

ARCHIVO HISTÓRICO



El presente artículo corresponde a un archivo originalmente publicado en el **Boletín de la Escuela de Medicina**, actualmente incluido en el historial de **Ars Medica Revista de ciencias médicas**. El contenido del presente artículo, no necesariamente representa la actual línea editorial. Para mayor información visitar el siguiente

vínculo: <http://www.arsmedica.cl/index.php/MED/about/submissions#authorGuidelines>

*Dr. Alejandro Fajuri N.

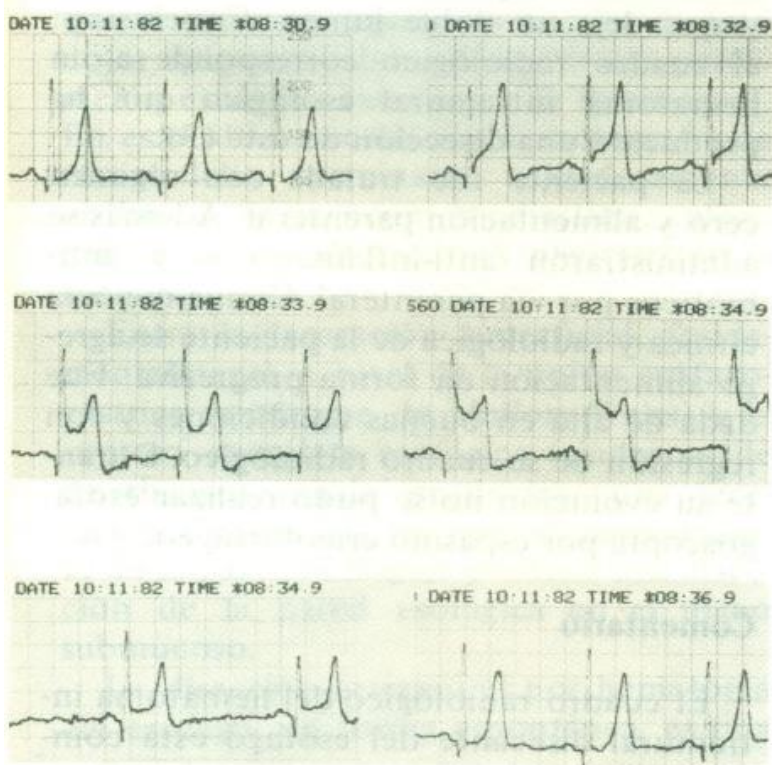
CASO 1

Paciente de 56 años, fumador exagerado, con historia de dolores retroesternales opresivos, de 10 - 15 minutos de duración sin relación a esfuerzos.

El examen cardiovascular, un electrocardiograma basal y un test de esfuerzo fueron normales.

Se efectuó un monitoreo electrocardiográfico continuo (Holter) durante el cual el paciente permaneció asintomático. A partir de las 8.30 hrs., se obtienen los siguientes registros (los trazados no son continuos).

¿Cual es su diagnóstico?



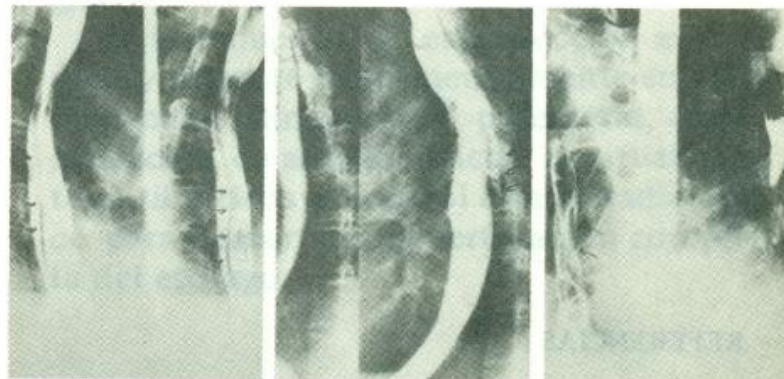
* Departamento de Enfermedades Cardiovasculares. Escuela de Medicina Pontificia Universidad Católica de Chile.

* Dr. Jaime Vidal H.

CASO 2

Mujer de 43 años, que consulta por disfagia ilógica y sensación febril. Estando en buenas condiciones generales, presenta bruscamente odinofagia y sensación febril, a lo que se agrega dolor retroesternal opresivo, sin factores agravantes, ni atenuantes y vómitos alimentarios, con regurgitación de líquido de mal olor.

Dos días después consulta otro médico y se le practica E.C.G., RX tórax, RX abdomen simple, todos dentro de límites normales. Se le introduce sonda naso gástrica, donde se aspira líquido bilioso, y es dada de alta con analgésicos. No acusa otros antecedentes mórbidos de importancia. Seis días después ingresa al hospital con igual sintomatología. El examen físico es negativo, salvo temperatura axilar de 38°C. Se plantean a su ingreso los diagnósticos de: mediastinitis y esofagitis. Los análisis de rutina muestran una leucocitosis (15.200) con V.H.S. de 70 mm a la hora. Se practica radiografía de tórax, que es normal. Se practicó RX de esófago, estómago y duodeno (Fig. 1, 2 y 3) ¿Cuál es su diagnóstico?



*Departamento de Radiología, Escuela de Medicina, Pontificia Universidad Católica de Chile.

