



Figura 1 Imagen de tomografía computarizada abdominal que muestra un hematoma en recto anterior derecho del abdomen que se extiende a la cavidad abdominal comprimiendo la vejiga.

terapia anticoagulante son la edad avanzada, los pesos extremos, las comorbilidades con riesgo hemorrágico y el uso concomitante de antiagregantes o antiinflamatorios no esteroideos^{1,2}. En aquellos casos en los que los pacientes reciben tratamiento anticoagulante con HBPM hay que tener en cuenta además, dos aspectos fundamentales. 1) la acumulación del fármaco en pacientes con insuficiencia renal y el consiguiente aumento del riesgo de sangrado, lo que condiciona que en los pacientes con aclaramientos de creatinina inferiores a 40 ml/min, sea recomendable monitorizar la actividad antiXa³. 2) el riesgo de punción accidental del músculo recto durante la administración subcutánea del fármaco. Esta complicación parece ser más habitual en pacientes delgados y en pacientes ancianos o caquéticos con atrofia cutánea o subcutánea periumbilical⁴. En estos pacientes puede ser aconsejable el empleo de otras zonas de inyección subcutánea tales como la zona posterior del brazo o la región deltoidea⁵.

El hematoma de los músculos rectos del abdomen se presenta clínicamente como un dolor abdominal de comienzo agudo con o sin masa abdominal palpable y anemia acompañante⁶. El diagnóstico se realiza habitualmente

mediante CT o ecografía abdominal. El tratamiento es fundamentalmente conservador. La cirugía con ligadura del punto sangrante o la embolización arterial está indicada en hematomas que progresan a pesar del tratamiento conservador⁷.

Bibliografía

1. Macías-Robles MD, García Peliz M, González-Ordoñez AJ. Prophylaxis with enoxaparin can produce a giant abdominal wall haematoma when associated with low doses of aspirin among elderly patients suffering cough attacks. *Blood Coagul Fibrinolysis*. 2005;16:217–9.
2. Árbol F, Marcos F, Quintana M, López Ortega P. Hematoma de los músculos rectos abdominales en relación con tratamiento de heparina de bajo peso molecular. *An Med Interna*. 2004;21:51–2.
3. Collet JP, Montalescot G, Choussat R, Lison L, Ankri A. Enoxaparin in unstable angina patients with renal failure. *Int J Cardiol*. 2001;80:81–2.
4. Aydın Y, Özcakar L, Ustun I, Yılmaz L. A salient rectus abdominis hematoma due to enoxaparin. *Anadolu Kardiyol Derg*. 2007;7:92.
5. Kayrak M, Bacaksiz A, Yazici M. Is enoxaparin injection from the abdominal wall safe in elderly people? *Can Fam Physician*. 2008;54:1246–8.
6. Yusti M, Lado FL, Pérez Hebón M, Rodríguez Constante I, Rodríguez López I. Hematoma de pared abdominal como complicación del uso de heparinas de bajo peso molecular. *An Med Interna*. 2003;20:59–60.
7. Donaldson J, Knowles CH, Clark SK, Renfrew I, Lobo MD. Rectus sheath haematoma associated with low molecular weight heparin: a case series. *Ann R Coll Surg Engl*. 2007;89:209–312.

O. Madridano^{a,*}, M. Martín del Pozo^a, P. Masso^b y J.F. Gómez Cerezo^a

^a Servicio de Medicina Interna, Hospital Infanta Sofía, San Sebastián de los Reyes, Madrid, España

^b Servicio de Hematología, Hospital Infanta Sofía, San Sebastián de los Reyes, Madrid, España

* Autor para correspondencia.

