

Hemorragia intramural espontánea en el intestino delgado. Una patología creciente

David Martínez Cecilia^a, Eva María Torres Tordera^a, Álvaro Arjona Sánchez^a, Iván Artero Muñoz^b
y Sebastián Rufián Peña^a

^aServicio de Cirugía General 1. Hospital Universitario Reina Sofía. Córdoba. España.

^bServicio de Radiodiagnóstico. Hospital Regional Universitario Carlos Haya. Málaga. España.

RESUMEN

La hemorragia intramural intestinal espontánea es un cuadro muy infrecuente, casi siempre secundario a una sobredosificación de anticoagulantes. Suele manifestarse con dolor abdominal y obstrucción intestinal. La prueba diagnóstica de elección es la tomografía computarizada.

Suele resolverse espontáneamente, por lo que el tratamiento de elección es conservador, y la cirugía se reserva para cuadros complicados o de duda diagnóstica.

Presentamos 2 casos, uno secundario a un exceso de dosis de acenocumarol y otro mucho más excepcional, en un paciente hemofílico.

SPONTANEOUS INTRAMURAL SMALL BOWEL HEMORRHAGE: AN EVENT ON THE INCREASE

Spontaneous intramural intestinal hemorrhage is highly infrequent. The most common cause is overdose of oral anticoagulants. Clinical presentation usually consists of abdominal pain and intestinal obstruction. The diagnostic imaging technique of choice is computed tomography.

Spontaneous intramural intestinal hemorrhage usually resolves spontaneously and consequently the treatment of choice is non-operative. Surgery is reserved for complicated processes or when the diagnosis is uncertain.

We present two cases. The first was due to overanticoagulation by acenocoumarol, and the second was an exceptional complication in a hemophiliac patient.

INTRODUCCIÓN

La hemorragia intramural en el intestino delgado es una complicación bien conocida de los traumatismos abdominales cerrados. Mucho menos frecuente es que se produzca un sangrado intramural espontáneo, que suele aparecer casi siempre como complicación de la terapia anticoagulante.

A pesar de ser poco común, la prevalencia de esta entidad va en aumento debido al envejecimiento progresivo de la población, que incrementa el número de pacientes que reciben tratamiento anticoagulante de forma crónica.

OBSERVACIONES CLÍNICAS

Caso 1

Mujer de 74 años de edad, con antecedentes de hipertensión arterial, cardiopatía isquémica, fibrilación auricular, accidente cerebrovascular transitorio y tromboembolia pulmonar. Seguía tratamiento con acenocumarol, losartán, carvedilol, espirolactona, furosemida, mononitrato de isosorbida y lansoprazol.

Acudió al servicio de urgencias por presentar un cuadro de 6 h de evolución de epigastralgia irradiada a ambos hipocondrios. No refería náuseas ni vómitos, alteración del hábito intestinal, fiebre ni ninguna otra sintomatología. La exploración física sólo reveló dolor a la palpación en el epigastrio. Los resultados analíticos fueron normales, salvo la ratio de tiempo de tromboplastina parcial activado (TTPA) (de 1,98) y el cociente internacional normalizado (INR) (de 2,41). Se realizó una tomografía computarizada (TC) abdominal urgente con contraste intravenoso, en el que se observaba una lesión hiperdensa que englobaba un asa del intestino delgado de unos 18 × 4 cm de tamaño, de localización centroabdominal y que obliteraba casi por completo su luz, compatible con un hematoma de la pared del asa intestinal (fig. 1).

La paciente fue ingresada y recibió tratamiento conservador: dieta absoluta, fluidoterapia, corrección de hipocoagulabilidad con plasma fresco congelado y vitamina K. La determinación analítica tras 24 h del ingreso mostraba signos de anemia leve: 3.840 hematíes/ 10^9 , hemoglobina de 10,7 g/dl y hematocrito del 34,2%.

Durante el ingreso desapareció la sintomatología y se instauró alimentación oral sin incidencias. Posteriormente, se introdujo heparina de bajo peso molecular (HBPM). Los controles analíticos sucesivos no mostraron signos de resangrado. La paciente recibió el alta al sexto día. Se realizó un control ambulatorio al mes, mediante tránsito intestinal y TC abdominal, que no mostraron alteraciones.

Correspondencia: Dr. D. Martínez Cecilia.

Servicio de Cirugía General 1. Hospital Universitario Reina Sofía.

Avda. Almagóvares, 15, A, 1. 14007. Córdoba. España.

Correo electrónico: cordcuen@hotmail.com

Recibido el 3-10-2006; aceptado para su publicación el 11-1-2007.



Fig. 1. Lesión hiperdensa, centroabdominal, que engloba un asa de intestino delgado compatible con hematoma de pared abdominal.

