



Revista de Senología y Patología Mamaria

www.elsevier.es/senologia



CASO CLÍNICO

Inestabilidad hemodinámica debida a hematoma mamario en mujer anticoagulada



José Ruiz Pardo*, Víctor López López, Pedro José Gil Vázquez,
Pedro Antonio Cascales Campos, Antonio Piñero Madrona y Pascual Parrilla Paricio

Servicio de Cirugía General y del Aparato Digestivo, Hospital Clínico Universitario Virgen de la Arrixaca, Murcia, España

Recibido el 26 de mayo de 2015; aceptado el 9 de julio de 2015

Disponible en Internet el 27 de octubre de 2015

PALABRAS CLAVE

Mama;
Hematoma;
Anticoagulantes

Resumen

Introducción: Las urgencias por enfermedad mamaria son procesos infrecuentes, siendo las mastitis y los abscesos los más habituales. Los hematomas mamarios, a pesar de su baja frecuencia, pueden requerir un manejo terapéutico urgente.

Caso clínico: Presentamos el caso de una mujer de 74 años, anticoagulada con acenocumarol debido a una fibrilación auricular crónica, que acudió a urgencias por una tumoración de crecimiento progresivo a nivel de la mama derecha tras una extensión del miembro superior derecho. En la exploración física se apreció inestabilidad hemodinámica de la paciente y un gran hematoma en mama derecha que se extendía a la pared torácica lateral. Estabilizada la paciente y corregida la coagulación se intentó la embolización radiológica del vaso sangrante, siendo esta infructuosa, por lo que finalmente se realizó un drenaje quirúrgico drenando un gran hematoma.

Conclusión: Los hematomas mamarios grandes que provocan inestabilidad hemodinámica deben ser drenados quirúrgicamente, sin intentar medidas conservadoras previamente.

© 2015 SESPM. Publicado por Elsevier España, S.L.U. Todos los derechos reservados.

KEYWORDS

Breast;
Haematoma;
Anticoagulants

Haemodynamic instability due to breast haematoma in an anticoagulated patient

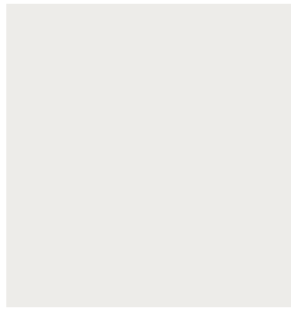
Abstract

Background: Emergencies in breast disease are rare, the most common being mastitis and abscesses. Breast haematomas, despite their low frequency, may require urgent therapeutic management.

Case report: We present the case of a 74-year-old woman, receiving anticoagulation with acenocumarol due to a chronic atrial fibrillation, who presented to the local emergency department after having a sensation of clicking and pain in the pectoral region following right arm extension,

* Autor para correspondencia.

Correo electrónico: josp@hotmai.es (J. Ruiz Pardo).



accompanied by progressive growth of the ipsilateral breast. Physical examination revealed haemodynamic instability and a large haematoma in the right breast extending to the lateral chest wall. After stabilizing the patient and correcting the coagulation, an unsuccessful failed attempt was made to embolize the bleeding vessel. Finally, the patient underwent surgical drainage of a large hematoma.

Conclusion: Large breast haematomas causing haemodynamic instability should be drained surgically, without prior attempts at conservative measures.

© 2015 SESPM. Published by Elsevier España, S.L.U. All rights reserved.

Introducción

Las urgencias por enfermedad quirúrgica de mama son procesos infrecuentes, siendo las mastitis y los abscesos los más frecuentes¹. Los hematomas mamarios, a pesar de su baja frecuencia, pueden ser postraumáticos (2% de los traumatismos que tienen lugar en una unidad de politraumatizados)², posquirúrgicos (2-8%)³, tras la toma de biopsias^{4,5}, secundarios a lesiones tumorales⁶ o espontáneos⁷⁻¹³. Los hematomas espontáneos son más frecuentes en pacientes con enfermedades hematológicas⁷, terapia anticoagulante⁸⁻¹⁰ o trombolítica en el infarto de miocardio¹¹⁻¹³.

Los hematomas mamarios suelen ser pequeños y localizados, resolviéndose habitualmente con medidas conservadoras, pero ocasionalmente pueden alcanzar un gran tamaño, provocando anemia que requiera transfusión¹³ o inestabilidad hemodinámica¹⁴ que precise tratamientos más invasivos.

Presentamos el caso clínico de una mujer que requirió cirugía de urgencias para resolver un hematoma mamario con repercusión hemodinámica.

Caso clínico

Mujer de 74 años, que acudió a urgencias por hematoma a nivel de la mama derecha. Entre sus antecedentes personales destacaban: hipertensión arterial, diabetes mellitus, fibrilación auricular, implante de prótesis valvular mitral mecánica por valvulopatía reumática, cirugía conservadora por carcinoma ductal infiltrante de mama izquierda y un hematoma espontáneo de la vaina de los rectos que se resolvió mediante embolización del vaso sangrante. Actualmente, debido a sus antecedentes cardiológicos, la paciente estaba anticoagulada con acenocumarol.

