



PROGRESOS de
OBSTETRICIA Y
GINECOLOGÍA

www.elsevier.es/pog



CASO CLÍNICO

Hematoma de rectos abdominales en el embarazo

Beatriz Navarro Santana*, Manuel Duárez Coronado, Javier Cordero Ruiz,
Ángel Rubio López, M. Carolina Torres Hernández y Javier Plaza Arranz

Obstetricia y Ginecología, Hospital Universitario Fundación Jiménez Díaz, Madrid, España

PALABRAS CLAVE

Hematoma de músculos
rectos del abdomen;
Embarazo;
Abdomen agudo

Resumen Aunque el hematoma de los músculos rectos del abdomen es infrecuente durante el embarazo, debe ser considerado en el diagnóstico diferencial de pacientes que presenten abdomen agudo al final del embarazo. Tanto la resonancia magnética como la ecografía son útiles en el diagnóstico y el tratamiento, que, inicialmente, y si la paciente se encuentra hemodinámicamente estable, debe ser conservador. Presentamos el caso de una gestante con hematoma de músculos rectos del abdomen que, en un primer momento, se confundió con un desprendimiento prematuro de placenta.

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

KEYWORDS

Rectus sheath
haematoma;
Pregnancy;
Acute abdomen

Rectus sheath haematoma in pregnancy

Abstract Rectus sheath haematoma is infrequent during pregnancy but must be considered in the differential diagnosis of acute abdominal pain at the end of pregnancy. Both magnetic resonance imaging and ultrasound are useful for its diagnosis and treatment, which should be conservative as long as the patient is haemodynamically stable. We present the case of a pregnant woman with a rectus sheath haematoma, which was thought to be a placental abruption.

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

Introducción

El hematoma de los músculos rectos del abdomen es una entidad clínica muy infrecuente, pero puede ser una causa

importante de abdomen agudo en el embarazo, que tiene consecuencias graves en el bienestar materno fetal.

Presentamos el caso de una paciente gestante a término, con heterocigosis para el factor v de Leyden, con dosis profiláctica de heparina de bajo peso molecular, que tras presentar un cuadro de tos irritativa persistente comenzó con dolor abdominal secundario a hematoma disecante en la vaina de los rectos abdominales. El presente caso ilustra que el diagnóstico de hematoma de los rectos del abdomen puede ser difícil, ya que simula varias causas más frecuentes de abdomen agudo en el embarazo. Aunque, en general, el

* Autor para correspondencia.

Correo electrónico: bea_0904@hotmail.com
(B. Navarro Santana).

<http://dx.doi.org/10.1016/j.pog.2015.07.012>

0304-5013/© 2015 SEGO. Publicado por Elsevier España, S.L.U. Todos los derechos reservados.

manejo de pacientes con hematoma de los rectos del abdomen es conservador; en el embarazo es más frecuente tratarlo quirúrgicamente, pudiendo dar lugar a partos prematuros.

Caso clínico

Se comenta el caso de una mujer de 42 años, gestante de 36 + 3 semanas, que acudió al servicio de urgencias con un cuadro de tos irritativa persistente de predominio nocturno y dolor abdominal difuso, más intenso en hipocondrio izquierdo, irradiado al flanco ipsilateral, que se exacerbaba con los cambios posturales y con la propia tos.

La paciente se encontraba cursando su tercer embarazo, con antecedente de 2 partos eutócicos: el primero, en 2002, de un varón de 3.600 g y el segundo, en 2005, de un varón de 3.300 g. Presentaba una heterocigosis para el factor v de Leyden en tratamiento con Clexane® (enoxaparina sódica) 40 mg/24 h subcutáneo, pauta por hematología, a partir de la semana 20 de gestación, y medias de compresión por varices en miembros inferiores.

En la exploración, se objetivó mal estado general, palidez mucocutánea, tensión arterial de 120/80 mmHg, taquicardia, taquipnea y dolor abdominal intenso, difuso, de predominio en el hemiabdomen izquierdo y con defensa abdominal.

Registro cardiotocográfico reactivo, con frecuencia cardíaca fetal de 140 latidos por minuto, buena variabilidad, presencia de aceleraciones y deceleraciones profundas variables con cada contracción y dinámica uterina aislada. Índice de Bishop de 5.

