

- practice guidelines of the European Association for Endoscopic Surgery (EAES). *Surg Endosc.* 2008;22:821–48.
2. Mirilas P, Mentessidou A, Skandalakis JE. Splenic cysts: Are there so many types? *J Am Coll Surg.* 2007;204:459–65.
 3. Targarona EM, Martínez J, Ramos C, Becerra JA, Trías M. Conservative laparoscopic treatment of a posttraumatic splenic cyst. *Surg Endosc.* 1995;9:71–2.
 4. Flora ED, Wilson TG, Martin IJ, O'Rourke NA, Maddern GJ. A review of natural orifice transluminal endoscopic surgery (NOTES) for intra-abdominal surgery: Experimental models, techniques, and applicability to the clinical setting. *Ann Surg.* 2008;247:583–602.
 5. Targarona EM, Gomez C, Rovira R, Pernas JC, Balague G, Guarner C, et al. NOTES-assisted transvaginal splenectomy: The next step in the minimally invasive approach to the spleen [citado 10 Abr 2009]. Disponible en: URL: <http://www.eats.fr/lectures/media.php?doi=lt03entargarona001>.
 6. Barbaros U, Dinçtaş A. Single incision laparoscopic splenectomy: The first two cases. *J Gastrointest Surg.* En prensa 2009.
 7. Romanelli JR, Earle DB. Single-port surgery: An overview. *Surg Endosc.* doi:10.1007/s00464-009-0463-x.
 8. Leroy J, Cahill RA, Asakuma M, Dallemande B, Marescaux J. Single-access laparoscopic sigmoidectomy as definitive surgical management of prior diverticulitis in a human patient. *Arch Surg.* 2009;144:173–9.

doi:10.1016/j.ciresp.2009.04.010

Eduardo Targarona*, Carmen Balagué, Carmen Martínez, Lluís Pallarés y Manuel Trías

Servicio de Cirugía, Hospital de Sant Pau, Barcelona, España

*Autor para correspondencia.

Correo electrónico: 13882ets@comb.cat (E. Targarona).

Hemoperitoneo masivo por rotura de un hematoma intramural esofágico espontáneo

Massive hemoperitoneum due to rupture of an spontaneous intramural oesophageal haematoma

El hematoma intramural esofágico es una entidad excepcional. La mayoría de los casos presenta buen pronóstico y se resuelve con un tratamiento conservador. Un diagnóstico tardío o erróneo puede agravar la situación, requerir intervención quirúrgica y poner en peligro la vida del paciente, algo poco descrito en la literatura médica^{1,2}.

Varón de 68 años de edad, con antecedentes de hipertensión arterial bien controlada con tratamiento médico, que consultó en el servicio de urgencias por dolor centrotorácico opresivo acompañado de disnea. En el electrocardiograma se apreció una fibrilación auricular; las enzimas de isquemia miocárdica y la radiografía de tórax resultaron normales. En la analítica se detectó un dímero D de 880 ng/ml (normal hasta 500) que, acompañado del cuadro clínico, hizo pensar en una tromboembolia pulmonar (TEP). Ante esta sospecha se anticoaguló al paciente con un bolo intravenoso de 50 mg de heparina sódica más 80 mg de enoxaparina por vía subcutánea, en espera de una gammagrafía pulmonar que confirmara el diagnóstico. El paciente empeoró y aumentó el dolor torácico, razón por la que se le realizó una tomografía computarizada (TC) torácica y abdominal, la que descartó la presencia de un aneurisma disecante de aorta pero mostró un engrosamiento del esofágico torácico con áreas de distinta densidad compatible con un hematoma intramural (fig. 1).

Inicialmente se suprimió la anticoagulación y se instauró un tratamiento conservador con dieta absoluta, nutrición parenteral y omeprazol intravenoso (40 mg/día). A las 24 h el paciente presentó hipotensión arterial (75/40 mmHg),

taquicardia y mal estado general. En la analítica se evidenció un hematocrito del 19% y 6,7 g/dl de hemoglobina por lo que se repitió la TC, en la que se observó una gran cantidad de líquido libre en la cavidad abdominal y un aumento significativo del hematoma con crecimiento hacia el abdomen. Debido a estos hallazgos y a la mala situación hemodinámica del paciente se indicó cirugía urgente. Se realizó una



Figura 1 - Imagen de la tomografía computarizada compatible con hematoma intramural esofágico.



