

Hematoma disecante del esófago a causa de abdomen agudo quirúrgico

Dissecting Hematoma of the Esophagus due to Acute Surgical Abdomen

Wilson Laffita Labañino^{1*}

Cándido Satiro Abilio Luciano¹

Alexis Otero Cuenca¹

Iracema de Fatima Dias Caetano de Brito¹

Wilder Rene Lafita Montes de Oca¹

¹ Centro de Investigaciones Médico Quirúrgica de Angola (CIMECA). Instituto Superior Politécnico Multiperfil. Luanda. Angola.

* Autor para la correspondencia: Correo electrónico: wilsoncirujano@yahoo.es

RESUMEN

El hematoma disecante del esófago es poco frecuente y solo existen pocos casos registrados en la literatura. Generalmente, se presenta después de un trauma asociado a procedimientos endoscópicos o de forma espontánea. Se describe clínicamente con la triada clásica de dolor torácico, odinofagia, disfagia o hematemesis. Se ha relacionado con un aumento rápido de la presión intraesofágica o un mecanismo de deglución anómala particularmente en presencia de trastornos de la hemostasia. La mayoría de los pacientes tienen un buen pronóstico pues resuelven con tratamiento conservador. Presentamos el caso clínico de un paciente con diagnóstico de hematoma disecante de esófago con ruptura a cavidad abdominal que causó hemoperitoneo importante. Se realiza una revisión del tema.

Palabras clave: hematoma disecante; esófago; abdomen agudo quirúrgico.

ABSTRACT

Dissecting hematoma of the esophagus is a rare condition and there are only few cases reported by the literature. Generally, it occurs after trauma associated with endoscopic procedures or spontaneously. It is described clinically with the classic triad of chest pain,

odynophagia, dysphagia or hematemesis. It has been associated with a rapid increase in intra-esophageal pressure or an abnormal swallowing mechanism particularly in the presence of haemostasis disorders. Most patients have a good prognosis because they obtain a solution by means of a conservative treatment. We present the clinical case of a patient with a diagnosis of dissecting hematoma of the esophagus with rupture to the abdominal cavity causing significant hemoperitoneum. A review of the subject is carried out.

Keywords: dissection hematoma; esophagus; acute surgical abdomen.

Recibido: 10/10/2017

Aprobado: 10/11/2017

INTRODUCCIÓN

Ha pasado mucho tiempo desde que Herman Boerhave describiera por primera vez en noviembre de 1723, una perforación esofágica en la autopsia practicada al Barón de Wassenaar, celebre aristócrata de la época⁽¹⁾ y en 1929 George Kenneth Mallory y Soma Weiss describieran el sangrado esofágico por laceración de la unión esófago-gástrica.^(2,3) En 1957 *William*⁽³⁾ reporta el primer caso de hematoma disecante del esófago para dar nombre al hematoma que aparece en la submucosa de dicho órgano.

Desde entonces, esta enfermedad ha recibido varios nombres como: Boerhave incompleto, hematoma submucoso, hematoma disecante submucoso y hematoma intramural del esófago (HIE), aunque no es menos cierto que es una lesión intermedia entre el Síndrome de Mallory Weiss (SMW) y el síndrome de Boerhave (SB).

PRESENTACIÓN DEL CASO

Paciente de 24 años de edad del sexo masculino, con hábitos etílicos, que acudió a los servicios de urgencia por presentar un cuadro de inicio brusco después de la ingestión de bebidas alcohólicas caracterizado por vómitos abundantes, dolor torácico intenso de localización retroesternal, odinofagia y dificultad respiratoria.

Al examen físico

Paciente consciente, que colabora al interrogatorio, deficiente estado nutricional, toma del estado general, deshidratación moderada, con ligera polipnea, murmullo vesicular audible en ambos campos pulmonares sin estertores, hipotenso, taquicárdico y afebril.

Abdomen: plano, sin dolor, sin signos de irritación peritoneal.

