ANGIOLOGIA

VOL. XXIII JULIO-AGOSTO 1971 N.º 4

Hematoma agudo en la pared del músculo recto del abdomen

JOAQUIN POTEL LESQUEREUX
Prof. Agregado de Cirugía

JOSE L. PUENTE DOMINGUEZ
Catedrático de Cirugía

Facultad de Medicina de la Universidad
Santiago de Compostela (España)

Un reciente trabajo de **A. Martorell** (1) sobre necrosis cutáneas y otra complicaciones producidas por el empleo de los anticoagulantes cumarínicos nos anima a publicar esta nota, a propósito de la formación de hematomas en la pared del músculo recto del abdomen en enfermos sometidos a esta terapéutica.

Posiblemente los primeros casos publicados sobre la aparición de hematomas de manera espontánea en el recto se deben a **M. Axelrod** (1951) (2). Refiere dos casos de pacientes tratados con dicumarol en dosis terapéutica y que sufrieron hematomas en la pared abdominal. En 1956, **W. Furste** (3) publica una revisión de la literatura sobre este tema y añade un caso personal con hematoma por anticoagulantes. En 1965, **K. Borkovich** (4) añade otro caso. En 1969, **S. Smith** (5), a propósito de una observación personal, hace un resumen del problema en el momento actual.

El caso que presentamos tiene la particularidad de ser médico el propio paciente, muy buen clínico y observador, por lo que los datos de su autohistoria y curso evolutivo tienen doble valor.

Se trata de un hombre joven, de 48 años de edad, médico en ejercicio muy activo y que a partir de un infarto de miocardio, ocurrido año y medio antes de la actual historia, tomaba con regularidad Sintrom. Como antecedentes hay que señalar que era hipertenso, 180/120, en ocasiones 160/110 y algún día alcanzó los 190/140 mmHg. Fumador muy intenso, hasta 30 cigarrillos diarios de tabaco negro. Comía con apetito y bien y bebía con moderación. En los últimos cuatro

meses que precedieron al accidente tomaba el cumarínico a la dosis de un cuarto de comprimido cada dos días y medio comprimido el tercer día. El tiempo de protrombina oscilaba alrededor del 25 %, con pequeñas variaciones.

Con motivo de una fuerte gripe guardó cama varios días. Tenía tos intensa con fuerte bronquitis. Por ello añadió a la terapéutica anticoagulante un antibiótico por vía oral y unos supositorios con piramidón. Una noche, de modo brusco, tal vez en un acceso de tos, se despertó con dolor intenso en fosa ilíaca derecha. El dolor aumentaba a la palpitación y se localizaba perfectamente. De modo espontáneo fue cediendo en intensidad, pero a las pocas horas advirtió que se iba organizando una especie de plastrón inflamatorio en la fosa ilíaca derecha, cediendo el dolor espontáneo, pero persistiendo a la palpitación. Pensó en una apendicitis; y lo mismo un colega que le vio durante la mañana. No existía fiebre ni leucocitosis. Con dicho diagnóstico fue trasladado a un centro quirúrgico.

El dato más significativo de la exploración física fue la existencia de un plastrón o masa mal limitada y dolorosa a la palpación profunda, situada a nivel del tercio inferior del recto derecho. Como la exploración resultaba moderadamente dolorosa y el diagnóstico de apendicitis subaguda se había establecido, no se insistió más en la exploración física abdominal. No había signos ni síntomas de parálisis intestinal. La radioscopía de abdomen mostró una imagen normal por completo. La auscultación abdominal permitió escuchar ruidos peristálticos. La temperatura era de 37°, el pulso de 90 por minuto. Los análisis de sangre mostraron una discreta leucocitosis; y el de orina, normalidad.

Se intervino, pues, con el diagnóstico de apendicitis aguda en fase de formación de un absceso o plastrón peritoneal.

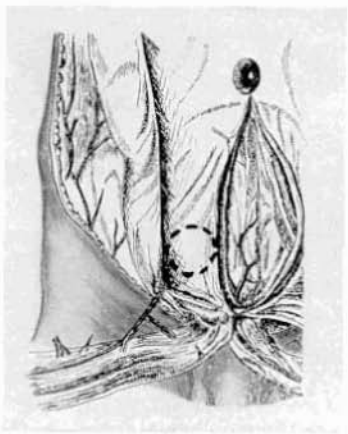

Fig. 1: Esquema anatómico de la pared anterior del abdomen. Se ha separado el músculo recto hacia abajo, dejando al descubierto la pared posterior de su vaina. Se representan los vasos epigástricos y las venas del espacio prevesical. En el círculo, el lugar de asiento del hematoma del caso que presentamos.

