

# HEMATOMA ESOFÁGICO POSTERIOR A TROMBOLISIS POR INFARTO CARDIACO REPORTE DE UN CASO

<sup>1</sup>Diego Aponte, <sup>2</sup>Carlos Daniel Villota, <sup>3</sup>Luis Álvaro Rodríguez, <sup>4</sup>Luis Carlos Sabbagh

1. Médico internista - gastroenterólogo - Clínica Universitaria Colombia.
2. Médico internista - fellow gastroenterología - Clínica Universitaria Colombia
3. Residente III medicina Interna - Universidad El Bosque - Hospital Santa Clara
4. Jefe Nacional de Gastroenterología Organización Sanitas Internacional

## INTRODUCCIÓN

El hematoma esofágico espontáneo es una condición rara, que además de hacer parte del grupo de diagnósticos diferenciales del dolor torácico, puede presentarse con disfagia o hematemesis (1). Se han reportado asociaciones con malignidades esofágicas, hematológicas, el uso de anticoagulantes y trombolíticos (2).

Debido su frecuencia inusual, se presenta un caso en el cual se observa un hematoma esofágico posterior a trombolisis en el manejo de un infarto agudo de miocardio en la Clínica Universitaria Colombia.

## CASO CLÍNICO

Paciente femenina de 74 años, que ingresó remitida a la unidad de cuidado intensivo cardiovascular, por infarto agudo de miocardio con elevación del ST, cara posteroinferior, Killip I, a la cual se le practicó trombolisis con estreptoquinasa, dentro de las 4 horas de evolución.

- *Antecedentes patológicos:* diabetes mellitus tipo 2, hipertensión arterial.
- *Farmacológicos:* Metformina 850 mg c/día, Losartan 50 mg C/12 hrs. El resto de antecedentes es negativo.
- El examen físico de ingreso no registró alteraciones.

\*Correspondencia: didimauro673@yahoo.es

Fecha de recepción: 14 de octubre de 2010 - Fecha de aceptación: 18 de julio de 2011

Se realizaron paraclínicos de ingreso. (Tabla 1) Se continuó con manejo anti isquémico y anti agregación dual. A las 24 horas de su ingreso presentó un nuevo episodio de angina, sin inestabilidad hemodinámica; se realizó angioplastia de rescate, implantando stent medicado en arteria descendente posterior.

Posteriormente presenta súbitamente hematemesis en cinco oportunidades y se torna inestable hemodinámicamente. Se suspendió antiagregación dual, requirió cristaloideos con respuesta favorable, recuperando el estado hemodinámico normal. Se realizaron paraclínicos control. (Tabla1). Ante anemia significativa, requirió transfusión de hemoderivados, uso parenteral de inhibidor de bomba de protones por sospecha de hemorragia digestiva alta. Es valorada por gastroenterología; se le realiza endoscopia de vías digestivas altas de urgencia, encontrando hematoma esofágico, que comprometía desde el esófago superior hasta el cardias. (Figura 1)

Se suspendió la vía oral y vigilancia estricta del sangrado. Durante las 72 horas siguientes permaneció estable hemodinámicamente, sin signos clínicos ni paraclínicos de resangrado.

Después de las 72 horas, toleró la vía oral desde líquida hasta blanda, progresiva y satisfactoriamente y fue programada para segundo tiempo de angioplastia, procedimiento que se realizó sin complicaciones. Evolucionó satisfactoriamente y salió de la clínica al duodécimo día, asintomática y comiendo normalmente.

## DISCUSIÓN

El esófago es un órgano susceptible a ser blanco de lesiones, que pueden ser extrínsecas (alimentos, cuerpos extraños),

intrínsecas dada por fuerzas mecánicas (arcadas, emesis) y muchas veces debido a la asociación de ambas condiciones (3). El hematoma esofágico se presenta como una lesión de la capa muscular y mucosa que se puede generar por diferentes causas a saber: traumática, espontánea, iatrogénica, defectos de coagulopatía o por el uso de trombolíticos. Esta última categoría que se presenta en nuestro caso suele presentarse en las primeras 96 horas y con una mortalidad de 1.8% (1,2,3).