Se realizaron exámenes de laboratorio e imaginológicos de urgencia que muestran en el hemograma una leucocitosis a predominio de polimorfo nucleares neutrófilos, glicemia y creatinina dentro de límites normales, ionograma y gasometría que evidencian una alcalosis hipoclorémica.

En la radiografía de tórax anteroposterior se descartan las entidades pleuropulmonares causantes de cuadro torácico agudo, así como un electrocardiograma descarta las entidades cardiovasculares y coronarias agudas.

Luego de realizada la endoscopia superior se informó la presencia de una masa que ocupaba 40 % del lumen esofágico de coloración azulosa. Los resultados se interpretaron como un hematoma esofágico.

El paciente ingresa con tratamiento conservador, observación, analgesia, corrección de los trastornos hidroelectrolíticos y ácido básico, alimentación parenteral y omeprazol en infusión.

Un día después hubo empeoramiento de la sintomatología con aumento del dolor y dificultad para deglutir la saliva, se realiza un estudio contrastado de esófago estómago duodeno y una tomografía axial computarizada (TAC) toracoabdominal (Fig. 1 a y b) que evidencian un hematoma disecante del esófago de gran extensión desde el tercio medio esofágico hasta el cuerpo gástrico rechazando el estómago hacia la izquierda con compresión del riñón izquierdo.

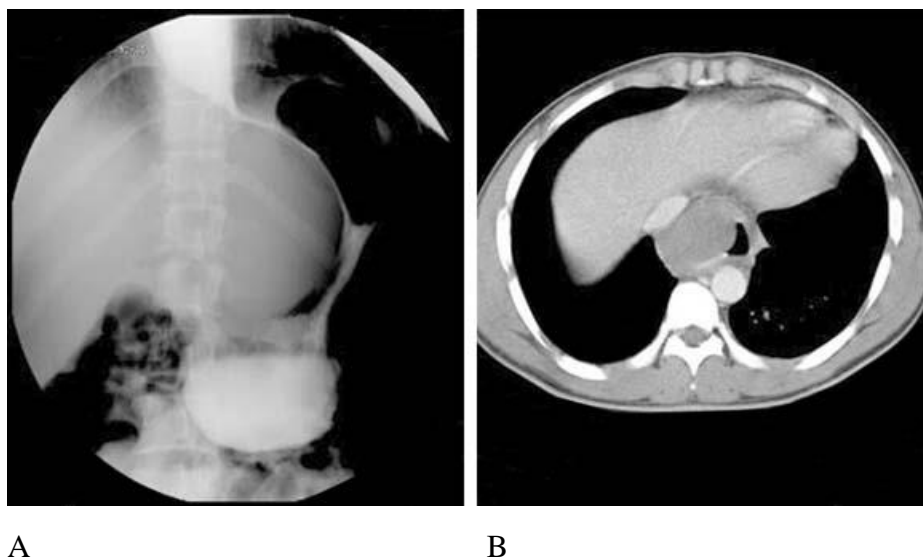


Fig. 1 – A) Imagen contrastada de esófago, estómago, duodeno. B) TAC.

Se continuó el tratamiento médico conservador, observación estricta, se adicionó antimicrobiano al tratamiento. El segundo día de estadía evolucionó con dolor abdominal intenso, con signos de irritación peritoneal, hipotensión y taquicardia, que estabilizan con administración de líquidos y coloides.

En los exámenes evolutivos resaltó una anemia en el hemograma y aumento de la leucocitosis, así como elevación de las enzimas hepáticas.