La paciente consultó tras la sensación de chasquido y dolor en la región pectoral derecha tras la extensión del miembro superior derecho, acompañándose de un aumento de volumen de la mama ipsilateral. A la exploración física presentaba hipotensión (75/35 mmHg), taquicardia (110 lpm) y una mama derecha aumentada de tamaño, tumefacta y a tensión (fig. 1).

La analítica mostraba un INR de 7,7, hematocrito de 26% y hemoglobina de 7,8 g/dl, por lo que precisó la transfusión de 2 concentrados de hematíes y 3 viales de protrombina,

hasta alcanzar un INR de 1,6. Estabilizada la paciente, se realizó una angio-TC que informaba de imagen compatible con gran hematoma retromamario (15 × 7 × 15 cm), con extensión axilar, en mama derecha (fig. 2).

Con el diagnóstico de hematoma de mama derecha y una vez corregidos los trastornos de la coagulación, se intentó la embolización del vaso sangrante mediante angiografía, siendo esta infructuosa ya que no se identificó el punto sangrante, por lo que se indicó intervención quirúrgica para drenar el hematoma y realizar hemostasia. Se intervino mediante incisión submamaria derecha, hallando un gran hematoma en el espacio de Chassaignac, secundario a un desgarró en el borde superoexterno del pectoral mayor, donde existía un sangrado venoso activo en sábana. Se realizó hemostasia, se dejó un drenaje aspirativo y se colocó un vendaje compresivo.

La paciente presentó una buena evolución clínica, recibiendo el alta hospitalaria al 4.º día del postoperatorio. Tras descartar coagulopatías y reiniciar el tratamiento anticoagulante, no ha presentado recidiva del hematoma después de 15 meses de seguimiento.

Discusión

El espacio retromamario de Chassaignac es el espacio virtual formado por tejido areolar laxo situado entre la hoja profunda de la aponeurosis superficial que cubre la glándula mamaria y la aponeurosis del pectoral mayor. Este tejido laxo permite la movilidad de la mama sobre la aponeurosis del pectoral mayor. El hematoma que tiene lugar en este espacio se denomina hematoma de Nélaton.

Atendiendo a la historia clínica y en cuanto a la etiología del hematoma se refiere, pensábamos que la causa más probable fuera espontánea, debido al antecedente del hematoma de la vaina de los músculos rectos abdominales y el tratamiento crónico con anticoagulantes por su afección cardíaca. Realmente no podemos clasificarlo como hematoma mamario espontáneo, ya que fue desencadenado tras la hiperextensión del miembro superior derecho, aunque su formación fue favorecida por el estado de anticoagulación en el que se encontraba la paciente.

Habitualmente, el manejo terapéutico inicial es conservador, estabilizando al paciente y realizando medidas de compresión local. Si existen trastornos de la coagulación es fundamental corregirlos inmediatamente. En caso de



Figura 1 Hematoma a tensión en mama derecha, con isquemia del complejo aréola-pezones, y extensión a la pared torácica lateral derecha, axila y cara interna del brazo derecho.

progresión del hematoma, la arteriografía con embolización^{14,15} del vaso sangrante es una alternativa terapéutica eficaz, pero ante la imposibilidad de su realización o fracaso de la técnica, está indicado el manejo quirúrgico. Este caso es excepcional, ya que en ningún momento pudo plantearse ni realizarse un tratamiento conservador definitivo, hecho condicionado por 3 factores: la alteración de la coagulación, el tamaño del hematoma y la inestabilidad hemodinámica.

Hay autores como Sanders et al.², que defienden que en aquellos casos en los que el paciente presente inestabilidad hemodinámica, la cirugía debería plantearse como primera opción terapéutica, sin intentar medidas terapéuticas conservadoras o la embolización del vaso sangrante. En esta paciente, debido a la inestabilidad hemodinámica y el tamaño del hematoma, posiblemente la intervención quirúrgica en el momento en que los trastornos de la coagulación fueron corregidos, hubiera sido una buena opción terapéutica inicial sin intentar la embolización radiológica previamente, ya que el drenaje quirúrgico es una técnica rápida que permite la evacuación del hematoma y la

hemostasia del punto sangrante. El procedimiento anterior además permite evitar la compresión del hematoma sobre la mama y el complejo aréola-pezones, hecho que puede provocar una isquemia de los mismos.

En conclusión, los grandes hematomas mamarios de crecimiento rápido y expansivo, que causen inestabilidad hemodinámica, deberían ser subsidiarios de drenaje quirúrgico urgente, sin intentar medidas conservadoras previamente, principalmente por 2 razones: primero, porque es una manera rápida y segura de solucionar el hematoma, y segundo, porque aunque se consiga realizar hemostasia del vaso sangrante mediante embolización radiológica, el hematoma, debido a su gran tamaño puede provocar una isquemia de la mama y del complejo aréola-pezones pudiendo llegar a necrosarlos, por lo que habrá que drenarlo igualmente.

