



# Medicina de Familia. SEMERGEN



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

## 262/321 - MASA ABDOMINAL DOLOROSA

R. Cenjor Martín<sup>a</sup>, L. Fernández Perandones<sup>b</sup>, E. Prieto Piquero<sup>c</sup>, L. López Menéndez<sup>d</sup>, M. Cordero Cervantes<sup>e</sup> y E. Cano Cabo<sup>f</sup>

<sup>a</sup>Médico Residente de 4º año. Centro de Salud Teatinos. Oviedo. Asturias. <sup>b</sup>Enfermera. Hospital Carmen y Severo Ochoa. Cangas del Narcea, Asturias. <sup>c</sup>Médico Residente de 3ºr año. Centro de Salud Teatinos. Oviedo. Asturias. <sup>d</sup>Médico Residente de 2º año. Centro de Salud El Cristo. Oviedo. Asturias. <sup>e</sup>Médico Residente de 3ºr año. Centro de Salud de Ventanielles. Oviedo. Asturias. <sup>f</sup>Médico Residente de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Siero-Sariego. Oviedo. Asturias.

### Resumen

**Descripción del caso:** Mujer de 87 años, parcialmente dependiente y sin deterioro cognitivo. Obesa. HTA controlada con amilorida/hidroclorotiazida 5/50 mg/día. Fibrilación auricular paroxística anticoagulada con enoxaparina sódica 120 mg/día y en estrategia de control de ritmo con bisoprolol 2,5 mg/día. Síndrome depresivo a tratamiento con sertralina 500 mg/día y bromazepam 1,5 mg/día.

**Exploración y pruebas complementarias:** Acude a consulta por dolor abdominal de 4 días de evolución que no cede con tratamiento sintomático. En la exploración está hemodinámicamente estable pero llama la atención un hematoma importante en hemiabdomen inferior hasta espalda y masa no pulsátil de unos 10 cm de diámetro en hemiabdomen izquierdo. Se decide derivación a Urgencias donde la analítica presenta una hemoglobina de 8 g/dl y la angiotomografía es informada como gran hematoma de pared abdominal sin evidencia de sangrado activo. Se decide ingreso para transfusión de hematíes y vigilancia resolviéndose sin complicaciones.

**Juicio clínico:** Hematoma de pared abdominal secundario a administración de heparinas.

**Diagnóstico diferencial:** Con las principales patologías que cursan con abdomen agudo y masa palpable: aneurisma abdominal, apendicitis, tumores de pared abdominal, hernias, perforación de víscera hueca, patología ginecológica (tumores, torsión de quiste ovárico...), hematoma de la vaina del recto.

**Comentario final:** El hematoma de la vaina del recto es una patología muy infrecuente (1,5-2% de los dolores abdominales inespecíficos). Este músculo está irrigado por la arteria epigástrica inferior y carece de aponeurosis en su porción más distal y posterior, lo que le hace susceptible al sangrado, que puede ser en sábana o dependiente de alguna rama directa. Los factores de riesgo para esta patología son los 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 o 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. Stillman K, Kellar J. Rectus sheath hematoma: An unfortunate consequence of novel anticoagulants. West J Emerg Med. 2015;16(3):420-1.
2. Palatucci V, Lombardi G, Lombardi L, Giglio F, Giordano F, Lombardi D. Spontaneous muscle haematomas: management of 10 cases. Transl Med UniSa. 2014;10:13-7.