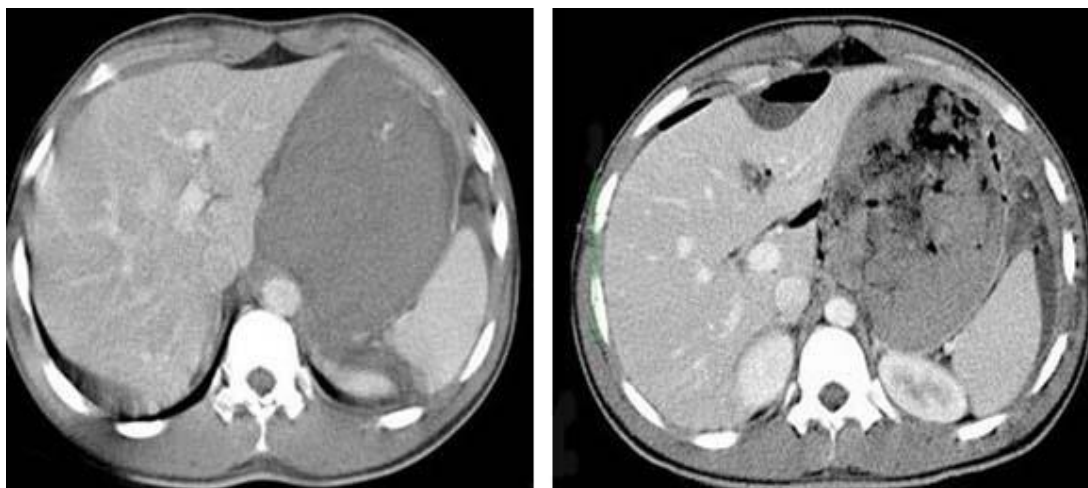


Fig. 2 - TAC abdominal evolutiva con neumoperitoneo, liquido libre en cavidad abdominal y aparición de aire dentro del hematoma esófago/gástrico.

Se realiza laparotomía de emergencia donde se constatan 2500 mL de sangre libre y coágulos en cavidad abdominal, un gran hematoma con perforación del esófago distal y proximal del estómago (Fig. 1). Se realiza esofagectomía subtotal con gastrectomía proximal, anastomosis esófago gástrica transpleural derecha (Ivor Lewis) y yeyunostomía para alimentación.

Fue trasladado a la unidad de cuidados intensivos (UCI) con mejoría gradual y recuperación hasta su alta a los 20 días de estadía alimentándose por vía oral.

DISCUSIÓN

El hematoma intramural del esófago, es una enfermedad poco frecuente, aunque bien documentada, y generalmente se presenta en pacientes con historia de trauma sobre el órgano como las exploraciones endoscópicas o bien de forma espontánea en pacientes con trastornos de la coagulación por enfermedades hematológicas o inducidos por fármacos (antiagregantes plaquetarios o tratamientos con anticoagulantes).^(1,2,3,4)

Chiu y otros,⁽⁵⁾ clasifican en 6 categorías de acuerdo a su posible etiopatogenia:

1. Trastornos hemostáticos
2. Eméticos
3. Espontáneos
4. Traumáticos (trauma cerrado o inducido por alimentos).⁴
5. Iatrogénicos (procederes endoscópicos o colocación de catéteres venosos centrales)
6. Relacionados con enfermedades aórticas.^(6,7)

El hematoma intramural del esófago se describe como un estado intermedio entre el síndrome de Mallory Weiss (SMW) y el Boerhave, mientras en el SMW hay un desgarro de la mucosa en la transición esófago gástrica con aparición de sangrado digestivo alto (hematemesis), que puede comprometer la hemodinámica en dependencia de la cuantía de la hemorragia, visible y tratable por endoscopia superior.

El SB se produce por una perforación esofágica (ruptura transmural espontanea) con la consiguiente mediastinitis y cuadro séptico, caracterizada clínicamente por la triada de Mackler.^(5,8,9) es decir vómito, dolor retroesternal bajo y enfisema subcutáneo. El hallazgo radiológico más frecuente encontrado es el derrame pleural, aunque también en la radiografía de Tórax se puede encontrar también el signo de la V de Naclerio producto a la acumulación de aire en el mediastino y entre el diafragma adoptando la forma de la letra V.^(5,10,11) El hematoma intramural es el menos frecuente de los tres, según *Pardo*⁽¹²⁾ y otros, en la literatura inglesa solo se habían descritos 119 pacientes desde 1968 hasta 2010 y se caracteriza por un desgarro con sangrado entre la submucosa y el plano muscular y clínicamente se caracteriza por la triada de dolor retroesternal, disfagia/odinofagia y hematemesis.^(5,12,13) en 35 al 80 % de los pacientes.