Respuesta Caso 1

Respuesta: El caso corresponde a una angina de Prinzmetal, también llamada angina variante. Esta obedece a un espasmo coronario el que puede ocurrir en presencia o ausencia de lesiones coronarias ateroscleróticas.

En esta variedad de insuficiencia del riego coronario la isquemia miocárdica no se debe a un aumento de la demanda de oxígeno como es el caso de la angina clásica, sino que a una brusca disminución del flujo coronario. Algunos de estos espasmos pueden cursar sin dolor (como en este caso). La alteración electrocardiográfica característica es la que muestran los registros (supradesnivel del segmento ST).

REFERENCIAS

- Maseri, A.: Variant angina and coronary vasospasm: Clues to a broader understanding of angina pectoris. *Cardiovas. Med.* 4: 647, 1979.

Respuesta Caso 2

El esofagograma muestra en la cara posterior y alta del esófago una imagen paralela a su lumen de más o menos 8 cm de longitud, vermiforme e irregular en sus contornos. Es probable que dicha imagen continúe hacia distal sobreproyectada al bario que existe en el lumen esofágico. No se observa paso de medio de contraste al mediastino. C.R. "Exploración radiológica sugerente de un hematoma intra-mural esofágico". (1, 2)

Un nuevo control radiográfico practicado a la semana muestra la desaparición de la imagen de "extravasación". Sin embargo, a ese nivel se observa una imagen radio-lucente, que alcanza hasta el cardias y que deja un doble lumen. Conclusión: el cuadro radiológico corresponde a un hematoma intramural esofágico que ha producido una disección de éste (3).

La paciente fue tratada con régimen cero y alimentación parenteral. Además se administraron anti-inflamatorios y antibióticos por vía parenteral. Con la mejoría clínica y radiológica de la paciente se agregó alimentación en forma progresiva. Fue dada de alta en buenas condiciones y con regresión de su cuadro radiológico. Durante su evolución no se pudo realizar esofagoscopia por espasmo cricofaríngeo.

Comentario

El cuadro radiológico del hematoma intramural disecante del esófago está comprendido en el cuadro genérico del "Double-Barrel Esophagus" (esófago en cañón de escopeta), ya que la apariencia radiográfica muestra el esófago con "doble lumen", separado por una franja radio-

lúcida. Estos hallazgos son similares a los típicos de un aneurisma disecante de la aorta, en que la franja radioluciente esofágica es equivalente a la separación de la íntima de la aorta.

Etiología

1. Trauma
2. Instrumentación (S.N.G. -esofagoscopia) (0,25 o/o)
3. Ingestión de cuerpos extraños
4. Espontánea (diátesis hemorrágica)
5. Injuria por vómitos

El cuadro producido por injuria por vómitos varía desde una pequeña laceración, hasta una completa ruptura del esófago. Las laceraciones superficiales de la mucosa pueden producir una pequeña hemorragia. En pacientes con vómitos graves por cualquiera causa, la aparición brusca de gran dolor epigástrico debería sugerir una perforación esofágica (síndrome de Boerhaave). En esta última condición la radiografía de tórax debe examinarse cuidadosamente en busca de un neumomediastino, enfisema cervical o alteraciones pleurales en la base izquierda.

Entre la laceración superficial, fundamentalmente a nivel de la unión esofago-gástrica (síndrome de Mallory-Weiss) y la ruptura completa esofágica (síndrome de Boerhaave) puede producirse una laceración intermedia, en que el sangramiento de la pared esofágica produce una disecación de la pared esofágica en el plano submucoso.

La disección intramural por hematoma del esófago, en forma espontánea, es una

rara complicación de una injuria por vómitos. El síndrome de Mallory-Weiss con hemorragia gastro-intestinal alta de tipo masivo y la enfermedad de Boerhaave con una total y espontánea ruptura del esófago distal son mejores conocidos como consecuencia de los vómitos graves.

Por su baja incidencia y lo variable de su apariencia radiológica, el hematoma intramural esofágico comúnmente no es considerado dentro del espectro de injurias o insultos esofágicos secundarios a vómitos.

Este cuadro debe considerarse cuando existen vómitos de cualquier origen que:

1. se acompañen de dolor retroesternal y epigástrico;
2. no sean sanguinolentos;
3. se asocien -en la endoscopia- a una masa submucosa protruyente en esófago, que hace sospechar una gruesa várice. La masa oblitera el paso del endoscopio y llena parcialmente el lumen esofágico.

Radiológicamente se puede encontrar una masa submucosa larga, que se extiende desde la unión esófago-gástrica. También se puede encontrar la imagen anteriormente descrita similar a lo que se ve en el aneurisma disecante de la aorta, en el que se observa un "doble lumen" esofágico.

El tratamiento de esta afección es médico y consistió fundamentalmente en régimen cero, alimentación parenteral, administración de antiflogísticos, eventualmente antibióticos y control clínico-radiológico para descartar una perforación completa del esófago.

REFERENCIAS

1. LICHTER I., BERRIE J.: Intramural oesophageal abcess. Br. J. Surg 52: 185 - 188, 1965
2. LOWMAN M.D., GOLDMAN M.D., STERN M.D.: The roentgen aspect of intramural dissection of the esophagus. Radiology 93: 1329 - 1351, 1969.
3. RONALD L., EISEMBERG M.D.: Gastrointestinal radiology, 1983.