La analítica de urgencia objetivó hemoglobina de 8,9 g/dl (la de 12 h antes fue de 10,1 g/dl), hematocrito del 25% y pruebas de coagulación normales.

Con todos estos datos, se pensó que se trataba de un desprendimiento prematuro de placenta. Sin embargo, cuando se realizó la ecografía obstétrica se encontró una imagen heterogénea localizada en la cara posterior del recto abdominal izquierdo, que se extendía desde el hipocondrio izquierdo hasta la fosa iliaca ipsilateral, compatible con un hematoma.

Inmediatamente, se realizó una interconsulta a cirugía general, decidiéndose, de forma conjunta, la realización de una cesárea urgente y laparotomía exploradora por hematoma en la pared abdominal, sintomática y anemizante, y por riesgo de pérdida del bienestar fetal.

Se obtuvo un recién nacido mujer de 2.960 g, Apgar 9/10. Tras la histerorrafia, se exploró la cavidad abdominal, objetivándose un gran hematoma preperitoneal localizado en la vaina del recto abdominal y que disecaba desde el espacio de Retzius hasta nivel subcostal. Tras evacuar completamente el hematoma, extrayéndose coágulos en un volumen aproximado de 1.000 ml, no se encontró un punto de sangrado activo. Finalmente, se aplicó Floseal® (sellante basado en gelatina de colágeno bovino) en todo el lecho del hematoma.

En la analítica de control posterior se objetivó una hemoglobina de 6,5g/dl, que requirió la transfusión de 2 concentrados de hemáties. Dada la estabilidad clínica posterior, se dio el alta a la paciente a los 4 días poscesárea.

Tras el alta, se realizó una ecografía abdominal de control, demostrándose una colección loculada, hipocogénica profunda en el recto abdominal izquierdo, de aproximadamente 12 x 7 x 7 x 10 cm en su diámetro anteroposterior,

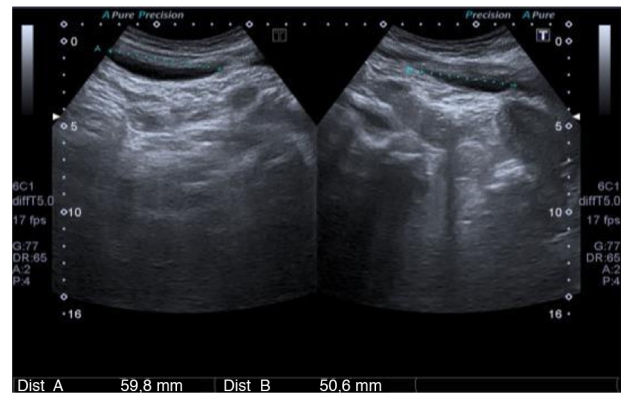


Figura 1 Colección hipocogénica en la vaina de los rectos izquierda, profunda al músculo, loculada, de aproximadamente 10 cm de diámetro lateral.



Figura 2 Colección hipocogénica en la vaina de los rectos izquierda, profunda al músculo, loculada, de aproximadamente 7 ± 12 cm de diámetro transversal y anteroposterior (distancias A y B), respectivamente.

transversal y lateral, respectivamente (figs. 1 y 2), correspondiente al hematoma previamente descrito. No presentaba signos de complicación ni aparente crecimiento.

La ecografía de control a los 4 meses demostró la desaparición completa del hematoma (fig. 3).



Figura 3 Se aprecia resolución del hematoma previo descrito.

Discusión

El hematoma de los músculos rectos del abdomen es una entidad poco frecuente y de difícil diagnóstico. Es más frecuente en el tercer trimestre de la gestación, por el estiramiento que sufren las arterias epigástricas con el aumento del perímetro abdominal en el curso del embarazo¹ y al presentar un menor desarrollo muscular que los varones².