Correo electrónico: olgamadridano@hotmail.com (O. Madridano).

doi:10.1016/j.rce.2010.09.007

Pancreatitis aguda de etiología atípica

Acute pancreatitis with atypical etiology

Sr. Director:

En relación con el caso clínico publicado por Sánchez-Muñoz et al¹ en su revista acerca de un absceso hepático secundario a impactación de un cuerpo extraño a través de la pared colónica, nos gustaría exponer un caso que hemos atendido recientemente en el servicio de Urgencias de nuestro hospital cuya etiología, no sospechada inicialmente, fue similar.

Se trataba de una mujer de 56 años que consultó por epigastralgia de 4 días de evolución, acompañada de náuseas y vómitos. Entre los antecedentes clínicos, la paciente había sido diagnosticada de hernia de hiato por deslizamiento y colecistectomizada 6 meses antes del episodio actual. Además era fumadora de 10 paquetes de tabaco/año.

En la exploración física presentaba un aceptable estado general, encontrándose afebril y hemodinámicamente estable (tensión arterial 126/78 mmHg). Peso 82 kg, estatura 165 cm. La auscultación cardiopulmonar no mostró alteraciones patológicas. El abdomen era blando y presentaba dolor en región epigástrica a la palpación profunda sin signos de irritación peritoneal.

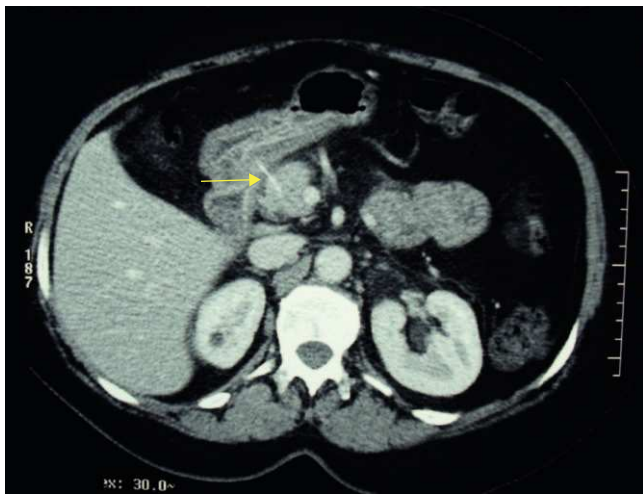


Figura 1 TAC de abdomen en la que se aprecia una imagen hiperdensa de morfología alargada que atraviesa la pared del estómago con su extremo enclavado en la cabeza del páncreas.

Entre las pruebas complementarias realizadas a la paciente, el hemograma reflejaba una leucocitosis moderada con neutrofilia (13.500 leucocitos/ μ l, 82% neutrófilos) sin otras alteraciones, y en la bioquímica destacaba una cifra elevada de amilasa en plasma (1.350 U/l). La radiografía simple de abdomen en bipedestación no mostró alteraciones significativas, por lo que ante la sospecha clínica de pancreatitis aguda, se procedió a realizar una tomografía axial computarizada (TAC) de abdomen con contraste intravenoso, en la que se identificó una imagen hiperdensa de morfología alargada (aproximadamente 3,5 cm de longitud) que atravesaba la pared del estómago con dos tercios de su longitud proyectados extraluminalmente con su extremo enclavado en la cabeza del páncreas (fig. 1).

Ante estos hallazgos se realizó una endoscopia gastroduodenal en la que se observó una espina de pescado enclavada en región prepilórica. Se procedió a su extracción mediante asa de polipectomía (fig. 2). En las 48 horas posteriores, desapareció el dolor abdominal y se normalizaron las cifras de amilasemia.

En nuestro medio, las causas más frecuentes de pancreatitis aguda en adultos son la litiasis biliar complicada y el consumo excesivo de etanol. Otras causas menos frecuentes son algunas alteraciones metabólicas (hipertrigliceridemia, hipercalcemia), la obstrucción no litiasica de las vías de excreción (tumores, páncreas divisum, etc.), algunos fármacos y los traumatismos abdominales. Aproximadamente el 20% de los casos terminan clasificándose como «idiopáticos»². Un porcentaje bajo, de cuantía no determinada, son secundarios a cuerpos extraños ingeridos entre los que hay descritos clips, palillos de dientes y espinas de pescado³⁻⁵. Curiosamente, con moderada frecuencia los pacientes no recuerdan haber ingerido alguno de estos cuerpos extraños, tal y como sucedía en el caso de Sánchez-Muñoz et al y en el nuestro.