Se presenta en la porción distal del esófago porque carece de fibras musculares estriadas y tiene menos soporte de las estructuras adyacentes como el corazón y la tráquea.^(14,15,16,17,18)

Son más frecuentes en el sexo femenino con una relación de 2:1 y se pueden ver en un rango de edad de 21 a 87 años, aunque es más frecuente que se presente en las edades avanzadas. Por el cuadro clínico que presenta hay que hacer el diagnóstico diferencial con una serie de afecciones torácicas de origen cardiovascular, pulmonar o esofágica.⁽¹⁰⁻¹⁸⁾

El diagnóstico puede hacerse por varios métodos, primeramente un estudio contrastado de esófago estómago duodeno que revela el signo de *strip* mucoso, o una imagen de defecto de lleno (Fig. 1), segundo mediante la visualización directa del hematoma por una esofagoscopia, y tercero por una tomografía computadorizada (TAC) o resonancia magnética nuclear (RMN) estudios estos que ayudan a descartar otras entidades como la disección aórtica, también se ha descrito un cuarto método de diagnóstico que es el ultrasonido endoscópico,⁽¹³⁾ aunque menos utilizado.⁽⁷⁻¹³⁾

Una vez que se hace el diagnóstico de HIE, el tratamiento es conservador,⁽¹⁰⁻²²⁾ con medidas de soporte, analgésicos alimentación parenteral y vigilancia con resolución espontanea de 7 a 15 días, sin dejar secuelas, las complicaciones son raras e incluyen la hemorragia digestiva severa y la perforación esofágica, que necesitan de tratamiento quirúrgico para su

resolución, como sucedió en el caso que se relata. Se han descrito otras complicaciones como compresión de la vía aérea por el hematoma.^(12,20-23) *Zhu*⁽²⁴⁾ reporta un caso que evoluciona hacia la perforación esofágica, empiema y fistula esófago pleural, así como *Guo* y otros,⁽²⁵⁾ reportan un caso de hematoma disecante esofágico con hemotórax derecho que fue corregido por videotoracoscopia.

En la literatura revisada no se encontró otro caso similar a este que se presenta causando un abdomen agudo quirúrgico de etiología hemorrágica.

CONCLUSIONES

El hematoma disecante esofágico es una entidad poco frecuente, su diagnóstico se realiza generalmente cuando se excluyen enfermedades cardiovasculares o pleuropulmonares agudas, su tratamiento es conservador y evolucionan en la mayoría de los casos a la remisión sin secuelas.

La decisión de intervención quirúrgica no debe reservarse solo para las complicaciones como hemorragia o perforación, sino también para el hematoma disecante y progresivo, donde por el volumen y la disección extensa o circular, es conveniente su descompresión, sea endoluminal o video endoscópica (abdominal o torácica), por el alto riesgo de isquemia de la pared esofágica y con ello la perforación y la mediastinitis, muchas veces fatales.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Famous Patients, Famous Operations, 2002 - Part 1: The Case of the Aristocrat with Indigestion - Medscape - Mar 01; 2002.
2. Diago CD, Garcia VR, Arguelles STD. Síndrome de Mallory-Weiss en una embarazada. *Revista Cubana de Obstetricia y Ginecología*. 2010;36(2):194-201.
3. Williams B. Esophageal laceration following remote trauma. *Br J Radiol*. 1957;30:666-8.
4. Koike J, Matsushima M, Teraoka H, Igarashi M, Deguchi R, Suzuki T, et al. A Case of Submucosal Hematoma of The Esophagus and Stomach, Possibly Caused by Fish Bone Ingestion. *Tokai J Exp Clin Med*. 2010;35(1):46-56.
5. Chiu YH, Chen JD, Hsu CY, How CK, Yen DHT, Huang CI. Spontaneous Esophageal Injury: Esophageal. Intramural Hematoma. *J Chin Med Assoc*. 2009;72(9):498-500.
6. Restrepo CS, Lemos DF, Ocazonez D, Moncada R, Gimenez. CR. Intramural hematoma of the esophagus: a pictorial essay. *Emerg Radiol*. 2008;15:13-22.
7. Jalihal A, Jamaludin AZ, Sankarakumar S, Chong VH. Intramural hematoma of the esophagus: a rare cause of chest pain. *Am J Emerg Med*. 2008;26:843.