Se localiza, más frecuentemente, a nivel infraumbilical^{1,3}, debido a la rotura de los vasos epigástricos inferiores. Hay que recordar que, por debajo de la línea semilunar de Douglas, la pared del músculo recto del abdomen está cubierto solo por el peritoneo, por lo que las arterias epigástricas inferiores, que derivan de las arterias ilíacas externas, van a estar menos protegidas y, por lo tanto, con mayor predisposición a dañarse. Estas mismas razones explican que esta entidad pueda llegar a simular un abdomen agudo a consecuencia de la irritación peritoneal que provoca el sangrado, dando como consecuencia dolor y defensa abdominal.

El factor predisponente más frecuentemente descrito, como en nuestro caso, es el tratamiento anticoagulante con heparina de bajo peso molecular o dicumarínicos^{4,5}, aunque también se han reportado casos con tratamiento con antiagregantes plaquetarios⁶. Asimismo, se ha relacionado con enfermedades infecciosas (fiebre tifoidea), hipertensión arterial, arteriosclerosis y enfermedades del colágeno, y también con alteraciones de la coagulación, como leucemias, desórdenes mieloproliferativos, hemofilias y discrasias sanguíneas^{2,3,6}.

Entre los desencadenantes, la tos persistente es el más frecuente, que coincide con el caso reportado⁷ (eso explica su asociación con asma, tuberculosis, influenza, pertusis, bronquitis). También lo pueden desencadenar los vómitos, el estreñimiento, la micción, las relaciones sexuales y otros factores que traumatizan al músculo, como laparotomías previas, paracentesis e inyecciones intramusculares.

El cuadro clínico es muy variado. Se puede presentar con febrícula, escalofríos y náuseas^{2,8}. Si el hematoma es suficientemente grande, se puede comprometer el volumen intravascular, dando lugar a un shock hipovolémico (taquicardia, hipotensión, taquipnea, etc.)^{3,9}. No obstante, el síntoma más común es el dolor abdominal agudo que se desarrolla en horas y empeora con el movimiento, como ocurrió en nuestro caso. El dolor se suele acompañar de una masa abdominal no pulsátil y que no se mueve con la respiración. También se puede presentar con síntomas abdominales (vómitos, diarrea, estreñimiento) y urinarios por compresión vesical^{2,10}.

En la exploración física, se pueden diferenciar diferentes signos:

1. Signo de Fothergill: determina si una masa abdominal es parte de la pared abdominal o si se encuentra en la cavidad abdominal. Consiste en que la contracción de la prensa abdominal, en el caso de hematoma de pared, determina una masa más visible y menos móvil^{2,11}.
2. Signo de Laffont, Cullen y Grey Turner: aparición de equimosis sobre la masa abdominal, periumbilical o en flancos, respectivamente⁸.
3. Signo de Nadeau: presencia de dolor en la zona del hematoma cuando se eleva la cabeza o las piernas.

El diagnóstico, en la mujer embarazada, está dificultado por el aumento del tamaño uterino, que modifica la posición de otros órganos intraabdominales, el aumento de la prevalencia de náuseas y vómitos en gestantes, y la presencia de dolor musculoesquelético inespecífico.

El enfoque diagnóstico del hematoma de rectos del abdomen ha cambiado mucho; anteriormente, se realizaba una punción diagnóstica con alto riesgo de infección¹. Hoy en día se usa como técnica diagnóstica de elección la ecografía¹², que, de hecho, suele ser la primera exploración a realizar en el área de urgencias⁹, tal y como hicimos nosotros. Seguidamente, se puede realizar una RM. La TAC puede usarse con y sin contraste¹³. No obstante, a causa de la irradiación, la TAC debe evitarse y reservarse únicamente para el tercer trimestre si la ecografía y la RM no fueran concluyentes.

La TAC permite una clasificación de los hematomas en diferentes tipos según Berná et al.¹⁴:

- Tipo I: el hematoma es intramuscular y se puede observar un aumento del tamaño del músculo, con una forma ovoide o fusiforme y con un foco hiperdenso o un aumento difuso de densidad. El hematoma es unilateral y no diseca a lo largo de los planos.
- Tipo II: el hematoma es intramuscular, pero con sangre entre el músculo y la fascia transversalis. Puede ser unilateral o bilateral y la sangre no ocupa el espacio prevesical. Se puede observar una caída en el hematocrito.
- Tipo III: el hematoma puede o no puede afectar al músculo y la sangre se puede observar entre la fascia transversalis y el músculo, en el peritoneo y en el espacio prevesical. Se puede observar una caída del hematocrito y, a veces, se puede producir un hemoperitoneo. Aunque no pudimos disponer de esta prueba de imagen, por los hallazgos intraoperatorios, nuestro caso se correspondería al hematoma de tipo III.

