

Hematoma espontáneo de la pared abdominal: una causa infrecuente de abdomen agudo

M.P. García, M.L. Martín, O. Bonachía, J. Lázaro, T. Butrón, J. García, M. García, R. Ramos y M. Lomas
Servicio de Cirugía General y Aparato Digestivo B. Hospital Universitario 12 de Octubre. Madrid.

Resumen

El hematoma espontáneo de la pared abdominal es una entidad de aparición infrecuente y de difícil diagnóstico debido a la similitud con otros procesos agudos. Habitualmente, suele encontrarse asociado a pacientes que siguen terapia anticoagulante.

Sin embargo, aportamos 3 casos en los que no se dio tal asociación, caracterizándose los tres por la misma clínica de presentación semejando un abdomen agudo, y los persistentes como factor precipitante. Los 3 casos se resolvieron satisfactoriamente, precisándose intervención quirúrgica en sólo uno de ellos para su resolución. Realizamos una revisión de esta entidad en cuanto a etiología, factores desencadenantes, diagnóstico y tratamiento.

Palabras clave: Hematoma espontáneo. Pared abdominal. Abdomen agudo.

(Cir Esp 2001; 69: 616-618)

Introducción

Los hematomas espontáneos de la pared abdominal son procesos infrecuentes que en ocasiones presentan grandes dificultades diagnósticas por la clínica que les acompaña (dolor abdominal, masa palpable y signos de irritación peritoneal), lo que obliga a realizar un diagnóstico diferencial con otras entidades clínicas enmarcadas dentro del concepto de abdomen agudo.

Aunque el hematoma espontáneo se presenta generalmente en pacientes con terapia anticoagulante, recogemos 3 casos en los que no existía tal asociación, pasando posteriormente a comentar los puntos más importantes de este proceso.

Correspondencia: Dra. M.P. García.
Servicio de Cirugía General y Aparato Digestivo B.
Hospital Universitario 12 de Octubre.
Ctra. de Andalucía, km 5,400. 28041 Madrid.

Aceptado para su publicación en octubre del 2000.

SPONTANEOUS HEMATOMA OF THE ABDOMINAL WALL. AN INFREQUENT CAUSE OF ACUTE ABDOMEN

Spontaneous hematoma of the abdominal wall is infrequent and difficult to diagnose due to its similarity with other acute processes. It is usually associated with patients undergoing anticoagulant therapy. However, we report three cases without this association. Clinical presentation mimicked acute abdomen with persistent cough as the precipitating factor. The three cases were resolved satisfactorily and only one required surgical intervention. We review the etiology, precipitating factors, diagnosis and treatment of this clinical entity.

Key words: Spontaneous hematoma. Abdominal wall. Acute abdomen.

Casos clínicos

Caso 1

Mujer de 77 años de edad que seguía tratamiento médico desde hacía años por hipertensión arterial, enfermedad pulmonar obstructiva crónica e insuficiencia cardíaca congestiva. Acudió a urgencias por dolor abdominal de comienzo brusco y 24 h de evolución tras episodio de tos, y aparición de tumecación abdominal. La exploración física reveló una gran masa dolorosa en el flanco y la fosa ilíaca izquierdos de aproximadamente 20 cm de diámetro que parecía depender de pared abdominal.

Las pruebas complementarias revelaron una analítica con hemoglobina de 11,1, hematocrito del 32,5%, y normalidad del resto de los parámetros, así como del estudio de coagulación. La radiografía simple de abdomen reflejó un efecto masa en la fosa ilíaca izquierda (fig. 1); la ecografía abdominal confirmó la existencia de una masa heterogénea de 15 cm localizada en la fosa ilíaca izquierda y pelvis, y la TC abdominal evidenció una gran colección en la pared abdominal anterior que disecaba



Fig. 1. Radiografía de abdomen que evidencia efecto masa localizado en la fosa ilíaca izquierda (caso 1).

planos musculares con hemorragia activa demostrada tras la administración de contraste que sugería un hematoma en esa localización.