Al practicar la incisión de tipo pararectal derecha, sorprendió el edema que distendía ligeramente la hoja anterior del músculo. Una vez abierta la vaina del músculo, éste apareció edematoso, tenso y desplazado hacia adelante de su posición normal. Abierta con amplitud aquella vaina, encontramos inmediatamente un gran coágulo de sangre situado entre la cara posterior del músculo y la hoja aponeurótica posterior. El coágulo era de gran tamaño, bien organizado y rojo. Una vez extraído y limpia la cavidad ocupada por él, procedimos a lavar con cuidado toda la zona en busca de vasos abiertos o todavía sangrantes, sin lograrlo. La arteria y venas epigástricas presentaban aspecto normal, salvo que el edema y la infiltración oscurecían un poco los detalles. Se dejó un pequeño

drenaje y se cerró por completo la pared abdominal. No procedimos a abrir el peritoneo porque el diagnóstico de hematoma rectal simplemente no lo indicaba.

El enfermo evolucionó de modo normal. Desapareció el dolor y a los ocho días fue dado de alta. Actualmente, a los seis meses del accidente, continúa trabajando en su profesión perfectamente.

Discusión y comentarios

La razón por la que es más frecuente la aparición de hematomas dentro de la vaina del recto, acompañados o no de ruptura de fibras musculares, es debida a la disposición anatómica de este músculo y su vaina. Debe recordarse que este músculo es capaz de desarrollar una intensísima contracción muscular que puede alcanzar de 8 a 10 cm. de extensión entre relajación y contracción. Aumentan todavía más la potencia y el momento muscular del recto el hecho de que esté dividido por bandas conjuntivas transversales que fragmentan el músculo en varios vientres cortos. Durante los esfuerzos de la defecación, vómitos, tos violenta o espasmos cólicos se originan tensiones acentuadísimas en estos vientres musculares, que además pueden concentrarse más en uno que en otro, más en general hacia abajo. Los vasos epigástricos, arteria y dos gruesas venas, discurren dentro del músculo recto en el espesor de sus fibras musculares más profunda. El contacto entre fibras musculares y vasos es muy íntimo y muy largo. Por otra parte, como el músculo consume mucho oxígeno debido a su actividad, la serie de colaterales que se distribuyen por su interior es muy notable. Otro argumento anatómico muy interesante es, además, que por debajo del arco de Douglas el recto carece de hoja aponeurótica posterior. Entre la cara posterior del músculo y el peritoneo apenas se localiza una fina lámina de tejido conjuntivo muy laxo. Los vasos epigástrico están, a este nivel, casi en contacto con el peritonie; por ello cualquier hemorragia que se produzca; por escasa que sea en cantidad, va a ser puesta en contacto inmediatamente con el peritoneo, irritándolo y provocando dolor muy agudo.

La ruptura de fibras con hematoma a nivel del recto es conocida desde **Hipócrates** y **Galeno**. En la actualidad es una entidad clínica reconocida, llamada por algunos «apoplejía epigástrica», y es debida a esfuerzos musculares, vómitos intensísimos, tétanos, embarazos, fiebre tifoidea, etc.

El caso que aquí estudiamos pertenece a las complicaciones de la terapéutica anticoagulante con derivados cumarínicos. Hasta hace poco este tipo de accidente era una excepción, pero a medida que aumenta el número de pacientes sometidos a terapéuticas anticoagulantes prolongadas cabe esperar una frecuencia mayor de estas lesiones. El mecanismo que determina la ruptura vascular suele ser un golpe de tos o un brusco movimiento que aumente la presión abdominal. Si se conoce bien el cuadro y se sospecha en un paciente sometido a cumarínicos puede estar indicada una conducta espectante, sin intervención. Se han descrito dos casos resueltos favorablemente sin operar. Pero si el hematoma es grande o no hay seguridad diagnóstica, la evacuación quirúrgica es una indicación absoluta.

RESUMEN

En relación a las complicaciones de la terapéutica con derivados cumarínicos, los autores presentan un caso de hematoma del músculo recto anterior del abdomen. Con este motivo se hacen una serie de consideraciones históricas, anatómicas favorecedoras de dichos hematomas, diagnósticas y terapéuticas.

SUMMARY

A case of hematoma in the rectus abdominis muscle complicating anticoagulant therapy has been reported. Literature, pathology, diagnosis and treatment have been reviewed briefly.

BIBLIOGRAFIA

1. — **Martorell, A.:** Necrosis cutáneas por el empleo de anticoagulantes tipo cumarínico. «Angiología», 22: 239, 1970.
2. — **Axelrod, M.:** Unusual hemorrhagic complications in dicumarol therapy. «New York S. Med.», 51: 2789, 1951.
3. — **Furste, W.:** Hematoma of the abdominal wall. «Amer. J. Surg.», 91, abril 1956.
4. — **Borkovich, K. H.:** Acute anemia and abdominal tumor due to hemorrhage in rectus abdominies sheath following anticoagulant therapy. «Arch. Int. Med.», 117: 103, 1966.
5. — **Smith, I. S.:** Hemorragia de un vaso epigástrico durante el tratamiento con anticoagulantes. «Brit. J. Surg.» (en español), 1: 819, 1961.