La RM puede ser utilizada para diferenciar los hematomas de larga evolución de los lipomas, hemangiomas o neurofibromas, que son difíciles de detectar con la TAC¹⁵.

Con respecto al diagnóstico diferencial, en la mujer embarazada el hematoma de los rectos del abdomen puede simular otras complicaciones obstétricas más frecuentes, como preeclampsia con síndrome de Hellp¹³, rotura uterina y desprendimiento de placenta¹⁶. Este último fue nuestro diagnóstico inicial. También puede simular otras condiciones no obstétricas, como degeneración miomatosa, torsión ovárica¹³, apendicitis, cálculos urinarios, gastroenteritis, enfermedad biliar, hernia y obstrucción intestinal¹⁷. Muchas de estas condiciones no se consideran durante la evaluación inicial de una gestante con dolor abdominal, por su escasa frecuencia de aparición, al igual que el hematoma de los rectos abdominales.

El tratamiento de elección debe ser inicialmente conservador, consistente en reposo, analgésicos, antiinflamatorios, sueroterapia, incluso, transfusiones sanguíneas. En casos de hemorragia activa con repercusión hemodinámica, puede ser necesario el tratamiento quirúrgico para evacuar el hematoma y realizar hemostasia de los vasos sangrantes, precisando a veces la ligadura de la arteria epigástrica^{3,18}. Otro procedimiento que también ha sido utilizado en el tratamiento es la embolización de los vasos sangrantes con técnicas de radiología vascular intervencionista¹⁹.

En una mujer embarazada, el manejo de elección también debe ser conservador, con reposo en cama y analgesia apropiada. Se deben controlar, además, los niveles de hemoglobina y el tamaño del hematoma durante la estancia en el hospital porque la extravasación de sangre que forma los hematomas puede disminuir los niveles de hemoglobina al final de la gestación. Además, también es importante la monitorización fetal. La cirugía en este caso está limitada a pacientes inestables hemodinámicamente en los cuales es difícil el control hemodinámico, donde haya progresión del hematoma, rotura en el peritoneo e infección²⁰. No obstante, debemos aclarar que, muy frecuentemente, se realiza tratamiento quirúrgico y, muchas veces, esto conlleva a partos prematuros²¹. Además, en caso de ser necesaria una cesárea, hay que considerar una incisión media para evitar una disrupción del hematoma¹³, aunque nosotros realizamos una incisión de Pfannenstiel y no tuvimos problemas a la hora de evacuar el hematoma.

El pronóstico en los pacientes con hematoma de rectos del abdomen suele ser favorable. No obstante, se aprecia una mayor mortalidad en mujeres embarazadas y en aquellos tratados quirúrgicamente²².

Conclusiones

El hematoma de los músculos rectos del abdomen es una entidad infrecuente en las gestantes; por lo que, para su diagnóstico, hay que hacer un diagnóstico diferencial con otras entidades que también produzcan un abdomen agudo. Inicialmente, el tratamiento es conservador.

Responsabilidades éticas

Protección de personas y animales. Los autores declaran que para esta investigación no se han realizado experimentos en seres humanos ni en animales

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 declaran que en este artículo no aparecen datos de pacientes.

Conflicto de intereses

Los autores declaran no tener ningún conflicto de intereses.

