínica al primer caso y con EDA al segundo caso. La necesidad de manejo quirúrgico es rara y se requiere en menos del 15%⁴. Puede ser necesario en caso de perforación o sangrado incontrolable, lo cual es poco frecuente en la evolución^{12,14}. Hay un caso descrito en el cual se utilizó el drenaje precoz del hematoma mediante endoscopia con resultados adecuados, en paciente sometido a escleroterapia y que presentó problemas

respiratorios secundarios a compresión de la vía aérea por el hematoma¹⁵.

Referencias

- Hiller N, Zagal I, Hadas-Halpern I. Spontaneous Intramural Hematoma of the Esophagus. *Am J of Gastr.* 1999;94:2282-4.
- Thomasset SC, Berry DP. Spontaneous intramural esophageal hematoma. *J Gastrointest Surg.* 2005;9:155-6.
- Kerr WF. Spontaneous intramural rupture and intramural haematoma of the esophagus. *Thorax* 1980;35:890-7.
- Enns R, Brown JA, Halparin L. Intramural esophageal hematoma: a diagnostic dilemma. *Gastrointest Endosc.* 2000;51:757-9.
- Huddy J, Kotecha A, Dussek J, McNair A. Dissecting intramural hematoma of the esophagus after thrombolysis for myocardial infraction. *Gastrointest Endosc.* 2005;61:340-3.
- Cheung J, Müller N, Weiss A. Spontaneous intramural esophageal hematoma: Case report and review. *Can J Gastroenterol.* 2006;20:285-6.
- Lichter I, Borrie J. Intramural oesophageal abscesses. *Br J Surg.* 1965;52:185-8.
- Marks IN, Keet AD. Intramural rupture of the oesophagus. *Br Med J.* 1968;3:536-7.
- Latorre R, Cohen A, Gidi J, Velasco M. Hematoma submucoso del esófago. *Rev Med Chile* 1990;118:1258-61.
- Karelovic S, Liberon B, Mijac N, Badilla N, Wipe B. Hematoma intramural esofágico: Caso clínico. *Gastr Latinoam.* 2007;18:319-22.
- Tong M, Hung WK, Law S, Wong KH, Kwok KF, Wong J. Esophageal hematoma. *Dis Esophagus* 2006;19:200-2.
- Meininger M, Bains M, Yusuf S, Gerdes H. Esophageal intramural hematoma: a painful condition that may mimic an esophageal mass. *Gastrointest Endosc.* 2002;56:767-70.
- Yen HH, Soon MS, Chjen YY. Esophageal intramural hematoma: an unusual complication of endoscopic biopsy. *Gastrointest Endosc.* 2005;62:161-3.
- Chiu HH, Chao CC, Mo LR. Gastrointestinal: esophageal intramural hematoma. *J Gastroenterol Hepatol.* 2003;18:1319.
- Adachi T, Togashi H, Watanabe H, Okumoto K, Hattori E, Takeda T, et al. Endoscopic incision for esophageal intramural hematoma after injection sclerotherapy: case report. *Gastrointest Endosc.* 2003;58:466-8.