

Hematoma esofágico gigante: posible relación con dosis pequeñas de aspirina

M. Iñarrairegui Bastarrica, F.J. Jiménez Pérez, J.M. Zozaya Urmeneta, J.J. Vila Costas, A. Arín Letamendia y B. Cástan Martínez

Servicio de Aparato Digestivo. Hospital de Navarra. Pamplona. España.

RESUMEN

El hematoma esofágico es una patología infrecuente, que se presenta por lo común como dolor torácico agudo y puede ocurrir espontáneamente o asociado a alguna enfermedad subyacente o daño esofágico directo. Los trastornos de la coagulación desempeñan un papel importante en el desarrollo del hematoma. Describimos a continuación un caso en una paciente tratada con dosis bajas de aspirina que se diagnosticó mediante una gastroscopia urgente, y revisamos la bibliografía comentando posibles etiologías, hallazgos en las pruebas diagnósticas y su tratamiento.

GIANT ESOPHAGEAL HEMATOMA: POSSIBLE ASSOCIATION WITH LOW-DOSE ASPIRIN

Esophageal hematoma is a rare entity that usually presents as acute thoracic pain. It may occur spontaneously or in association with an underlying disease or direct esophageal damage. The presence of coagulation disorders plays an important role in the development of hematoma. We describe the case of a female patient treated with low-dose aspirin who was diagnosed through emergency gastroscopy. We also review the literature and discuss possible causes, findings in diagnostic tests and treatment.

INTRODUCCIÓN

El hematoma esofágico submucoso es una causa infrecuente de dolor epigástrico y torácico de instauración súbita¹, y debería incluirse en el diagnóstico diferencial del dolor torácico agudo. Puede ser secundario a un traumatismo directo sobre el esófago o, con mayor frecuencia, a un rápido incremento de la presión intraesofágica, parti-

cularmente en presencia de alteraciones de la coagulación^{2,3}. La endoscopia digestiva alta cumple un papel importante tanto en el diagnóstico inicial como en el control posterior hasta la completa resolución de la lesión⁴, lo cual es importante, ya que de un diagnóstico temprano correcto y un tratamiento adecuado se deriva su buen pronóstico. Presentamos el caso de un hematoma gigante esofágico diagnosticado endoscópicamente en una paciente en tratamiento con dosis bajas de aspirina, revisamos las etiologías, discutimos los hallazgos endoscópicos y sus posibilidades terapéuticas y comentamos la utilidad de distintas técnicas diagnósticas en la evaluación de esta rara entidad.

OBSERVACIÓN CLÍNICA

Mujer de 82 años de edad que presentó, de forma brusca, un intenso dolor epigástrico y retrosternal mientras comía. El dolor se irradiaba hacia la parte alta de la espalda y no se modificó tras la administración de nitroglicerina sublingual. Después del inicio del dolor, comenzó con náuseas sin llegar a vomitar. La paciente refería haber tenido sensación de tragarse un hueso de paloma mientras comía. Estaba en tratamiento con dosis bajas de aspirina (100 mg al día) por antecedente de cardiopatía isquémica.

A su llegada al servicio de urgencias, la paciente estaba sudorosa y afectada por el dolor. La exploración cardiorrespiratoria y abdominal fue normal. No había evidencia de enfisema subcutáneo. El electrocardiograma y la radiografía simple de tórax y abdomen fueron normales.

Descartado el origen isquémico del dolor, y con la sospecha diagnóstica de impactación esofágica de cuerpo extraño, se realizó, en la primera hora tras la llegada a urgencias, una gastroscopia urgente que mostró una gran lesión submucosa azulada protruyente, sin evidencia de laceración mucosa (fig. 1), que se extendía desde 20 cm de la arcada dental superior hasta la unión gastroesofágica y que ocupaba más de dos tercios de la luz esofágica. No se objetivó cuerpo extraño ni hemorragia activa. Se diagnosticó de hematoma esofágico submucoso.

Una tomografía computarizada (TC) torácica mostró un llamativo engrosamiento de la pared esofágica en sus dos tercios inferiores y un ligero derrame pleural bilateral (fig. 2). Un esofagograma reveló una estenosis excéntrica de la luz esofágica por una masa submucosa heterogénea y no se observó extravasación del contraste fuera del esófago (fig. 3).

Se instauró tratamiento conservador con dieta absoluta, nutrición parenteral y antibióticos durante 2 semanas. Tras 20 días de hospitalización se dio de alta a la paciente, que se encontraba asintomática y toleraba dieta blanda oral. Una gastroscopia realizada 4 meses después del alta demostró la completa resolución del hematoma.

Correspondencia: Dra. M. Iñarrairegui Bastarrica.
Tudela, 22, 5.º D. 31003 Pamplona. España.
Correo electrónico: pitudoc@yahoo.es

Recibido el 13-5-2003; aceptado para su publicación el 15-6-2004.