La radiografía simple de abdomen no tiene la suficiente sensibilidad para localizar cuerpos extraños no metálicos (como las espinas de pescado). Sin embargo la TAC ha demostrado su utilidad en estas situaciones⁶.

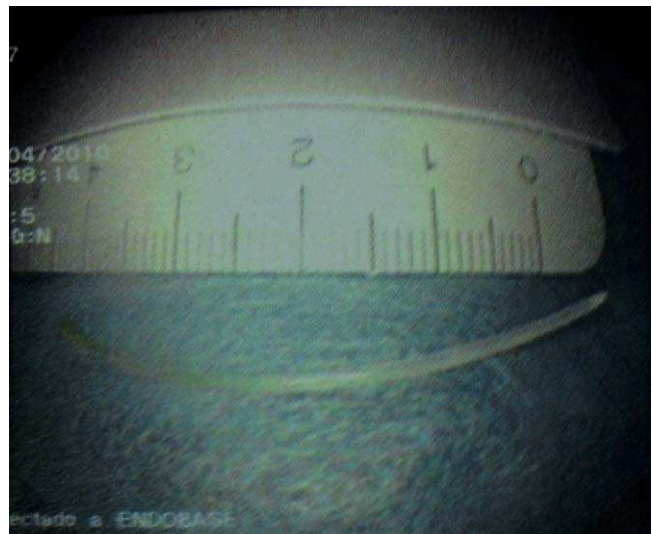


Figura 2 Espina de pescado, de unos 5 cm de longitud extraída mediante asa de polipectomía.

En nuestro caso la detección rápida y el hecho de que la espina fuese accesible al endoscopio evitó complicaciones graves posteriores, como las descritas en otras publicaciones^{1,4} y la necesidad de intervención quirúrgica, favoreciendo también una rápida mejoría de los síntomas.

Bibliografía

1. Sánchez-Muñoz LA, Sanjuán-Portugal FJ, Castiella-Herrero J, Naya-Manchado J. Absceso hepático secundario a la impactación de un cuerpo extraño en la pared colónica. *Rev Clin Esp.* 2010;210:e13–5.
2. Whitcomb DC. Acute Pancreatitis. *N Engl J Med.* 2006;354:2142–50.
3. Dabadie A, Roussey M, Betremieux P, Gambert C, Lefrançois C, Darnault P. Acute pancreatitis from a duodenal foreign body in a child. *J Pediatr Gastroenterol Nutr.* 1989;8:533–5.
4. Kim KH, Woo EY, Rosato EF, Kochman ML. Pancreatic foreign body: ingested toothpick as a cause of pancreatitis and hemorrhage. *Gastrointest Endosc.* 2004;59:147–50.
5. Chiu YH, How CK, Chen JD. Fish Bone-Induced Pancreatitis. *Clin Gastroenterol Hepatol.* 2010;8:27.
6. Goh BK, Tan YM, Lin SE, Chow PK, Chea FK, Oio LP, et al. CT in the preoperative diagnosis of fish bone perforation of the gastrointestinal tract. *Am J Roentgenol.* 2006;187:710–4.

L.E. López Cortés*, J. Sojo Dorado,
J. Olmo Montes y C. Peñas Espinar

Servicio de Medicina Interna, Hospital Universitario Virgen Macarena, Sevilla, España

*Autor para correspondencia.

Correo electrónico: luiselopezcortes@gmail.com
(L.E. López Cortés).

doi:10.1016/j.rce.2010.06.011