



# Medicina de Familia. SEMERGEN



<https://www.elsevier.es/semergen>

## 160/1995 - ¡A mi madre se le ha inflamado el abdomen!

C.J. Pascual Suaza<sup>a</sup>, A.M. Rivas Román<sup>b</sup> y C. Gutiérrez Ruíz<sup>c</sup>

<sup>a</sup>Médico Residente de 4º año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Casines. Puerto Real. Cádiz. <sup>b</sup>Médico Residente de 4º año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Puerto Real. Cádiz. <sup>c</sup>Médico de Familia. DCCU Distrito Sanitario Bahía de Cádiz-La Janda. Cádiz.

## Resumen

**Descripción del caso:** Paciente de 77 años, sin RAMc, con antecedentes personales de FA permanente anticoagulada con acenocumarol, HTA tratada con valsartán, intervenida de colecistitis por laparotomía. Acude a urgencias por astenia, decaimiento y dolor abdominal localizado a nivel de unión de FII e hipogastrio de características continuas, de 12 horas de evolución, sin acompañarse de fiebre, ni náuseas ni vómitos ni relación con la ingesta. Niega traumatismo abdominal previo.

**Exploración y pruebas complementarias:** MEG, desorientada, palidez cutánea, frialdad acral, relleno capilar > 2 seg, taquicárdica y taquipneica. TA 62/38 mmHg, FC 122 lpm, FR 23 rpm, Tª 35,6 °C, Sat O2 92%. AC: tonos arrítmicos y taquicárdicos. AP sin alteraciones. Abdomen: distendido, timpánico, cicatriz de laparotomía en línea media y tumefacción redondeada de 6 cm a nivel de la unión de FII e hipogastrio, doloroso a la palpación superficial y profunda, con aumento de temperatura local. En extremidades pulsos imperceptibles. Analítica de urgencias destaca glucosa 57 mg/dl, urea 86 mg/dl, creatinina 2,3 mg/dl, potasio 6,5 mmol/L; en hemograma, Hts 1,98 millón/?L, Hgb 6,7 g/dl, Hct 22,8%; en coagulación destaca actividad protrombínica 22%, INR 3,1. Resto de analítica sin alteraciones. Se canalizaron dos VP para sueroterapia y se contactó con banco de sangre para reserva de dos concentrados de Hts, que se transfundieron, y se solicitó TAC abdomen: extenso hematoma en recto anterior abdominal, con extensión hacia espacio de Retzius y sangrado activo procedente arteria epigástrica inferior y discreta cantidad de líquido libre peritoneal.

**Juicio clínico:** Hematoma de recto anterior tras rotura espontánea arteria epigástrica inferior.

**Diagnóstico diferencial:** Entre las posibles entidades compatibles con el cuadro clínico, habría que enumerar la rotura de aneurisma abdominal o arteria renal o sangrado procedente de laceración visceral así como de sangrado a nivel de la arteria epigástrica superior.

**Comentario final:** El músculo es irrigado por las arterias epigástrica superior e inferior y se conectan en la zona medial en un plexo arteriolar. La ausencia de vaina posterior desde la arcada de Douglas hasta el pubis deja más desprotegido el músculo y los vasos, lo que explica 70 a 80% de los hematomas infraumbilicales. Existe mayor frecuencia en las mujeres que en hombres (3/1) debido al estiramiento de las arterias en los embarazos; con menor frecuencia la hemorragia proviene de la lesión de los pequeños vasos de las fibras del músculo. También se ha encontrado hematomas en pacientes tratados con cumarínicos y HBPM a dosis altas e incluso como consecuencia de accesos de tos. La irritación peritoneal es consecuencia del sangrado. Por parte de radiología intervencionista se intentó realizar embolización de la arteria, que no fue satisfactoria. Se trasladó a la paciente a UCI, donde falleció 4 horas después de su llegada.

## BIBLIOGRAFÍA

1. Cerdán R, et al. Hematomas espontáneos de la pared abdominal. *Rev Chilena de Cirugía*. 2007;59:5-9.
2. Barry TL, et al. Spontaneous rectus sheath hematoma and an anterior pelvic hematoma as a complication of anticoagulation. *Am J Gastroenterol*. 2000;95:3327-8.