

Hematoma esofágico espontáneo: A propósito de un caso

Alonso Martínez H.¹, Rosario Valdés O.², Hugo Figueroa S.³

1. Médico radiólogo, Servicio de Imagenología Clínica Santa María. Profesor instructor Universidad de los Andes. Santiago, Chile.
2. Médico residente de Radiología, Universidad de Los Andes. Santiago, Chile.
3. Médico radiólogo, Servicio de Imagenología Clínica Santa María. Santiago, Chile.

Spontaneous esophageal hematoma: About a case.

Resumen: El dolor torácico es un motivo frecuente de consulta en los servicios de urgencias, sin embargo, el hematoma esofágico es una causa muy poco frecuente. Se manifiesta más frecuentemente en mujeres de edad media y avanzada, con una triada de dolor torácico súbito, disfagia u odinofagia y hematemesis. Presentamos un caso de una mujer de 89 años con antecedentes de hipertensión arterial en tratamiento, usuaria de antihipertensivos y aspirina, con una historia de dos días de evolución de dolor retroesternal, sensación febril, disnea y tos productiva secundario a un hematoma esofágico.

Palabras clave: Esófago, Hematemesis, Hematoma, Hematoma submucoso.

Abstract: Thoracic pain is a frequent reason for consultation in the emergency department, however, esophageal hematoma is a very rare cause. It manifests more commonly in women of middle and advanced age, with a triad of sudden chest pain, dysphagia or odynophagia and hematemesis. We present a case of a 89 years old female patient, with a history of arterial hypertension in treatment, user of antihypertensive drugs and aspirin with a two day history of retrosternal pain, febrile sensation, dyspnea and productive cough due to a esophageal hematoma.

Key words: Esophagus, Hematemesis, Hematoma, Submucosal hematoma.

Martínez A., et al. Hematoma esofágico espontáneo: A propósito de un caso. Rev Chil Radiol 2018; 24(4): 151-154.

*Correspondencia: Alonso Martínez H. / alonso.martinez@clnicasantamaria.cl

Trabajo enviado el 01 de noviembre de 2018. Aceptado para publicación el 07 de diciembre de 2018.

Introducción

El dolor torácico es un motivo frecuente de consulta en los servicios de urgencias, algunos reportes indican que al menos un 5% de las consultas se deberían a este motivo⁽¹⁾. Sin embargo, el hematoma esofágico es una causa muy poco frecuente dentro de los diagnósticos diferenciales a considerar. Por su baja frecuencia no existen reportes que den una prevalencia precisa.

Habitualmente se manifiesta en mujeres de edad media y avanzada. Aproximadamente en un 35% de los casos se presenta con una tríada de dolor torácico súbito, disfagia u odinofagia y hematemesis^(2,3).

Lo más frecuente es que afecte el tercio distal

del esófago, dado su menor sostén a este nivel y ausencia de musculatura estriada^(1,4).

Caso clínico

Paciente de sexo femenino, 89 años, con antecedentes de hipertensión arterial en tratamiento, sin hábito tabáquico ni alcohólico, tampoco procedimiento endoscópico reciente. Usuaria de antihipertensivos y antiagregante plaquetario (aspirina). Consulta en servicio de urgencia por un cuadro de dos días de evolución de dolor retroesternal, sensación febril, disnea y tos productiva.

Ingresa al Servicio de urgencias hemodinámicamente estable, consciente, afebril, bien perfundida. En el examen cardiopulmonar presenta roncus difusos

y en el examen abdominal no se palparon masas, signos de visceromegalia, ni otras alteraciones.

En el servicio de urgencia se solicitan exámenes por sospecha de neumonía. Dentro de ellos una radiografía de tórax portátil, donde no se observan focos de condensación ni otras alteraciones evidentes. Posteriormente, se solicita una tomografía computada de tórax, sin contraste.

Hallazgos imagenológicos

En la tomografía computada de tórax sin contraste se evidencia una masa mediastínica posterior, bien definida, espontáneamente densa (58 unidades de Hounsfield (UH)) dependiente del esófago. Se extiende desde su tercio medio hasta el segmento distal, comprimiendo y desplazando el lumen hacia posterior e izquierda. Mide aproximadamente 11 x 6 x 2 cm en sus ejes mayores (Figuras 1 y 2).

Las restantes estructuras del mediastino se en-

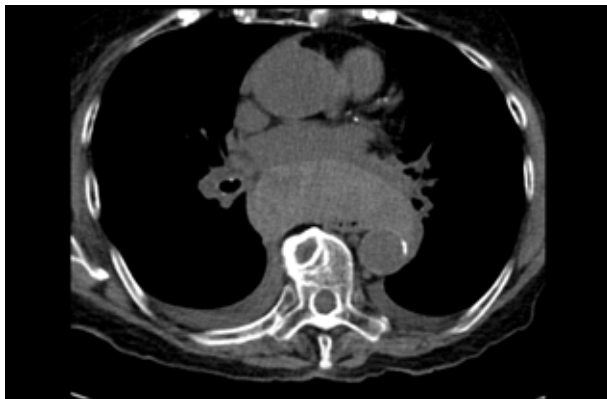


Figura 1: Tomografía computada de tórax sin contraste, imagen axial, donde se observa masa mediastínica posterior, espontáneamente densa, en directa relación con el esófago torácico.