La paciente fue ingresada y tratada con reposo y sueroterapia durante los primeros 3 días, iniciándose con posterioridad alimentación oral y deambulación y siendo dada de alta a los 7 días de su ingreso. El seguimiento en consultas externas demostró la normalización de la TC abdominal a los 6 meses.

Caso 2

Mujer de 86 años que seguía tratamiento médico por insuficiencia cardíaca congestiva. Acudió a urgencias por un cuadro catarral acompañado varios días después de dolor abdominal de aparición brusca en el flanco y la fosa ilíaca izquierdos, y sensación de mareo. La exploración física reveló a la palpación una zona empastada y contracturada en el flanco y la fosa ilíaca izquierdos, sin palparse claramente masa.

Las pruebas complementarias realizadas demostraron una analítica con hemoglobina de 13,7, hematocrito del 42,4%, y normalidad del resto de los parámetros, así como del estudio de coagulación. La radiografía simple de abdomen fue normal, la ecografía abdominal demostró la existencia de una masa sólida alargada en el flanco izquierdo de 12 × 5 cm sin evidenciarse una dependencia del órgano y en la TC abdominal se apre-

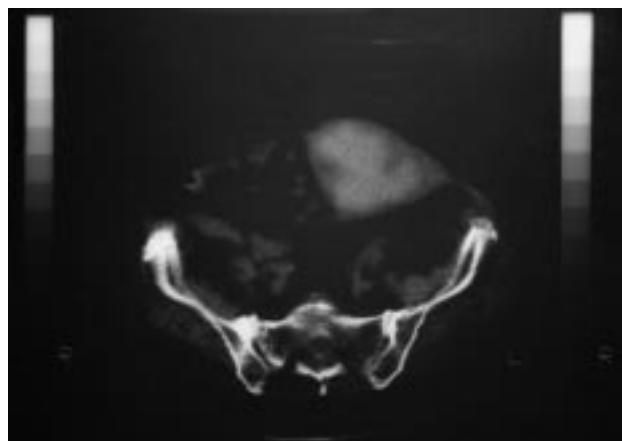


Fig. 2. Colección en la región anteroizquierda de la pared abdominal (caso 2).

ció una colección ovalada de la pared hiperdensa localizada en la región anteroizquierda de la pared abdominal (fig. 2).

La paciente fue ingresada y tratada con reposo y sueroterapia durante los primeros 2 días, iniciándose alimentación oral y deambulación y siendo dada de alta a los 7 días de su ingreso. El seguimiento en consultas externas demostró la normalización de la TC abdominal a los 4 meses.

Caso 3

Mujer de 55 años que seguía tratamiento médico por artrosis. Acudió a urgencias por dolor abdominal intenso de inicio súbito localizado en el hipogastrio y la fosa ilíaca izquierda presentado en el transcurso de un proceso catarral. La exploración física detectó una masa de consistencia dura, dolorosa y de bordes irregulares en el hipogastrio y la fosa ilíaca izquierda.

Las pruebas complementarias revelaron una analítica con hemoglobina de 13,2, hematocrito del 38,1%, leucocitosis de 11.800 con un 80% de neutrófilos y normalidad del resto de los parámetros, así como del estudio de coagulación. La radiografía simple de abdomen fue considerada normal, demostrando el estudio ecográfico abdominal una masa sólida de 6 × 5 × 2,5 cm localizada en hipogastrio.

La paciente fue ingresada y tratada con reposo y sueroterapia, presentando en días posteriores persistencia del dolor y un descenso de la hemoglobina, por lo que se decidió una intervención quirúrgica, encontrándose en la laparotomía una tumoración subaponeurótica que a la apertura de la vaina de los rectos demostró estar compuesta por coágulos, sin observarse hemorragia activa ni vaso sangrante. El postoperatorio cursó con normalidad, siendo dada de alta a los 9 días de la intervención. En la revisión realizada en consultas externas a los 45 días del alta hospitalaria, la paciente se encontraba asintomática.

