

Hematoma de la vaina de los rectos. Las pruebas de imagen evitan laparotomías innecesarias

Víctor Soria-Aledo^a, Milagros Carrasco-Prats^a, Benito Flores-Pastor^a, José Aguilar-Jiménez^a,
Miguel Corral de la Calle^b y José Luis Aguayo-Albasini^c

^aMédico Adjunto Cirugía General. ^bMédico Adjunto Radiología. ^cJefe de Servicio Cirugía General. Servicios de Cirugía General y Digestiva y Radiodiagnóstico del Hospital General Universitario J.M. Morales Meseguer. Murcia.

Resumen

Introducción. El hematoma de la vaina de los rectos es una causa poco frecuente de dolor abdominal. Si se diagnostica correctamente, la cirugía suele ser innecesaria en la mayoría de los casos. Este estudio evalúa el papel de la ecografía y la tomografía axial computarizada (TAC) en el diagnóstico del hematoma de la vaina de los rectos.

Método. Se revisan 12 casos de hematoma de la vaina de los rectos en un período de 15 meses.

Resultados. La ecografía fue diagnóstica en 11 de los 12 pacientes. La TAC diagnosticó correctamente a los 3 pacientes en los que se practicó.

Conclusión. La cirugía puede evitarse en la mayoría de pacientes con hematoma de la vaina de los rectos si se diagnostica correctamente mediante pruebas de imagen.

Palabras clave: Hematoma de la vaina de los rectos. Tratamiento. Pruebas de imagen.

RECTUS SHEATH HEMATOMA. IMAGING STUDIES AVOID UNNECESSARY LAPAROTOMIES

Introduction. Rectus sheath hematoma is a rare cause of abdominal pain. If accurately diagnosed, surgery can usually be avoided. This study assessed the role of ultrasonography and computerized axial tomography (CAT) in the diagnosis of rectus sheath hematoma.

Methods. Twelve cases of rectus sheath hematoma diagnosed over 15 months were reviewed.

Results. Ultrasonography was diagnostic in 11 of 12 patients and CAT was diagnostic in the three patients who underwent this procedure.

Conclusion. Surgery can be avoided in most patients with rectus sheath hematoma if correctly diagnosed by imaging tests.

Key words: Rectus sheath hematoma. Treatment. Imaging tests.

Introducción

El hematoma de la vaina de los rectos es una acumulación de sangre en la vaina del músculo recto anterior del abdomen causado por la rotura de los vasos epigástricos o por la herida de las fibras de los músculos rectos abdominales¹. Puede aparecer como resultado de un traumatismo, intervención quirúrgica, embarazo, paroxismo de tos y otras causas². La terapia anticoagulante es la principal circunstancia asociada a esta enfermedad³.

El hematoma de la vaina de los rectos casi siempre se presenta de forma aguda, con dolor abdominal de presentación brusca y en ocasiones puede mimetizar distintas causas de abdomen agudo, lo que deriva en no pocas ocasiones en innecesarias intervenciones quirúrgicas⁴. La ecografía y la tomografía axial computarizada (TAC) son las técnicas de elección para llegar a un diagnóstico correcto⁵.

Presentamos una serie de 12 casos cuyo diagnóstico se obtuvo siempre utilizando las técnicas de imagen.

Pacientes y método

Se trata de un estudio descriptivo en el que presentamos una serie de 12 pacientes que sufrieron hematoma de la vaina de los rectos en un período de 15 meses comprendido entre enero de 1999 y marzo de 2000. De todos ellos, ocho eran mujeres y cuatro varones. La edad media fue de 72 años (55-84 años).

Correspondencia: Dr. Víctor Soria Aledo.
Buenos Aires, 17, 2.º 30150. La Alberca. Murcia.
Correo electrónico: med018949@saludalia.com

Aceptado para su publicación en febrero de 2002.

Analizamos los factores predisponentes, precipitantes, presentación clínica, datos de laboratorio, pruebas de imagen efectuadas, la morbi-mortalidad asociada y el tratamiento de todos ellos.