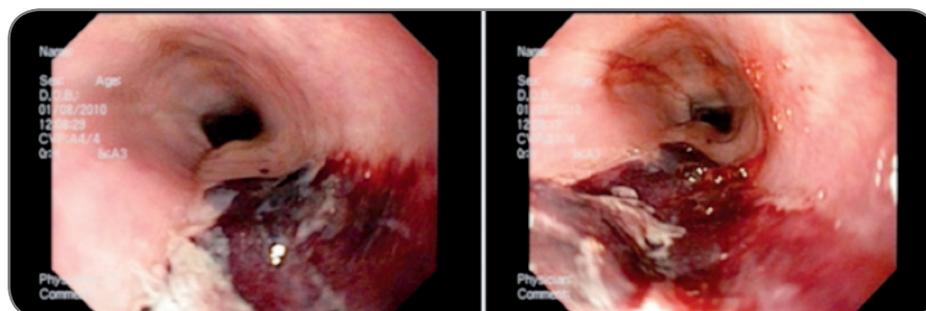
El grupo de pacientes de mayor riesgo lo presentan el género femenino, edad mayor de 60 años, uso de anticoagulantes. La presentación clínica está descrita en un 35% por dolor torácico, disfagia y hematemesis. El shock hipovolémico es infrecuente (3,4). Los estudios diagnósticos obligan a excluir patologías malignas y disección aortica; por lo tanto, se recomienda la realización de tomografía de tórax y la confirmación diagnóstica por endoscopia digestiva alta (5). El manejo recomendado es conservador, la mayoría se resuelve espontáneamente a las pocas semanas, con un pronóstico alentador. No se ha demostrado beneficio con el uso de inhibidor de bomba de protones (3,6).

La complicación a tener en cuenta es la obstrucción esofágica, la cual puede ser tratada mediante descompresión endoscópica y en casos extremos el uso de arteriografía o cirugía (7,8).

En el caso presentado, poco frecuente, vemos la relación con los factores de riesgo, teniendo en cuenta que el tracto gastrointestinal es el segundo sitio de sangrado posterior a trombolisis (7), el manejo fue acorde a la literatura. La condición clínica del paciente a su egreso fue favorable con gran mejoría clínica y tolerando muy bien la vía oral.

Tabla 1.

Química sanguínea	Ingreso	24 horas Ingreso	48 horas Ingreso	72 horas Ingreso	12 Día
Hemoglobina	12 gr/dl	9 gr/dl	10 gr/dl	11gr/dl	10 gr/dl
Hematocrito	36%	25%	29%	32%	30%
Plaquetas	238000	203000	225000	270000	250000
Tiempo Protombina/ Control	12 seg/10 seg	10 seg /10 seg	11 seg/10 seg	10 seg/10 seg	12 seg/10 seg
Tiempo Tromboplastina/ Control	25 seg/23 seg	26 seg/23 seg	24 seg/23 seg	24 seg/23 seg	26 seg/23 seg
Nitrógeno Uréico	14 mg/dl	20 mg/dl	30 mg/dl	25 mg/dl	18 mg/dl
Creatinina	0,6 mg/dl	0,8mg/dl	0,7 mg/dl	0,7 mg/dl	0,6 mg/dl



**Figura 1.** Imágenes endoscópicas que muestran lesiones elevadas longitudinales de color rojo, sin oclusión de la luz del esófago.

## BIBLIOGRAFÍA

1. Yu-hui chiu et al. Spontaneous esophageal injury: esophageal intramural hematoma. Chin med assoc 2009;72(9):498-500.
2. Ming shian lu, et al. Spontaneous intramural esophageal hematoma. Ann thorac surg 2004;78:343-345).
3. Jaejun shim et al. Recurrent massive bleeding due to dissecting intramural hematoma of the esophagus: treatment with therapeutic angiography. World j gastroenterol 2009; 15: 5232-5235.
4. Deborah h amott, gavin m wright. Dissecting haematoma of the oesophagus masquerading as acute myocardial infarction.the medical journal of australia 2006; 184: 182-183.
5. J cheung, n müller, a weiss. Spontaneous intramural esophageal hematoma: case report and review. Can j gastroenterol 2006;20:285-286.
6. A.w. lin, m. Eng, d. Robbins. A very unusual appearance of a rare endoscopic finding: esophageal hematoma. Endoscopy 2009; 41: e40.
7. Lawrence j. Brandt. Rare cause of melena: spontaneous esophageal hematoma. Gastrointestinal endoscopy. Volume 67, no. 3: 2008.
8. James huddy, et al. Intramural hematoma of the esophagus: a rare cause of chest pain. American journal of emergency medicine (2008) 26, 843. e1-843.e2.