



Medicina de Familia. SEMERGEN



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

212/3240 - La tos no sólo produce agujetas

R. Cenjor Martín^a, E.M. Prieto Piquero^b, M.I. Perea Casado^c, M. Cordero Cervantes^d, E.M. Cano Cabo^e, C. Marinero Noval^d e I. Lobo Cortizo^f

^aMédico de Familia; ^bMédico Residente de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Teatinos. Oviedo. ^cMédico Residente de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud General Fanjul. Madrid. ^dMédico Residente de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Ventanielles. Oviedo. ^eMédico Residente de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Siero-Sariego. Oviedo. ^fMédico Residente de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Valdesoto. Pola de Siero.

Resumen

Descripción del caso: Mujer, 47 años, sin alergias. Síndrome antifosfolípido anticoagulado con acenocumarol 4 mg. Acude al Centro de Salud por molestias abdominales suprapúbicas en el contexto de un cuadro catarral con tos irritativa los días previos. Exploración física y tira de orina normales. INR 4,5. Se pauta analgesia y se suspende una dosis de acenocumarol. Dos días después, vuelve a consulta por dolor más intenso y aparición de pequeño hematoma infraumbilical sin antecedente traumático asociado.

Exploración y pruebas complementarias: TA 105/65, FC 88 lpm, T^a 36,2 °C. Orofaringe hiperémica. Auscultación cardiopulmonar normal. Abdomen con hematoma infraumbilical reciente asociado a masa no pulsátil, muy dolorosa a la palpación, con signos de irritación peritoneal. Se remite a Urgencias donde la analítica muestra anemización (hemoglobina 8,6 mg/dl; previa 13,1 mg/dl). INR en rango y resto de parámetros sin alteraciones. Se solicita angioTC urgente abdominal con colección hemática en pelvis menor (85 × 60 × 74 mm) dependiente de músculo recto anterior izquierdo, que presenta gran hematoma, sin signos de sangrado activo. Es ingresada en Cirugía General para vigilancia hemodinámica, se pauta hierro intravenoso y se revierte la anticoagulación sustituyéndola por heparinas. La evolución posterior es buena sin complicaciones.

Juicio clínico: Hematoma de la vaina del recto y hematoma en pelvis menor.

Diagnóstico diferencial: Aneurisma abdominal, apendicitis, tumores de pared abdominal, hernias, perforación de víscera hueca, patología ginecológica (tumores, torsión de quiste ovárico...).

Comentario final: El hematoma de la vaina del recto es una patología muy infrecuente (1,5-2% de los dolores abdominales inespecíficos). Los factores de riesgo para esta patología son traumatismos o ejercicio intenso, enfermedades pulmonares, anticoagulación, sexo femenino, edad > 60-70 años y otras menos frecuentes (alteraciones hematológicas, hipertensión arterial, cirrosis, enfermedad renal). La clínica es dolor abdominal con/sin masa palpable, anemización y prueba de imagen compatible (Gold estándar: TC abdominal). Son característicos los signos de Carnett y Fothergill. El tratamiento consiste en la estabilización hemodinámica con embolización arterial o evacuación quirúrgica, reversión de la anticoagulación, reposo y analgesia. Su diagnóstico precoz es fundamental para evitar la mortalidad asociada, que alcanza el 25% de los pacientes anticoagulados.

Bibliografía

1. Rosen M, Haskins IN. Rectus sheath hematoma. UpToDate, 2014.

Palabras clave: Hematoma. Tos. Dolor abdominal.