Bibliografía

1. Simon Diego C, Ferri Romero I, Molina Escobar B, Alarcón López A, Carrera Gutiérrez J, Murillo peregrina J, et al. Hematoma de la vaina de los rectos: aportación de cuatro nuevos casos. *Cir Esp*. 2000;67:200–3.
2. Wan-Tsu W, Chang MD, Steven C, Dronen MD, FAAEM. Rectus sheath hematoma (Internet). Updated 2 Nov 2014. Disponible en: reference.medscape.com/article/776871-clinical
3. Rosell Pradas J, Guerrero Fernández-Marcolote JA, Vara Thorbeck R. Hematoma del músculo recto abdominal como falso abdomen agudo (aportación de tres casos). *Rev Esp Enf Ap Digest*. 1988;74:385–7.
4. Zainea GG, Jordan F. Rectus sheath hematoma: Their pathogenesis, diagnosis and management. *Am Surg*. 1998;54:630–3.
5. Barry TL, Butt J, Awad ZT. Spontaneous sheath hematoma and an anterior pelvic hematoma as a complication of anticoagulation. *Am J Gastroenterol*. 2000;95:3327–8.
6. Rafael Cerdán P, Sandra Paterna L, María Eugenia Guillén S, Sonia Catín B, Joaquín Bernal J, Jesús María Esarte M. Hematomas espontáneos de la pared abdominal. *Rev Chilena de Cirugía*. 2007;59:5–9.
7. Titone C, Lipsius M, Krakauer JS. Spontaneous hematoma of the rectus abdominis muscle: critical review of 50 cases with emphasis on early diagnosis and treatment. *Surgery*. 1972;72:568–72.
8. Lohle PNM, Puylaert JBCM, Coerkamp EG, Hermans ETH. Non palpable rectus sheath hematoma clinically masquerading as appendicitis: US and CT diagnosis. *Abdom Imaging*. 1995;20:152–4.
9. Pareja E, García-Granero M, Zaragoza E, Ripio F, Checa F. Hematoma espontáneo del músculo recto anterior del abdomen como causa de abdomen agudo. *Cir Esp*. 1999;66:276–7.
10. Hill SA, Jackson MA. Fitzgerald Abdominal wall haematoma mimicking visceral injury: The role of CT scanning. *Injury*. 1995;26:605–7.
11. García BI, Macías RMD, Baldonado CRF, Álvarez PJA, Barreiro JIJ. Hematoma espontáneo de la vaina del recto: un reto diagnóstico. *Emergencias*. 2000;12:268–71.
12. Goodman P, Raval B. CT of the abdominal wall. *Am Roentgenol*. 1990;154:1207–11.
13. Humphrey R, Carlan SJ, Greenbaum L. Rectus sheath hematoma in pregnancy. *J Clin Ultrasound*. 2001;29:306–11.
14. Berná JD, García-Medina V, Guirao J, García Medina J. Rectus sheath hematoma: Diagnostic classification by CT. *Abdom Imaging*. 1996;21:62–4.
15. Fukuda T, Sakamoto I, KKohzaki S, Uetani M, Mori M, Fujimoto T, et al. Spontaneous rectus sheath hematomas: Clinical and radiological features. *Abdom Imaging*. 1996;21:8–61.
16. Ramirez MM, Burkhead JM 3rd, Turrentine MA. Spontaneous rectus sheath hematoma during pregnancy mimicking abruptio placenta. *Am J Perinatol*. 1997;14:321–3.
17. Stone C, Humphries R, editors. *Current diagnosis and treatment: Emergency Medicine*. Cap. 13. 6th ed. Columbus: McGraw Hill; 2008.
18. García MP, Martín ML, Bonachía O, Lázaro J, Butrón T, García J, et al. Hematoma espontáneo de la pared abdominal: una causa infrecuente de abdomen agudo. *Cir Esp*. 2001;69:616–8.
19. Levy JM, Gordon HW, Pitha RN, Nykamp PV. Gelfoam Embolization for control of bleeding from rectus sheath hematoma. *Am J Roentgenol*. 1980;135:1283–4.
20. Ramzisham AR, Sagap I, Ismail AM. Spontaneous rectus sheath haematoma in pregnancy. *Med J Malaysia*. 2003;58:125–7.
21. Tolcher MC, Nirsche JF, Arendt KW, Rose CH. Spontaneous rectus sheath hematoma pregnancy: Case report and review of the literature. *Obstet Gynecol Surv*. 2010;65:517–22.
22. Teske JM. Hematoma of the rectus abdominis muscle. Report of a case and analysis of 100 cases from the literature. *J Surg*. 1946;71:689–95.