DISCUSIÓN

El hematoma esofágico es una causa rara de dolor torácico agudo bien documentada en la bibliografía⁵⁻⁷. Puede ocurrir espontáneamente como consecuencia de un aumento brusco de la presión intraesofágica en relación con náuseas, vómitos, alteraciones de la deglución^{3,6,8}, o ser secundaria a otra etiología o factor predisponente como instrumentación endoscópica⁹, traumatismo torácico¹⁰, toma de fármacos¹¹, inducido por cápsulas¹² y por impactación de comida o cuerpo extraño¹³. Una coagulopatía preexistente puede favorecer el desarrollo del hematoma^{14,15}.

Es difícil asegurar si nuestro caso clínico es realmente un hematoma esofágico espontáneo, ya que podemos identificar 2 factores predisponentes: la posibilidad de una ingesta accidental de hueso de paloma y, principalmente, el hecho de que la paciente estuviera en tratamiento con dosis bajas de aspirina. Aunque la endoscopia no encontró ningún cuerpo extraño ni laceración mucosa, un cuerpo extraño ingerido pudo haber provocado náuseas y, por lo tanto, cambios en la presión intraesofágica. En la bibliografía hay descritos otros casos de hematoma relacionados con la toma de aspirina⁶. El papel de la aspirina en este caso parece claro; pudo ser responsable de la extensión del hematoma mediante su efecto antiagregante plaquetario más que mediante la producción de lesión de la mucosa y posterior hemorragia. Esta interpretación puede explicar el gran tamaño que alcanzó el hematoma en un período relativamente breve, sin que hubiera náuseas intensas ni vómitos.

El paciente con hematoma esofágico puede presentar una gran variedad de síntomas del tracto gastrointestinal superior⁵. El dolor agudo retrosternal y epigástrico irradiado hacia la espalda, el cuello y la mandíbula es la forma más

frecuente de presentación¹, como ocurrió en nuestra paciente. La hemorragia, manifestada por lo general como hematemesis, ocurre en aproximadamente el 70% de los casos, pero menos del 10% requiere transfusión de sangre⁷. Aparecen síntomas obstructivos como disfagia si hay un progresivo aumento del tamaño del hematoma. La tríada clásica de dolor torácico, disfagia y hematemesis ocurre en aproximadamente un 35% de los pacientes⁷.

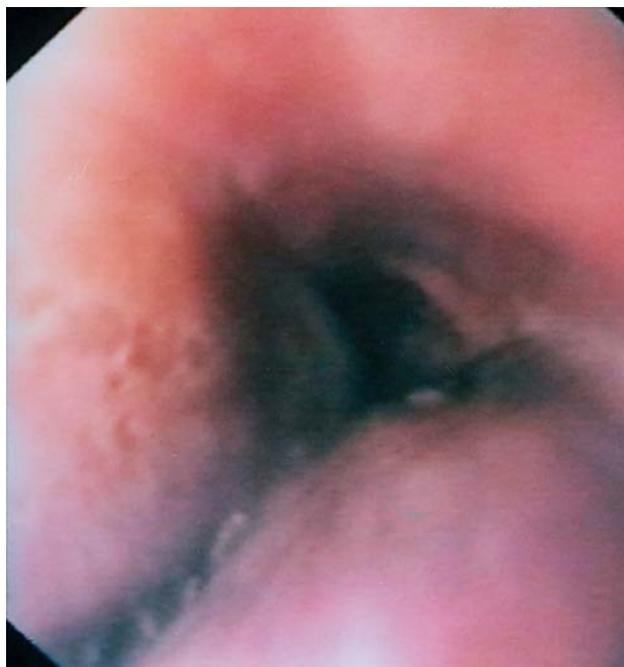


Fig. 1. Visión endoscópica de una gran masa submucosa azulada que protruye y ocluye la luz esofágica.

Fig. 2. Tomografía computarizada de tórax que muestra engrosamiento de la pared esofágica y derrame pleural bilateral.

Fig. 3. Esofagograma que muestra un estrechamiento excéntrico de la luz esofágica.

Esta enfermedad puede simular un síndrome de Mallory-Weiss, un síndrome de Boerhaave, un infarto agudo de miocardio o una disección de la aorta torácica¹⁵. Algunos autores han señalado que el hematoma esofágico intramural representa un estadio intermedio entre el síndrome de Mallory-Weiss y el síndrome de Boerhaave^{16,17}. De todas formas, hay diferencias fundamentales entre estas 3 entidades en cuanto a la presentación clínica que pueden ayudar a un correcto diagnóstico diferencial.