Resultados

De los 12 pacientes, nueve presentaban algún factor predisponente: seis estaban anticoagulados (cuatro con dicumarínicos y dos con heparinas de bajo peso molecular), cuatro eran hipertensos y uno presentaba una trombocitosis esencial. Tres pacientes no presentaban ninguna afección asociada predisponente.

El factor precipitante más frecuente fue la tos que se presentó en 10 pacientes. En dos de ellos, además referían traumatismo abdominal y ejercicio físico. Los 2 pacientes restantes no contaban ningún factor precipitante.

La forma de presentación más frecuente fue el dolor abdominal sin masa palpable en 7 casos. Cuatro pacientes consultaron por masa abdominal dolorosa y uno por masa abdominal indolora. Dos de los pacientes con masa abdominal dolorosa además presentaban equimosis de la pared abdominal, uno en la región periumbilical (signo de Cullen) y el otro en los flancos (signo de Grey Turner).

Con respecto a los datos analíticos, en 10 pacientes hubo descenso significativo del hematócrito. Con respecto a las pruebas de coagulación, 8 pacientes tenían una actividad de protrombina por encima del 80% y sólo los 4 pacientes anticoagulados previamente con dicumarínicos presentaban actividad inferior al 32%; los 2 pacientes anticoagulados con heparinas de bajo peso molecular no tenían alteraciones de la actividad de protrombina.

Se realizó ecografía en todos los pacientes, confirmando el diagnóstico en 11 de ellos. En 3 casos se realizó además TAC abdominal que confirmó el diagnóstico ecográfico de dos pacientes y fue la prueba diagnóstica en el paciente con ecografía normal.

El tratamiento fue conservador en todos los pacientes. Dos pacientes fallecieron, uno por shock hipovolémico irreversible y otro por insuficiencia renal y descompensación de la enfermedad pulmonar obstructiva crónica (EPOC).

Discusión

El factor predisponente más importante para que se produzca el hematoma de la vaina de los rectos es la terapia anticoagulante^{2,3}, y el factor precipitante más común es la tos². En nuestra serie, sólo tres pacientes no presentaban ningún factor de riesgo asociado con esta afección.

Desde un punto de vista clínico, el hematoma de la vaina de los rectos no tiene una sintomatología específica aunque suele comenzar con un dolor abdominal generalmente unilateral de presentación brusca y que aumenta con los movimientos⁶. El examen físico, típicamente pero no siempre, evidencia una masa dolorosa palpable⁷. Otros signos incluyen equimosis en la pared abdominal, que se presentó en dos pacientes de nuestra serie. Pueden aparecer hipotensión y taquicardia si llega a acumularse suficiente cantidad de sangre en el espacio comprendido por la vaina de los rectos abdominales.

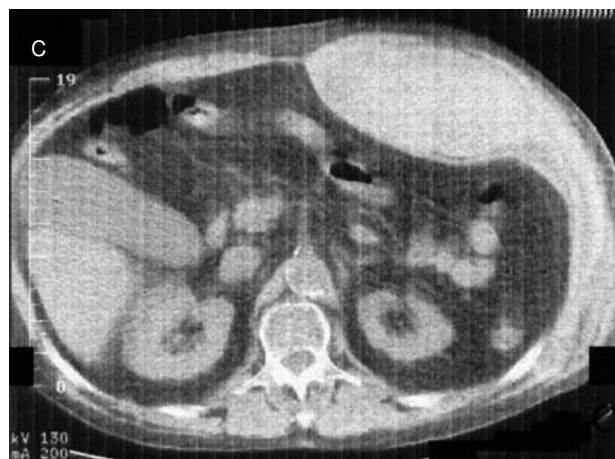


Fig. 1. A) Corte transversal de ecografía en la línea media infraumbilical, que pone de manifiesto un engrosamiento difuso y heterogéneo, con apariencia sólida, del músculo recto anterior derecho. El movimiento del peritoneo parietal (flechas) y su contenido, en el estudio a tiempo real, en profundidad a la lesión, permite localizarla en la pared abdominal. #Línea alba. B) En este paciente se identificaban colecciones hemáticas, en algún caso, formando niveles líquido-líquido*. C) La imagen axial de tomografía computarizada en otro paciente evidencia una gran masa homogéneamente hiperdensa que infiltra y expande el recto anterior izquierdo y se extiende a la musculatura del flanco.

