



Revista Clínica Española

www.elsevier.es/rce



CORRESPONDENCIA

Hematoma del músculo recto de abdomen en pacientes tratados con heparina de bajo peso molecular: cuatro casos clínicos

Hematoma of the rectus abdominis muscle in patients treated with low-molecular-weight heparin: four clinical cases

Sr. Director:

Las heparinas de bajo peso molecular (HBPM) constituyen el anticoagulante de elección en la profilaxis y tratamiento inicial de diferentes entidades clínicas. Se administran por vía subcutánea y, a pesar de sus datos de seguridad, se han descrito casos de hematomas en diversas localizaciones incluyendo los músculos rectos del abdomen. Recientemente hemos atendido a cuatro pacientes en tratamiento con enoxaparina con hematomas de los músculos rectos abdominales.

Caso 1

Mujer de 79 años con deterioro cognitivo leve de origen vascular, en tratamiento antiagregante con ácido acetilsalicílico, que ingresó por un cuadro de infección respiratoria y fibrilación auricular rápida. Se inició tratamiento con enoxaparina a dosis terapéuticas y se mantuvo la antiagregación. Cinco días después presentó un cuadro de dolor abdominal y apareció una masa en flanco derecho. Se realizó una tomografía computarizada (CT) abdominal confirmándose la presencia de un hematoma en el interior del músculo recto anterior derecho. Se anemizó hasta alcanzar valores de hemoglobina de 6 g/dl. El recuento plaquetario y los parámetros de coagulación eran normales. La función renal había empeorado durante el ingreso presentando un aclaramiento de creatinina de 35 ml/min.

Caso 2

Mujer de 86 años con hipertensión arterial que ingresó por un cuadro de insuficiencia cardíaca y fibrilación auricular. Se inició tratamiento con enoxaparina a dosis terapéuticas. Cinco días después, la paciente presentó dolor abdominal y apareció una masa dolorosa. Refería haber sentido un dolor importante tras una de las inyecciones de heparina subcu-

tánea en región periumbilical. Se realizó una CT abdominal donde se confirmó la presencia de dos hematomas en ambos músculos rectos abdominales. Se anemizó hasta alcanzar valores de hemoglobina de 4 g/dl con recuento plaquetario, parámetros de coagulación y función renal normales.

Caso 3

Mujer de 71 años con hipertensión arterial que ingresó con enfermedad tromboembólica venosa. Se inició tratamiento con enoxaparina a dosis terapéuticas. Cuatro días después presentó un episodio de dolor intenso en fosa iliaca izquierda acompañada de mareo e hipotensión arterial. Se realizó CT abdominal detectándose la presencia de una gran colección pélvica compatible con hematoma, que dependía del músculo recto anterior izquierdo y que desplazaba asas intestinales y vejiga. Se anemizó hasta alcanzar valores de hemoglobina de 4 g/dl. El recuento plaquetario y los parámetros de coagulación eran normales. La paciente presentaba un aclaramiento de creatinina de 42 ml/min.

Caso 4

Mujer de 70 años con prótesis aórtica metálica, hipertensión pulmonar y fibrilación auricular crónica, en tratamiento con acenocumarol que ingresó por insuficiencia cardíaca. Se suspendió el acenocumarol y se inició tratamiento con enoxaparina a dosis terapéuticas. Cinco días después presentó dolor abdominal y apareció una masa en fosa iliaca derecha. El CT abdominal evidenció un hematoma en el interior del músculo recto anterior derecho del abdomen que se extendía a la cavidad abdominal comprimiendo vejiga y uréter (fig. 1). Se anemizó hasta alcanzar valores de hemoglobina de 5 g/dl. La cifra de plaquetas, los parámetros de coagulación y la función renal eran normales.

En todos los casos el tratamiento fue conservador. Se suspendió la anticoagulación y se transfundieron hemoderivados consiguiendo controlar la progresión del hematoma.

El hematoma de los músculos rectos del abdomen se ha relacionado con distintas circunstancias que provocan aumentos bruscos de la presión intraabdominal tales como los accesos de tos, la defecación, la micción y el parto. También se ha relacionado con el embarazo, los traumatismos directos, las discrasias sanguíneas y muy especialmente con el tratamiento anticoagulante. Los factores que incrementan el riesgo en los pacientes que reciben



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

- 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.
- 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.
- 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.
- Aydin Y, Ozcakar L, Ustun I, Yilmaz L. A salient rectus abdominis hematoma due to enoxaparin. *Anadolu Kardiyol Derg*. 2007;7:92.
- Kayrak M, Bacaksiz A, Yazici M. Is enoxaparin injection from the abdominal wall safe in elderly people? *Can Fam Physician*. 2008;54:1246–8.
- 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.
- 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.