Una vez que los resultados del laboratorio, la radiografía simple de tórax y el electrocardiograma han descartado una enfermedad cardiopulmonar, el diagnóstico de hematoma esofágico requiere una gastroscopia, una TC torácica y, si es necesario, estudios con contraste.

La gastroscopia es la mejor prueba diagnóstica para determinar la lesión y su proceso de curación. El hematoma esofágico se presenta habitualmente como una masa grande, de coloración violácea azulada, que protruye hacia la luz y que generalmente se extiende por la pared posterior del esófago^{4,5,18}. Puede identificar también la existencia de una laceración de la mucosa y la presencia de un posible factor etiológico como una pastilla, un cuerpo extraño o un bolo alimenticio. El endoscopista tiene que ser consciente de esta posibilidad diagnóstica, ya que el hematoma puede confundirse con un tumor submucoso o una variz grande¹⁸. Endoscopias seriadas demuestran que la lesión cura mediante el desprendimiento de la membrana mucosa disecada y queda una gran úlcera longitudinal que sana rápidamente sin evidencia endoscópica de lesión residual^{4,5}. Como el control endoscópico en nuestra paciente se llevó a cabo 4 meses después del diagnóstico inicial, la úlcera se había curado completamente y no se pudo objetivar ningún signo de lesión previa. La ecoendoscopia puede resultar útil si el diagnóstico no está claro. La lesión aparece como una masa submucosa hipoeoica con integridad de la capa mucosa y sin señal vascular Doppler¹⁹. Los procedimientos endoscópicos se pueden realizar de forma segura en estos pacientes, aunque la progresión cuidadosa del endoscopia es fundamental para no agravar el hematoma por la instrumentación endoscópica. No se deben tomar biopsias por el riesgo de hemorragia, sobre todo si hay trastornos de la coagulación.

La TC torácica es una excelente técnica no invasiva para valorar la luz y la pared esofágica, así como para la valoración de la aorta y otras estructuras mediastínicas⁶. El hematoma esofágico se presenta como un engrosamiento excéntrico de la pared, hiperdenso si la hemorragia es reciente^{7,16}. También puede resultar útil para descartar perforación esofágica y comunicación entre el esófago y la aorta²⁰. La resonancia magnética puede ser también un buen método diagnóstico. Revela una masa de intensidad de señal intermedia en imágenes secuenciadas en T1 y T2²¹. Si el procedimiento no se realiza en las primeras 24-48 h, puede haber áreas parcheadas de alta intensidad de señal que se explican por los diferentes estadios del hematoma en resolución y que ayudan a distinguir el hematoma de un leiomioma¹.

Aunque los estudios con contraste no son siempre necesarios para el diagnóstico, pueden aportar información en

cuanto a la extensión de la lesión y la presencia de complicaciones como la perforación esofágica¹. El hematoma se presenta como una falta de relleno tubular, generalmente con bordes lisos, o como una doble línea de contraste que llena tanto el espacio disecado como la luz esofágica, lo que se conoce como «signo de la línea mucosa» o esófago «en doble cañón»^{2,7,18}. Qué medio de contraste utilizar continúa siendo un tema controvertido. El gastrográfín puede ser más seguro ante la posibilidad de una perforación esofágica. De todas formas, una perforación esofágica se debería explorar mediante TC o resonancia magnética antes de considerar cualquier método de contraste. Si esta complicación se ha descartado, el bario se puede utilizar con seguridad y con él se obtendrá una mejor calidad de imagen.

En cuanto al tratamiento, algunos autores han publicado recientemente buenos resultados con el tratamiento endoscópico temprano, con el que se acorta la recuperación y desaparecen los síntomas²². Nosotros consideramos que el tratamiento endoscópico puede ser arriesgado e innecesario, particularmente en pacientes con alteraciones de la coagulación. El tratamiento del hematoma esofágico es habitualmente conservador mediante dieta absoluta, antibióticos y nutrición parenteral hasta que pueda reintroducirse la dieta oral^{1,2,8,23}. El hematoma regresa espontáneamente acompañado de una mejoría de la disfagia. En algunos casos publicados, se han empleado antagonistas H₂ e inhibidores de la bomba de protones para proteger la mucosa esofágica durante el proceso de curación del hematoma²⁴. Aunque no hay evidencia del beneficio del uso de estos fármacos, su utilización parece razonable. La cirugía está únicamente indicada en caso de complicaciones como perforación, fístula aortoesofágica y hemorragia grave^{25,26}.

El pronóstico del hematoma esofágico es generalmente excelente, con una resolución de los síntomas y desaparición de la lesión en un plazo medio de 2-3 semanas. La presencia de complicaciones empeora el pronóstico y lleva a una mortalidad global del 7-9%^{1,5}.