La ecografía y la TAC deben utilizarse para confirmar la sospecha clínica⁵. En nuestra serie el diagnóstico fue establecido al excluir otras causas de dolor y/o masa abdominal por los datos clínicos y usando las pruebas de imagen, ecografía en todos los casos y TAC en tres pacientes, para confirmar el diagnóstico. Cuando la ecografía fue concluyente no se realizó otra prueba diagnóstica (fig. 1).

Establecer el diagnóstico es importante para instaurar una terapéutica adecuada⁶. Aunque el hematoma de la vaina de los rectos es habitualmente autolimitado, no es despreciable la mortalidad en pacientes ancianos, así como una importante tasa de morbilidad asociada⁸. Además, el diagnóstico diferencial incluye apendicitis, tumores de la pared abdominal o hernias, afecciones que pueden requerir una intervención quirúrgica de urgencia, por lo que un diagnóstico temprano y correcto permite aplicar un tratamiento adecuado evitando la intervención quirúrgica innecesaria⁶.

Aunque habitualmente se recomienda una actitud expectante, en algunos casos con repercusión hemodinámica es necesaria una intervención quirúrgica para evacuar el hematoma y ligar los vasos epigástricos lesionados^{7,9}. La embolización arterial radiológica de los vasos sangrantes también ha sido usada con fines terapéuticos¹⁰. La mortalidad en esta patología se presenta en pocos casos, aunque no es extraordinaria⁸.

El hematoma de la vaina de los rectos, aunque es una enfermedad poco frecuente, debería ser considerada en pacientes con dolor abdominal. Un diagnóstico de sospe-

cha temprana con las pruebas de imagen necesarias pueden evitar laparotomías innecesarias, disminuir la estancia hospitalaria y, en algunos casos, evitar la mortalidad asociada.

Bibliografía

1. Lorente L, Aller MA, Durán MC, Arias J. Hematoma of the anterior rectus abdominis muscle associated with anticoagulant therapy. *Rev Esp Enferm Dig* 1993;84:343-4.
2. Titone C, Lipsius M, Krakauer JS. Spontaneous hematoma of the rectus abdominis muscle: critical review of 50 cases with emphasis on early diagnosis and treatment. *Surgery* 1972;72:568-72.
3. Wegener ME, Ghani A. Rectus sheath hematomas in hematological disorders. *Am Surg* 1994;60:424-6.
4. Maffully N, Petri GJ, Pintore E. Rectus sheath haematoma in a caecum. *Br J Med* 1991;26:221-2.
5. Goodman P, Raval B. CT of the abdominal wall. *AJR* 1990;154:1207-11.
6. Moreno Gallego A, Aguayo JL, Flores B, Soria T, Hernandez Q, Ortiz S, et al. Ultrasonography and compute tomography reduce unnecessary surgery in abdominal rectus sheath haematoma. *Br J Surg* 1997;84:1295-7.
7. Fukuda T, Sakamoto I, Kohzaki S, Uetani M, Mori M, Fujimoto T, et al. Spontaneous rectus sheath hematoma: clinical and radiologic features. *Abdom Imaging* 1996;21:58-61.
8. Ducatman BS, Ludwig J, Hurt RD. Fatal rectus sheath hematoma. *JAMA* 1983;249:924-5.
9. Cervantes J, Sánchez-Cortázar J, Ponte RJ, Manzo M. Ultrasound diagnosis of rectus sheath hematoma. *Am Surg* 1983;49:542-5.
10. Levy JF, Gordon HW, Pitha RN, et al. Gelfoam embolization for control of bleeding from rectus sheath hematoma. *AJR* 1980;135:1283-4.