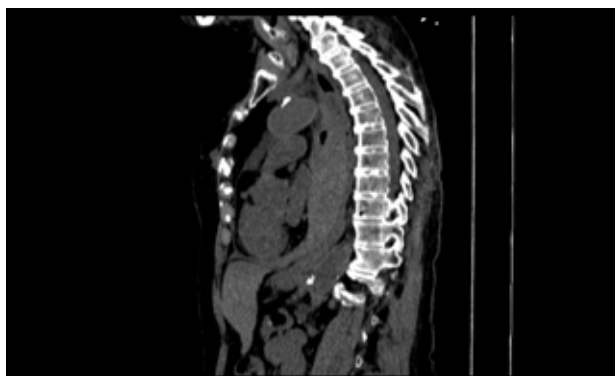


Figura 2: Tomografía computada de tórax sin contraste, imagen sagital. Se verifica extensión de la masa desde el tercio medio hasta el segmento distal del esófago torácico, comprimiendo y desplazando el lumen hacia posterior y a la izquierda.

cuentran indemnes. En el parénquima pulmonar no se observaron focos de condensación, solo algunas bandas atelectásicas. Destaca baja densidad del lumen en los principales vasos mediastínicos (32 UH), que traduce anemia.

Se prosigue el estudio con una radiografía de tórax posteroanterior y lateral. En la proyección frontal se observa un leve derrame pleural bilateral. En la proyección lateral, vuelve a detectarse una densidad de partes blandas de disposición cráneo-caudal, que se sitúa en el mediastino medio-posterior en relación con el trayecto esofágico (Figura 3).

Una segunda tomografía computada de tórax con



Figura 3: Radiografía de tórax en proyección lateral, donde se observa ocupación del espacio retrocardíaco y prevertebral, por una imagen con densidad de partes blandas.

contraste endovenoso realizada 6 días después no muestra realce de la masa en estudio. En comparación con el estudio previo, existe leve disminución del tamaño de la masa que determina leve compresión de las venas pulmonares en su llegada a la aurícula izquierda (Figuras 4, 5 y 6).

Se realizó el diagnóstico de hematoma esofágico espontáneo, la paciente fue tratada de manera conservadora, con una favorable evolución y sin necesidad de cirugía.

Discusión

Las lesiones no neoplásicas de la pared esofágica tienen un amplio espectro de presentación. Dentro de ellas, el hematoma esofágico es muy poco frecuente.

Existe escasa bibliografía al respecto, en especial desde el punto de vista imagenológico. La mayor parte de los reportes han sido desarrollados por cirujanos

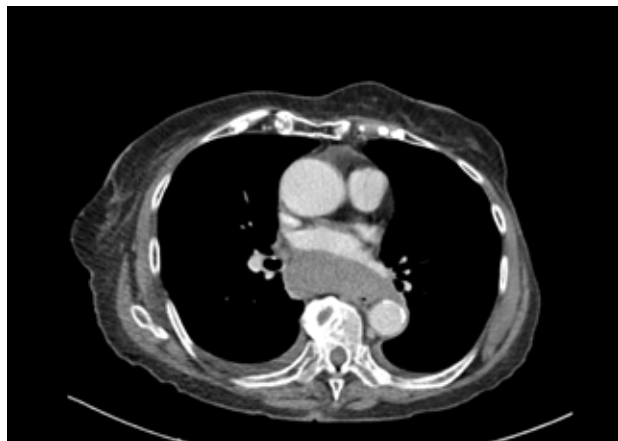


Figura 4: Tomografía computada de tórax contrastada a los 6 días, imagen axial, donde se vuelve a observar la masa mediastínica, que no capta yodo, de discreto menor tamaño respecto del examen previo.



Figura 5: Tomografía computada de tórax contrastada, imagen coronal, donde se aprecia la extensión de la lesión y se identifica desplazamiento de estructuras adyacentes, sin invasión de éstas.



Figura 6: Tomografía computada de tórax contrastada, imagen coronal-oblicua, donde se aprecia desplazamiento y compresión del lumen esofágico por la lesión.

o gastroenterólogos. Fue descrito por primera vez en el año 1965, secundario a una esofagoscopia⁽⁵⁾. En el año 1968 Marks y Keet describieron un caso espontáneo en un estudio de esófago, estómago y duodeno⁽⁶⁾.

Los hematomas se producen en la submucosa, generando una disección entre los planos mucoso y muscular⁽⁴⁾. Ocurren habitualmente en la pared posterolateral izquierda del esófago distal⁽⁶⁾ dado el menor sostén anatómico a este nivel y las características anatómicas propias del esófago que lo hacen más débil en este segmento, particularmente debido a la ausencia de musculatura estriada^(1,4).