Discusión

El hematoma espontáneo de la pared abdominal es una entidad clínica poco frecuente que se presenta generalmente en pacientes que siguen terapia anticoagulante, aunque se han descrito también hemorragias espontáneas en otras localizaciones

como la retroperitoneal e intestinal¹. Además de la anticoagulación, han sido relacionados en su génesis con enfermedades infecciosas (sobre todo la fiebre tifoidea), discrasias sanguíneas, enfermedades del colágeno, hipertensión arterial, etc.².

Concomitantemente con los anteriores, actúan otros factores que aumentan la tensión de la musculatura abdominal (tos persistente, vómitos, embarazos, ascitis, estreñimiento) o que agregan directamente al músculo (laparotomías previas, paracentesis e inyecciones intraabdominales)^{3,4}.

La mayor frecuencia de este trastorno en la mujer se explica por las lesiones de estiramiento que sufren las arterias epigástricas al aumentar el perímetro abdominal durante los embarazos^{2,4}.

Aunque el hematoma espontáneo puede afectar a cualquier localización de la pared abdominal, es la de la vaina de los rectos la más frecuentemente descrita como consecuencia de la rotura de la arteria epigástrica inferior que recorre dorsalmente junto con la arteria epigástrica superior el músculo recto anterior. Con mucha menos frecuencia, la hemorragia tiene su origen en la lesión de las fibras del citado músculo⁵.

La localización más frecuente del hematoma espontáneo es la infraumbilical, como consecuencia de la ausencia de la vaina posterior del recto por debajo de la línea semicircular de Douglas, lo que permite que entre las vísceras abdominales y el músculo recto sólo exista el peritoneo y la *fascia transversalis*. Ello determina una menor protección de los vasos epigástricos inferiores y del músculo, lo que explica la mayor frecuencia de aparición de hematomas en esta región².

Por las mismas razones anatómicas se explica que esta entidad pueda simular un cuadro de abdomen agudo como consecuencia de la irritación peritoneal que provoca el sangrado y que se traducen clínicamente en dolor y defensa abdominal.

La clínica que viene precedida por dolor súbito y agudo se asocia a una masa palpable y, en ocasiones, a náuseas y febrícula⁶, y eventualmente síntomas urinarios por compresión vesical⁷.

Antes del advenimiento de las técnicas de imagen, el diagnóstico se conseguía por medio de la laparotomía; Teske observó que sólo el 17% de los casos de hematoma espontáneo habían sido correctamente diagnosticados sin precisar una intervención quirúrgica⁸, y ello a pesar de que el signo de Fothergill es bastante fiable, ya que permite reconocer si una tumacción forma o no parte de la pared abdominal según persista o no al hacer resistencia con la prensa abdominal^{2,9}.

Hoy día, el diagnóstico de certeza se lleva a cabo mediante la realización de pruebas de imagen. La ecografía es una técnica incruenta y sencilla que suele ser la primera exploración a realizar y orienta al diagnóstico¹⁰; visualiza una lesión ocupante de espacio de partes blandas, heterogénea, con áreas hipoeocoicas que alternan con otras hiperecoicas. La TC abdominal puede ser realizada con o sin contraste, aunque esta última opción en casos de hemorragia activa puede demostrar el punto sanguinolento y como ocurrió en el caso 1. El hematoma aparece como una masa de tejido blando contenida dentro del músculo, homogéneo o heterogéneo, siendo posible en las primeras horas detectar zonas de hiperdensidad.

Opcionalmente, se puede realizar punción-aspiración guiada por ecografía o TC con el fin de obtener material para estudio citológico, en caso de sospecha de hemorragia de origen tumoral, o microbiológico si los datos clínicos hacen sospechar la infección del hematoma.

Además de la ecografía y la TC, la RM puede ser de utilidad para diferenciar el hematoma de larga evolución de tumores como lipomas, hemangiomas o neurofibromas difíciles de detectar con la TC¹¹. En la RM y tras 2 o 3 semanas de evolución, los hematomas desarrollan un anillo concéntrico característico, producido por el efecto paramagnético de los productos de metabolización de la hemoglobina, lo que permite diferenciarlo de otras etiologías¹².