Caso 2

Varón de 42 años de edad, con antecedentes de virus de la inmunodeficiencia humana (VIH) positivo y hemofilia A, que acudió al servicio de urgencias por presentar un dolor abdominal de 2 días de evolución. No había presentado ningún traumatismo ni refería otra sintomatología. La analítica sólo mostró un aumento discreto del TTPA rafio. La radiografía de abdomen fue normal. Se realizó una TC abdominal urgente, que reveló un engrosamiento de la pared del asa del intestino delgado (fig. 2) y adenopatías de hasta 2 cm en el hilio hepático. Con el diagnóstico de sospecha de linfoma intestinal, se ingresó al paciente para completar el estudio.

Se realizó una punción-biopsia percutánea, con resultado de material hemorrágico y pared intestinal normal. Se sospechó entonces el diagnóstico de hematoma intramural, confirmado al hacer un tránsito intestinal, que mostró un asa intestinal con pliegues engrosados (en empalizada) en el cuadrante inferior izquierdo del abdomen (fig. 2).

Se decidió establecer un tratamiento conservador: dieta absoluta y fluidoterapia. El paciente no presentó alteraciones analíticas ni signos de resangrado en los días siguientes.

Se realizó una TC de control al octavo día, que mostró una resolución casi completa del cuadro, por lo que se dio el alta al paciente.

DISCUSIÓN

La hemorragia intramural espontánea en el intestino delgado es un cuadro clínico muy poco frecuente, del que sólo figura en la literatura médica un número limitado de casos.

Se considera una complicación casi exclusiva de la terapia anticoagulante, y la sobredosificación de dicumarínicos es la causa más común. Otras causas menos frecuentes son: hemofilia, púrpura trombocitopénica idiopática, púrpura de Schönlein-Henoch, panarteritis nodosa, leucemia, linfoma, mieloma, quimioterapia, vasculitis, pancreatitis y cáncer de páncreas. Se han descrito muy pocos casos asociados a anticoagulación con HBPM^{1,2}.

Los síntomas más frecuentes son el dolor abdominal y los

vómitos, aunque puede llegar a provocar un abdomen agudo. Es común que se produzca una obstrucción intestinal. Menos frecuente es la hemorragia digestiva baja, la obstrucción biliar o la pancreatitis^{3,4}.

Es característico que los síntomas precedan al diagnóstico en varios días, probablemente debido a una lenta progresión de la hemorragia, que se localiza en la submucosa intestinal, y proviene de un vaso de pequeño calibre, lo que provoca un sangrado lento³.

El cuadro no suele acompañarse de anemia al ingreso, pero sí aparece durante las primeras 24-48 h de hospitalización. Además del sangrado más o menos cuantioso, se postula como causa de esta anemia casi constante la fluidoterapia a que se somete a estos pacientes, que en su mayoría presenta una obstrucción intestinal, con la consecuente deshidratación y hemoconcentración³.

La prueba diagnóstica de elección es la TC abdominal. Los hallazgos característicos son un engrosamiento circunferencial de la pared intestinal, con hiperdensidad intramural, el estrechamiento de la luz y la obstrucción intestinal. El engrosamiento suele ser mayor de 10 mm. La longitud es variable, de entre 20 y 30 cm. Esto ayuda a diferenciarlo de los implantes metastásicos y los linfomas, pues de alcanzar dicha longitud, también deberían tener un componente extramural significativo, ausente en los hematomas⁵. Es importante realizar el diagnóstico diferencial con la isquemia intestinal, pues las imágenes radiológicas pueden ser parecidas⁶. No obstante, las lesiones menores de 10 mm de grosor y más de 30 cm de longitud se asocian más frecuentemente con la isquemia intestinal que con la hemorragia intramural⁷.

Estos hallazgos se aprecian mejor en una TC sin contraste intravenoso, pues la hiperdensidad intramural podría verse distorsionada por el contraste. Además, el intestino anormal afectado por otros motivos, como la inflamación, podría confundirse con una hemorragia como consecuencia del contraste. Por tanto, en pacientes con coagulopatía y sospecha de hemorragia intramural se debe realizar una TC sin contraste. Si es necesario, se puede realizar posteriormente una TC con contraste oral e intravenoso para descartar otras enfermedades concomitantes^{7,8}. Aunque

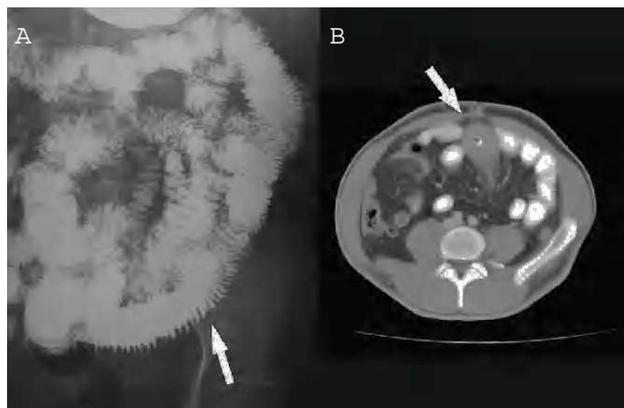


Fig. 2. A) Asa intestinal con pliegues engrosados. B) Engrosamiento de la pared de un segmento de intestino delgado.

también se han comunicado casos de hematoma disecante de esófago, el lugar de aparición más frecuente es el yeyuno, seguido del íleon y el duodeno, y suelen ser únicos. Esto los diferencia de los secundarios a traumatismos, que suelen asentar en el duodeno y ser múltiples y de menor tamaño.