BIBLIOGRAFÍA

1. Cullen SN, McIntyre AS. Dissecting intramural hematoma of the esophagus. *Eur J Gastroenterol Hepatol* 2000;12:1151-62.
2. Enns R, Brown JA, Halparin L. Intramural esophageal hematoma: a diagnostic dilemma. *Gastrointest Endosc* 2000;51:757-9.
3. Adeonigbagbe O, Khademi A, Washington M, Karowe M, Gaultieri N, Robilotti J. Spontaneous esophageal hematoma. *Am J Gastroenterol* 1999;94:3655.
4. Van Laethem JL, Deviere J, Cremer M. Serial endoscopic findings of spontaneous intramural hematoma of the esophagus. *Endoscopy* 1997;29:44-6.
5. Kise Y, Suzuki R, Shimada H, et al. Idiopathic submucosal hematoma of esophagus complicated by dissecting aneurysm, followed-up endoscopically during conservative treatment. *Endoscopy* 2001;33:374-8.

6. Hiller N, Zagal I, Hadas-Halpern I. Spontaneous intramural hematoma of the esophagus. *Am J Gastroenterol* 1999;94:2282-4.
7. Meininger M, Bains M, Yusuf S, Gerdes H. Esophageal intramural hematoma: a painful condition that may mimic an esophageal mass. *Gastrointest Endosc* 2002;56:767-0.
8. Shay S, Berendson RA, Johnson LF. Esophageal hematoma: four new cases, a review and a proposed etiology. *Dig Dis Sci* 1981;26:1019-24.
9. Chen TA, Lo GH, Lai KH. Spontaneous rupture of iatrogenic intramural hematoma of esophagus during endoscopic sclerotherapy. *Gastrointest Endosc* 1999;50:850-1.
10. Rozec B, Rigal JC, Letournier Y, Lebert C, Blanloeil Y. Post-traumatic hematoma of the esophagus. *Ann Fr Anesth Reanim* 1998;17:1160-3.
11. Andres M. Submucosal hematoma of the esophagus due to anti-coagulant therapy. *Acta Radiol Diagn* 1971;11:216-9.
12. Piccione PR, Winkler WP, Baer JW, Kotler DP. Pill induced intramural esophagus hematoma. *JAMA* 1987;257:929.
13. Klygis LM. Esophageal hematoma and tear from taco shell impaction. *Gastrointest Endosc* 1992;38:100.
14. Ashman FC, Hill MC, Saba GP, Diaconis JN. Esophageal hematoma associated with thrombocytopenia. *Gastrointest Radiol* 1978;3:115-8.
15. Chawla A, Blume MH, Insel J. Spontaneous intramural hematoma of the esophagus. *Ann Intern Med* 2002;137:73-4.
16. Geller A, Gostout CJ. Esophagogastric hematoma mimicking a malignant neoplasm: clinical manifestations, diagnosis and treatment. *Mayo Clin Proc* 1998;73:342-5.
17. Younes Z, Johnson DA. The spectrum of spontaneous and iatrogenic esophageal injury: perforations, Mallory Weiss tears and hematomas. *J Clin Gastroenterol* 1999;29:306-17.
18. Hsu CC, Changchien CS. Endoscopic and radiological features of intramural esophageal dissection. *Endoscopy* 2001;33:379-81.
19. Mion F, Bernard G, Valette PJ, Lambert R. Spontaneous esophageal hematoma: diagnostic contribution of echoendoscopy. *Gastrointest Endosc* 1994;40:503-6.
20. Maher MM, Murphy J, Dervan P, O'Connell D. Aorto-esophageal fistula presenting as a submucosal esophageal hematoma. *Br J Radiol* 1998;71:972-3.
21. Kamphuis A, Baur C, Freling N. Intramural hematoma of the esophagus: appearance on magnetic resonance imaging. *Magnet Res Imag* 1995;13:1037-42.
22. Sudhamshu KC, Kouzu T, Matsutani S, Hishikawa E, Saisho H. Early endoscopic treatment of intramural hematoma of the esophagus. *Gastrointest Endosc* 2003;58:297-301.
23. Barone JE, Robilotti JG, Comer JV. Conservative treatment of spontaneous intramural perforation (or intramural hematoma) of the esophagus. *Am J Gastroenterol* 1980;74:165-7.
24. Mathieu B, Le Gall P, Mourani A, Marquand A, Schaefer JP. So-called spontaneous intramural dissection of the esophagus. *Gastroenterol. Clin Biol* 2000;24:1117-21.
25. Sen A, Lea RE. Spontaneous esophageal hematoma: a review of the difficult diagnosis. *Ann R Coll Surg England* 1993;75:293-5.
26. Folan RD, Smith RE, Head JM. Esophageal hematoma and tear requiring emergency surgical intervention: a case report and literature review. *Dig Dis Sci* 1992;37:1918-21.