Fig. 2a



Fig. 2b

Figura 2 - a) Pieza de esofagectomía con hematoma intramural. b) Apertura longitudinal del esófago extirpado.

laparotomía media supraumbilical y se halló un hemoperitoneo de 31 de sangre y coágulos, originado en la rotura de un hematoma de la pared del fundo gástrico y el esófago abdominal, y se apreció la entrada continua de sangre en la cavidad abdominal a través del hiato esofágico, por lo que se decidió practicar una toracotomía derecha. En la cavidad torácica se comprobó que el hematoma ascendía hasta la altura de la vena ácigos y estaba roto, con hemorragia difusa en sábana. Ante la dificultad para conseguir una correcta hemostasia decidimos realizar una esofagectomía subtotal (fig. 2) con esofagostomía cervical cerrando la unión esofagogastrica con una grapadora lineal. El paciente se recuperó hemodinámicamente, pero falleció a las 48 h por insuficiencia respiratoria probablemente relacionada con la politransfusión.

El hematoma intramural esofágico espontáneo es una entidad poco frecuente que sucede generalmente en pacientes anticoagulados o que presentan algún tipo de coagulopatía³. En ocasiones, un aumento de la presión intraluminal esofágica durante el vómito puede desencadenarlo⁴. Clínicamente, el síntoma predominante es el dolor torácico, por lo que hay que descartar otras enfermedades más prevalentes que cursan de igual modo, como el infarto agudo de miocardio (IAM), la disección aórtica, la TEP y la perforación

espontánea de esófago (síndrome de Boerhaave). La presencia de otros síntomas, como disfagia, odinofagia y hematemesis, debe dirigir las sospechas hacia un origen esofágico. De todo esto se deduce la importancia de una buena historia clínica que debe preceder a cualquier exploración complementaria. Entre las pruebas de imagen más útiles para su diagnóstico y seguimiento destacan la TC y la ecoendoscopia, que permiten diferenciarlo de la disección de aorta y la fistula aortoesofágica. A veces el hematoma intramural esofágico se confunde con una neoplasia esofágica. Diferenciarlo de un IAM⁵ y de una TEP es primordial ya que el tratamiento es totalmente opuesto al requerido en el hematoma. Si se indica antiocoagulación, antiagregación o trombólisis⁶ ante la sospecha de estas enfermedades, podemos agravar el hematoma esofágico, como ocurrió en el caso que presentamos. En este sentido, merece la pena comentar que la simple elevación del dímero D asociado a dolor torácico obliga a realizar alguna prueba de imagen que confirme la TEP antes de iniciar cualquier tipo de tratamiento.

El pronóstico del hematoma intramural esofágico es bueno en la mayoría de los casos comunicados en la literatura médica, con un tratamiento conservador mediante nutrición parenteral e inhibidores de la bomba de protones, con lo que se consigue su resolución a las pocas semanas sin secuelas. No obstante, la mortalidad aumenta considerablemente en los pacientes con alteraciones de la coagulación que experimentan la rotura del hematoma y requieren intervención quirúrgica urgente. Las indicaciones de cirugía urgente son la hemorragia masiva, perforación esofágica y hematoma infectado asociado a sepsis. En este último caso, se han comunicado buenos resultados mediante el drenaje endoscópico.

En resumen, es importante incluir el hematoma intramural esofágico en el diagnóstico diferencial del paciente con dolor torácico, sobre todo si presenta factores de riesgo y síntomas digestivos asociados. Un diagnóstico incorrecto o tardío y un tratamiento igualmente erróneo pueden agravar el cuadro, desencadenándose situaciones dramáticas que ponen en peligro la vida del paciente.

B I B L I O G R A F Í A

1. Skillington PD, Matar KS, Gardner MA, Parkes RP, Cole PH. Intramural hematoma of the oesophagus complicated by perforation. Aust N Z J Surg. 1989;59:430-2.
2. Kerr WF. Spontaneous intramural rupture and intramural hematoma of the oesophagus. Thorax. 1980;35:890-7.
3. Horan P, Drake M, Patterson RN, Cuthbert RJ, Carey D, Johnston SD. Acute onset dysphagia associated with an intramural oesophageal haematoma in acquired haemophilia. Eur J Gastroenterol Hepatol. 2003;15:205-7.
4. Criblez D, Filippini L, Schoch O, Meier UR, Koelz HR. Intramural rupture and intramural hematoma of the esophagus, 3 case reports and literature review. Schweiz Med Wochenschr. 1992;122:416-23.
5. Amott DH, Wright GM. Dissecting haematoma of the oesophagus masquerading as acute myocardial infarction. Med J Aust. 2006;184:182-3.
6. Huddy J, Koticha A, Dussek J, McNair A. Dissecting intramural hematoma of the esophagus after thrombolysis for myocardial infarction. Gastrointest Endosc. 2005;61:340-3.

David Ruiz de Angulo Martín*, Vicente Munitiz Ruiz,
Patricia Pastor Pérez, Francisco Sánchez Bueno y
Pascual Parrilla

Servicio de Cirugía General y Aparato Digestivo, Hospital Universitario Virgen de la Arrixaca, Murcia, España

doi:10.1016/j.ciresp.2009.03.025

*Autor para correspondencia.
Correo electrónico: druizdeangulo@hotmail.com
(D. Ruiz de Angulo Martín).