Si afectan al colon, es casi siempre por extensión desde el intestino delgado. Es muy improbable un origen en el colon, posiblemente por la protección de las tenias colónicas³. Es frecuente la existencia de un hemoperitoneo⁷.

Los estudios baritados pueden resultar útiles como complemento diagnóstico de la TC. Muestran imágenes características en «pila de monedas» y «en empalizada», pero no específicas, pues aparecen en otros cuadros que cursan con un engrosamiento de la pared intestinal, como linfomas, enfermedad inflamatoria intestinal, isquemia intestinal y tuberculosis⁴.

La ecografía proporciona hallazgos inespecíficos, como una capa submucosa engrosada y ecogénica, presentes en enfermedades inflamatorias e isquémicas, por lo que su utilidad es dudosa. Se dispone de poca experiencia con el empleo de la resonancia magnética, aunque no parece ofrecer ventajas frente a la TC⁴.

El tratamiento debe ser conservador, mediante dieta absoluta y sonda nasogástrica, hidratación, corrección de la situación de hipocoagulabilidad y transfusiones sanguíneas si es preciso. El tratamiento quirúrgico está indicado si hay perforación o isquemia intestinal, sangrado activo intraluminal o sospecha de neoplasia causante del sangrado, así como en los casos de duda diagnóstica^{3,9,10}.

Si el cuadro se descubre durante una laparotomía, se intentará evitar la resección intestinal, pues suele resolverse espontáneamente. El tiempo para dicha resolución oscila entre unos pocos días y varias semanas, y no suele sobrepasar los 2 meses.

No hay evidencia de secuelas a largo plazo, ni de una mayor facilidad para las recurrencias, a pesar de la reintroducción del tratamiento anticoagulante³.

Por tanto, parece seguro continuar la anticoagulación en estos pacientes, ajustándolo siempre a los rangos terapéuticos.

A pesar de su buen pronóstico, es de gran importancia el diagnóstico precoz de esta enfermedad, que puede facilitar en gran manera el tratamiento conservador. Se deberá sospechar en los pacientes que presenten la tríada de dolor abdominal, obstrucción intestinal y tratamiento anticoagulante.

BIBLIOGRAFÍA

1. Shaw PH, Ranganathan S, Gaines B. A spontaneous intramural hematoma of the bowel presenting as obstruction in a child receiving low-molecular-weight heparin. *J Pediatr Hematol Oncol.* 2005;27:558-60.
2. Baudet JS, Alarcón O, Otero S, Moreno M, Sánchez del Río A, et al. Dissecting hematoma of the esophagus: a rare complication of hemodialysis. *Gastroenterol Hepatol.* 2006;29:111.
3. Abbas MA, Collins JM, Olden KW, Kelly KA. Spontaneous intramural small-bowel hematoma: clinical presentation and long-term outcome. *Arch Surg.* 2002;137:306-10.
4. Farhoud S, Stephani SM, Bromberg SH. Acute pancreatitis due to intramural hematoma of the duodenum by the use of anticoagulants. *Arch Gastroenterol.* 2001;38:53-6.
5. Abbas MA, Collins JM, Olden KW. Spontaneous intramural small-bowel hematoma: imaging findings and outcome. *AJR Am J Roentgenol.* 2002;179:1389-94.
6. Ríos R, Garaulet P, Rodríguez M, León C, Limones M. Spontaneous intramural hematoma of the small intestine. *Cir Esp.* 2005;78:275.
7. Macari M, Chandarana H, Balthazar E, Babb J. Intestinal ischemia versus intramural hemorrhage: CT evaluation. *AJR Am J Roentgenol.* 2003;180:177-84.
8. Lane MJ, Katz DS, Mindelzun RE, Jeffrey RB Jr. Spontaneous intramural small bowel haemorrhage: importance of non-contrast CT. *Clin Radiol.* 1997;52:378-80.
9. D'Abicco D, Margari A, Amoruso M, Notarnicola A, Casagrande B, Basile R, et al. Small bowel obstruction due to intramural hematoma during anticoagulant therapy. With regard to two cases treated conservatively. *Chir Ital.* 2003;55:565-9.
10. Polat C, Dervisoglu A, Guven H, Kaya E, Malazgirt Z, Danaci M, et al. Anticoagulant-induced intramural intestinal hematoma. *Am J Emerg Med.* 2003;21:208-11.