En cuanto al tratamiento de elección, será inicialmente conservador y consistente en analgésicos y antiinflamatorios, que consiguen la remisión del dolor en pocos días. En casos de hemorragia activa con repercusión hemodinámica, puede ser necesario el tratamiento quirúrgico con objeto de evacuar el hematoma y realizar la hemostasia de los vasos sanguíneos, siendo precisa en ocasiones la ligadura de la arteria epigástrica².

La mortalidad se estima en un 4% y suele ser debida a shock hipovolémico, aunque aumenta al 18% en pacientes intervenidos e incluso al 25% en los anticoagulados^{13,14}.

Bibliografía

1. Acea Nebril B, Taboada Filgueira L, Sánchez González F, Freire Rodríguez D, Fraguela Mariña J, Aguirrezabalaga J et al. Abdomen agudo en pacientes anticoagulados. Valoración e indicaciones quirúrgicas. Rev Clin Esp 1995; 195: 463-467.
2. Rosell Pradas J, Guerrero Fernández-Marcote JA, Vara Thorbeck R. Hematoma del músculo recto abdominal como falso abdomen agudo (aportación de tres casos). Rev Esp Enf Ap Digest 1988; 74: 385-387.
3. Hurtado Rebollo L, Cantalapiedra Gil T, Sanz Cantalapiedra R. Hematoma espontáneo de los músculos rectos como causa de dolor abdominal con masa palpable. Aten Primaria 1992; 10: 730-732.
4. Simón Adiego C, Ferri Romero J, Molina Escobar B, Alarcón López A, Tortosa Sánchez A, Carrera Gutiérrez J et al. Hematoma de la vaina de los rectos: aportación de cuatro nuevos casos. Cir Esp 2000; 67: 200-203.
5. Verhagen HJM, Tolenaar PL, Sybrandy R. Haematoma of the rectus abdominis muscle. Eur J Surg 1993; 159: 335-338.
6. Lohle PNM, Puylaert JBCM, Coerkamp EG, Hermans ETH. Non-palpable rectus sheath hematoma clinically masquerading as appendicitis: US and CT diagnosis. Abdom Imaging 1995; 20: 152-154.
7. Hill SA, Jackson MA, Fitzgerald R. Abdominal wall haematoma mimicking visceral injury: the role of CT scanning. Injury 1995; 26: 605-607.
8. Teske JM. Haematoma of the rectus abdominis muscle: report of case and analysis of 100 cases from literature. Am J Surg 1946; 71: 689-695.
9. Schwartz SI, Ellis H, Cowles Husser W, Maingot. Operaciones abdominales. Buenos Aires: Editorial Médica Panamericana, 1992.
10. Pareja E, García-Granero M, Zaragozá E, Ripoll F, Checa F. Hematoma espontáneo del músculo recto anterior del abdomen como causa de abdomen agudo. Cir Esp 1999; 66: 276-277.
11. Fukuda T, Sakamoto I, Kohzaki S, Uetani M, Mori M, Fujimoto T et al. Spontaneous rectus sheath hematomas: clinical and radiological features. Abdom Imaging 1996; 21: 58-61.
12. Davies RS, Goh GJM, Curtis JM, Meaney JFM, Lewis-Jones HG. Abdominal wall haematoma in anti-coagulated patients: the role of imaging in diagnosis. Australas Radiol 1996; 40: 109-112.
13. Aznar R, Serrano R, Lacasa J, Velázquez J, Ziad F. Hematoma de la vaina de los rectos simulando colecistitis aguda: una causa infrecuente de abdomen agudo. Rev Clin Esp 1989; 185: 104.
14. Miralles Basseda C, Rosell Gratacos A, Gelonch Romeu J, Camps Ausas I, Monreal Bosch M, Oller Sales B. Hematoma de la pared abdominal y heparina cárctica por vía subcutánea. Rev Clin Esp 1991; 188: 71-72.