Metástasis en la glándula tiroidea

Metastasis in the thyroid gland

La presencia de metástasis en la glándula tiroidea de otros tumores es infrecuente y la incidencia en la práctica clínica diaria es mucho menor que la descrita en series de autopsias, donde se ha descrito una incidencia cercana al 24%^{1,2}. Aunque teóricamente, y dada la rica vascularización de la tiroides, cualquier órgano podría metastatizar en esta localización, parece que las neoplasias malignas primarias del riñón, la mama y el pulmón son las que de forma más frecuente metastatizan en la glándula tiroidea, según las diferentes series clínicas³. En las regiones orientales, probablemente por una mayor incidencia de los tumores del tracto gastrointestinal, el número de metástasis tiroideas de tumores digestivos, fundamentalmente de colon, constituye hasta una cuarta parte del total de todas las metástasis^{4,5}.

En nuestro centro, en los últimos 15 años, se intervino a 390 pacientes por neoplasias malignas de la glándula tiroidea. En 3 casos, 2 varones y una mujer (edad media $54,5 \pm 3,1$ años), el diagnóstico fue de metástasis de neoplasias extratiroideas. Los tumores primarios fueron un carcinoma de colon, un carcinoma de células renales y un carcinoma de mama, respectivamente. Todos los pacientes consultaron por nódulo tiroideo de crecimiento rápido sin sintomatología compresiva, en el que las pruebas preoperatorias y la punción por aspiración con aguja fina (PAAF) no eran concluyentes. La función tiroidea era normal en todos los casos. En todos éstos se practicó una tiroidectomía total sin linfadenectomía debido a la ausencia de diagnóstico previo y se realizó el posterior análisis histológico de la pieza con el que se obtuvo el diagnóstico final (fig. 1). Además, en otro paciente con

diagnóstico de carcinoma de colon estadio IV se observó, mediante TC torácica, un nódulo tiroideo sobre el que se realizó una PAAF con diagnóstico anatomopatológico de metástasis tiroidea de cáncer de colon. Se desestimó la opción quirúrgica dado el avanzado estado del tumor primario. Todos los pacientes tenían afectación metastásica extratiroidea al diagnóstico, como se puede comprobar en la tabla 1. En todos los casos se administró quimioterapia paliativa.

En nuestro medio, el porcentaje de pacientes con metástasis tiroideas es aproximadamente del 1%. Llama la atención la existencia de 2 casos de tumores del tracto digestivo, que en la mayoría de las series, excepto en las de las regiones orientales, constituyen un pequeño número⁶. Las metástasis tiroideas suelen presentarse en el contexto de una enfermedad diseminada, como ocurre en la serie que presentamos, y la afectación tiroidea no suele condicionar al paciente clínicamente, salvo en el caso de sintomatología compresiva. El intervalo entre la aparición del tumor primario y las metástasis tiroideas es muy variable, se han descrito casos hasta 26 años después del diagnóstico primario⁷. La aparición de un nódulo tiroideo o un bocio multinodular en un paciente con historia oncológica debe llevar a la realización de un diagnóstico diferencial en el que se debe incluir la posibilidad de metástasis del tumor primario. Este diagnóstico se basa en el estudio ecográfico de la región cervical y la confirmación histológica mediante una PAAF, de forma similar al procedimiento a realizar con cualquier nódulo tiroideo. El diagnóstico patológico en ocasiones es difícil, debido a la pobre diferenciación de algunos tumores, aunque el uso de técnicas inmunohistoquímicas ayuda a evaluar el origen extratiroideo de las células examinadas⁸.

El pronóstico de los pacientes con metástasis tiroideas es malo, ya que su significado es similar a la existencia de metástasis a distancia en otras localizaciones⁹. El otro aspecto a considerar es el tratamiento en estos pacientes. En determinadas ocasiones la tiroidectomía no se puede realizar por el estado general de los pacientes con una enfermedad oncológica muy avanzada, si bien en la mayoría de las ocasiones se hace como parte de una intervención paliativa, debido a la sintomatología compresiva que produce una masa cervical de crecimiento rápido. La influencia de la

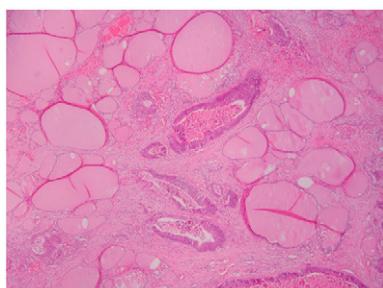


Figura 1 – Glándula tiroidea infiltrada por adenocarcinoma de alto grado de patrón enteroide.