Dentro de las causas descritas se encuentran el trauma, incluyendo el iatrogénico, vómitos profusos, las coagulopatías, trastornos de deglución y por último los hematomas espontáneos⁽⁷⁾. Hasta en un 60% de los casos se encontraría un factor etiológico o precipitante, según datos reportados en la literatura⁽⁴⁾. Los hematomas esofágicos espontáneos se relacionan al uso de medicamentos anticoagulantes o antiagregantes plaquetarios^(8,9), lo que podría considerarse el factor precipitante.

En la aproximación diagnóstica, la radiografía de tórax es la primera imagen para evaluar pacientes con dolor torácico. Podría jugar algún papel orientador, observándose ensanchamiento del mediastino y ocupación del espacio retro cardíaco y prevertebral por una masa elongada, como en el caso presentado^(1,10). También se describe derrame pleural en casos de rotura esofágica asociada.

Se ha utilizado el estudio de esófago, estómago y duodeno idealmente con contraste hidrosoluble, para aquellos pacientes con sospecha de hematoma, perforación o fistula traqueo esofágica. En los hematomas esofágicos, se describe un defecto de llenado del lumen (al nivel del hematoma) y el clásico signo del “doble cañón” en aquellos casos en que existe disección intramural, creándose un lumen verdadero y uno falso⁽¹⁾.

La TC es el método de estudio de elección para estos pacientes. Se presenta con un engrosamiento bien definido de la pared esofágica o bien una masa mediastínica posterior en directa relación al esófago, espontáneamente densa determinado por el contenido hemático, aunque variable de acuerdo al tiempo de evolución y contenido de globina, que no muestra realce con el uso de medio de contraste⁽¹⁾. Puede existir gas en caso de infección o lesión mucosa.

La endoscopia digestiva muestra el hematoma como una lesión de color azulosa, que sollevanta la mucosa esofágica⁽¹¹⁾. Además, permite evaluar la presencia de laceraciones u otras lesiones asociadas⁽¹⁾.

El manejo es habitualmente conservador y se reserva la cirugía para los casos de mayor gravedad, en que la perforación o hemorragia son de difícil manejo. Estos últimos no representan más del 15% de los

casos⁽¹²⁾. Aun tomando las precauciones necesarias y realizando un manejo estricto no quirúrgico, la tasa de mortalidad reportada alcanza hasta un 7-9%⁽¹³⁾.

Referencias

1. Katabathina VS, Restrepo CS, Martinez-Jimenez S, Riascos RF. Nonvascular, nontraumatic mediastinal emergencies in adults: A comprehensive review of imaging findings. *Radiographics* 2011 Jul-Aug; 31(4): 1141-1160. doi: 10.1148/rg.314105177.
2. Hiller N, Zagal I, Hadas-Halpern I. Spontaneous Intramural Hematoma of the Esophagus. *Am J of Gastr.* 1999; 94: 2282-2284.
3. Kerr WF. Spontaneous intramural rupture and intramural haematoma of the esophagus. *Thorax* 1980; 35: 890-897.
4. Lombardi A., Juan J et al. Hematoma intramural esofágico. *Rev Chil Cir [online]*. 2012; 64(1) [citado 2018-08-05]: 68-71.
5. Lichter I, Borrie J. Intramural oesophageal abscesses. *Br J Surg.* 1965; 52: 185-188.
6. Marks IN, Keet AD. Intramural rupture of the oesophagus. *Br Med J.* 1968; 3: 536-537.
7. Tong M, Hung WK, Law S, Wong KH, Kwok KF, Wong J. Esophageal hematoma. *Dis Esophagus* 2006; 19: 200-202.
8. Jalihal A, Jamaludin AZ, Sankarakumar S, et al. Intramural hematoma of the esophagus: a rare cause of chest pain. *Am J Emerg Med* 2008; 26: e841-e842.
9. Yamashita K, Okuda H, Fukushima H, et al. A case of intramural esophageal hematoma: complication of anticoagulation with heparin. *Gastrointest Endosc* 2000; 52: 559-561.
10. Lowman RM, Goldman R, Stern H. The roentgen aspects of intramural dissection of the esophagus. The mucosal stripe sign. *Radiology* 1969; 93: 1329-1331.
11. John Samuel Lubel, and Puneet Mahindra, Spontaneous Submucosal Esophageal Hematoma: A Cause of Severe Thoracic Back Pain *CLINICAL GASTROENTEROLOGY AND HEPATOLOGY* 2012; 10: xxiii.
12. Enns R, Brown JA, Halparin L. Intramural esophageal hematoma: a diagnostic dilemma. *Gastrointest Endosc.* 2000 ;51: 757-759.
13. Restrepo CS, Lemos DF, Ocazonez D, Moncada R, Gmimenez CR. Intramural hematoma of the esophagus: A pictorial essay. *Emerg Radiol* 2008; 15(1): 13-22.