Responsabilidades éticas

Protección de personas y animales. Los autores declaran que los procedimientos seguidos se conformaron a las normas éticas del comité de experimentación humana responsable y de acuerdo con la Asociación Médica Mundial y la Declaración de Helsinki.

Confidencialidad de los datos. Los autores declaran que han seguido los protocolos de su centro de trabajo sobre la publicación de datos de pacientes.

Derecho a la privacidad y consentimiento informado. Los autores han obtenido el consentimiento informado de los pacientes y/o sujetos referidos en el artículo. Este documento obra en poder del autor de correspondencia.

Conflicto de intereses

Los autores declaran no tener ningún conflicto de intereses.

Bibliografía

1. Mahoney MC, Ingram AD. Breast emergencies: Types, imaging features, and management. *AJR Am J Roentgenol.* 2014;202:W390-9.

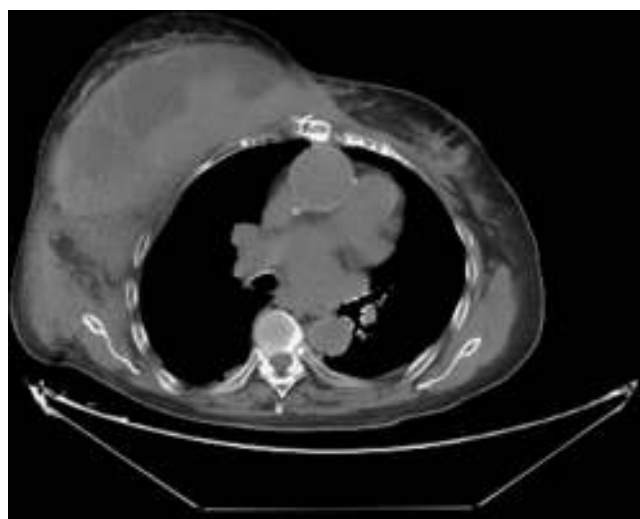


Figura 2 Tomografía computarizada torácica con contraste, en la que se aprecia gran hematoma retromamario derecho (15 × 7 × 15 cm).

2. Sanders C, Cipolla J, Stehly C, Hoey B. Blunt breast trauma: Is there a standard of care? *Am Surg.* 2011;77:1066–9.
3. Vitug AF, Newman LA. Complications in breast surgery. *Surg Clin North Am.* 2007;87:431–51.
4. Yap LP, Rouse H, Cawson J. An extensive breast hematoma following stereotactic 9 gauge vacuum assisted large-core biopsy. *Breast J.* 2010;16:199–200.
5. Chetlen AL, Kasales C, Mack J, Schetter S, Zhu J. Hematoma formation during breast core needle biopsy in women taking antithrombotic therapy. *AJR Am J Roentgenol.* 2013;201:215–22.
6. Shrotria S, Ghilchik MW. Breast haematomas: Same appearance, different diagnosis. *Br J Clin Pract.* 1994;48:214–5.
7. Kanegusuku MS, Rodrigues D, Urban LA, Romanus AB, Pimenta RP, de Assis MG, et al. Recurrent spontaneous breast hematoma: Report of a case and review of the literature. *Rev Hosp Clin Fac Med Sao Paulo.* 2001;56:179–82.
8. Salemis NS. Breast hematoma complicating anticoagulant therapy: Management and literature review. *Breast Dis.* 2012;34:25–8.
9. Argiriou M, Zisis C, Charitos E, Charitos C, Dimakopoulou A. Breast hematoma and necrosis as a complication of anticoagulation therapy after heart valve surgery. *Internet J Thoracic Cardiovascular Surg.* 2004;7.
10. Gambassi G, Incalzi RA. Breast hematoma due to an axillary pad in an anticoagulated patient. *J Am Geriatr Soc.* 2003;51:1508–9.
11. Yahalom M, Roguin N, Bickel A, Cohen HI. Breast hematoma complicating thrombolytic therapy. *Int J Angiol.* 2000;9:74–7.
12. Dwivedi S, Raizada A. Bilateral breast hematoma following thrombolytic therapy. *J Assoc Physicians India.* 2009;57:182.
13. Leor J, Livschitz S, Vered Z. Giant breast hematoma requiring blood transfusion: An unusual complication after an echocardiographic study during thrombolytic therapy. *J Am Soc Echocardiogr.* 1990;3:502–4.
14. Patel K, Kimbrell BJ, Marx MV, Petrone P, Asensio JA. Angiographic embolization of an expanding breast hematoma after blunt trauma: A novel approach to a rare injury. *J Trauma.* 2009;67:E14–6.
15. Antevil JL, Holmes JF, Lewis D, Battistella F. Successful angiographic embolization of bleeding into the chest wall after blunt thoracic trauma. *J Trauma.* 2006;60:1117–8.