8. Cullen SN, McIntyre AS. Dissecting intramural haematoma of the esophagus. *Eur J Gastroenterol Hepatol.* 2000;12:1151-62.
9. Enns R, Brown JA, Halparin L. Intramural esophageal hematoma: a diagnostic dilemma. *Gastrointest Endosc.* 2000;51:757-9.
10. Ng CS, Mui WL, Yim AP. Barogenic esophageal rupture: Boerhaave syndrome. *Can J Surg.* 2006;49:438-9.
11. Rochford M, Kiernan TJ. Images in emergency medicine. Boerhaave's syndrome (spontaneous esophageal rupture). *Ann Emerg Med.* 2007;49:746-77.
12. Pardo JJ, Abarca AA, Walker KJ, Celedón CL. Hematoma masivo esofágico con compromiso supraglótico: Reporte de un caso y revisión de la literatura. *Rev. Otorrinolaringol. Cir. Cabeza Cuello.* 2010;70:237-44.
13. Mion F, Bernard G, Valette PJ, Lambert R. Spontaneous esophageal hematoma: diagnostic contribution of echoendoscopy. *Gastrointest Endosc.* 1994;40:503-5.
14. Cummins E, Sharkey M, Eastin T, Adkins E. A Rare Cause for Acute Chest Pain in the Emergency Setting That Is Hard to Swallow. *Emergency Medicine.* 2013:1-4.
15. Cooray S, Dellaportas D, Caruana C, Davies AR. "Spontaneous Intramural Esophageal Haematoma in a Patient with Uncontrolled Hypertension: An Unusual Chest Pain Aetiology," *Case Reports in Surgery*, vol. 2017, Article ID 4086056, 4 pages, 2017. DOI:10.1155/2017/4086056.
16. Hong M, Warum D, Karamanian A. "Spontaneous intramural esophageal hematoma (IEH) secondary to anticoagulation and/or thrombolysis therapy in the setting of a pulmonary embolism: a case report," *Journal of Radiology Case Reports.* 2013;7(2):1-10.
17. Seneviratne SA, Kumara DS, Drahaman A. "Spontaneous intramural esophageal haematoma: a case report, *Medical Journal of Malaysia.* 2012;67(5):536-7.
18. Snajdauf M, Pazdro A, Harustiak T, Mrázková H, Lischke R. Intramural haematoma of the esophagus—a case report and literature review. *Rozhledy v Chirurgii.* 2015;94:30-3.
19. Yan J, Walker, Chalasani P. Spontaneous paraesophageal hematoma. *ACG Case Reports Journal,* 2015;3(1):29-30.
20. 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.
21. Lombardia JJ, González MI, Valdiveso AJ, Correa LI, Heredia PC. Hematoma intramural esofágico. *Rev Chilena de Cirugía.* 2012;64(1):68-71.
22. Uichiro Fuchizaki, Kazutoshi Yamada, and Shogo Matsuda. An Unusual Cause of Severe Chest Pain. *Gastroenterology.* 2016;150:566-7.
23. Gómez ZM, Rodríguez GA, Siado A. Hematoma esofágico intramural: de la disección a la perforación. *Rev Col Gastroenterol.* 2012;27(2):129-33.

24. Zhu RY, Law TT, Tong D, Tam G, Law S. Spontaneous circumferential intramural esophageal dissection complicated with esophageal perforation and esophageal-pleural fistula: a case report and literature review. *Dis Esophagus*. 2016;29(7):872-9.
25. Guo C, Mei J, Guan P, Lin F, Pu Q, Liu L. Unusual clotted haemothorax caused by spontaneous intramural haematoma of the esophagus: a case report. *J Thorac Dis*. 2016;8(12):1594-6.

Conflictos de intereses

Los autores no declaran tener conflictos de intereses.