

Tumoración en la pared abdominal

Molero Silvero, E.¹, Bartolomé Cela, E.², Morales Frías, R.³, García de la Llana MA.⁴

Sanid. mil. 2016; 72 (2): 102-104; ISSN: 1887-8571

RESUMEN

El hematoma de la vaina de los rectos es una complicación rara secundaria a la toma de tratamiento anticoagulante y debida a la lesión muscular o rotura de las arterias epigástricas o de sus ramas pudiendo estar asociado a diversos factores. El “gold standard” para el diagnóstico es la tomografía computarizada. La cirugía es el tratamiento reservado para los casos no resueltos con manejo conservador ni con embolización. A continuación presentamos un caso de una paciente en el postoperatorio de cirugía plástica.

PALABRAS CLAVE: Hematoma de la vaina de los rectos, Acenocumarol, Arterias epigástricas.

Abdominal wall tumor

SUMMARY: The rectus sheath haematoma is a rare complication secondary to taking anticoagulant therapy and due to muscle injury or breakage of the epigastric arteries or their branches may be associated with several factors. The “gold standard” for the diagnosis is the computed tomography. Surgery is reserved for cases unresolved with conservative management or with embolization treatment. Here is a case of a patient after plastic surgery.

KEY WORDS: Rectus sheath haematoma, Acenocumarol, Epigastric arteries.

PRESENTACIÓN

Mujer de 78 años de edad con antecedentes personales de hipertensión arterial, diabetes mellitus tipo 2, fibrilación auricular permanente y sustitución valvular mitral con prótesis mecánica en tratamiento anticoagulante con acenocumarol.

La enferma, tras una caída accidental, presentaba una herida inciso contusa en colgajo, localizada en la cara externa del miembro inferior izquierdo. Ingresó en el Servicio de Cirugía Plástica y se programó la colocación de un injerto fino. La evolución fue favorable y fue dada de alta pocos días después con la indicación de sustituir la anticoagulación con acenocumarol por la administración de una heparina de bajo peso molecular (HBPM).

La paciente acudió al servicio de urgencias tres días después, refiriendo la aparición de una tumoración dolorosa en la zona de punción de la HBPM. Se realizó una ecografía urgente (Figs. 1 y 2). Se solicitó una analítica de sangre en la que se objetivó una Hb de 8,6 gr/dl con Hto 27%. Fue dada de alta con diagnóstico de hematoma en la pared abdominal y tras haber descartado la indicación de intervención quirúrgica en ese momento.

Doce horas después, la paciente regresó al servicio de urgencias por la persistencia del dolor, aumento del volumen de la tumoración y mal estado general. TA 70/40 y FC 120 lpm.

Analítica de sangre: Hb 6.5 gr/dl. Se solicitó un TC abdominal urgente (Figs 3-8).

DISCUSIÓN

La ecografía abdominal (Figs. 1 y 2) es informada como “Marcada atrofia de la musculatura de pared abdominal anterior. Gran hematoma en evolución en pared abdomino-pélvica anterior izquierda de 4,8 x 6,4 x 23 cm de diámetros máximos (AP x T x L)”.

El TC (Figs 3-8) realizado 12 horas después: “Gran hematoma de pared abdominal anterior en evolución que se extiende desde región umbilical a sínfisis púbica con volumen aproximado de 3000cc. Líquido perihepático y periesplénico de características hemáticas. (Apréciense los distintos grados evolutivos del hematoma mismo y el gran volumen que alcanza).

El hematoma del recto anterior del abdomen o hematoma de la vaina de los rectos, es una entidad poco frecuente con una incidencia estimada de hasta un 1,2-1,5 casos al año¹ y que conlleva una alta mortalidad especialmente en los pacientes ancianos². Se debe a lesión muscular directa o rotura de las arterias epigástricas superior, inferior o alguna de sus ramas y puede aparecer de forma espontánea o tras un traumatismo³. Suele estar relacionado con diversos factores de los cuales, el más frecuente, es la anticoagulación². También se ha asociado a la edad avanzada, la hiperpresión abdominal (tos, ejercicio físico, embarazo...), traumatismo abdominal, enfermedades musculares degenerativas, discrasias sanguíneas, ejercicio extenuante, intervenciones invasivas sobre el abdomen como cirugía, laparoscopia, paracentesis o amniocentesis³⁻⁵.

La presentación clínica más frecuente es el dolor abdominal, que en ocasiones obliga al diagnóstico diferencial con el abdomen agudo, seguida de la aparición de masa abdominal (entre 60-65%

¹ Médico adjunto.

² Tcol Médico.

³ Cte médico.

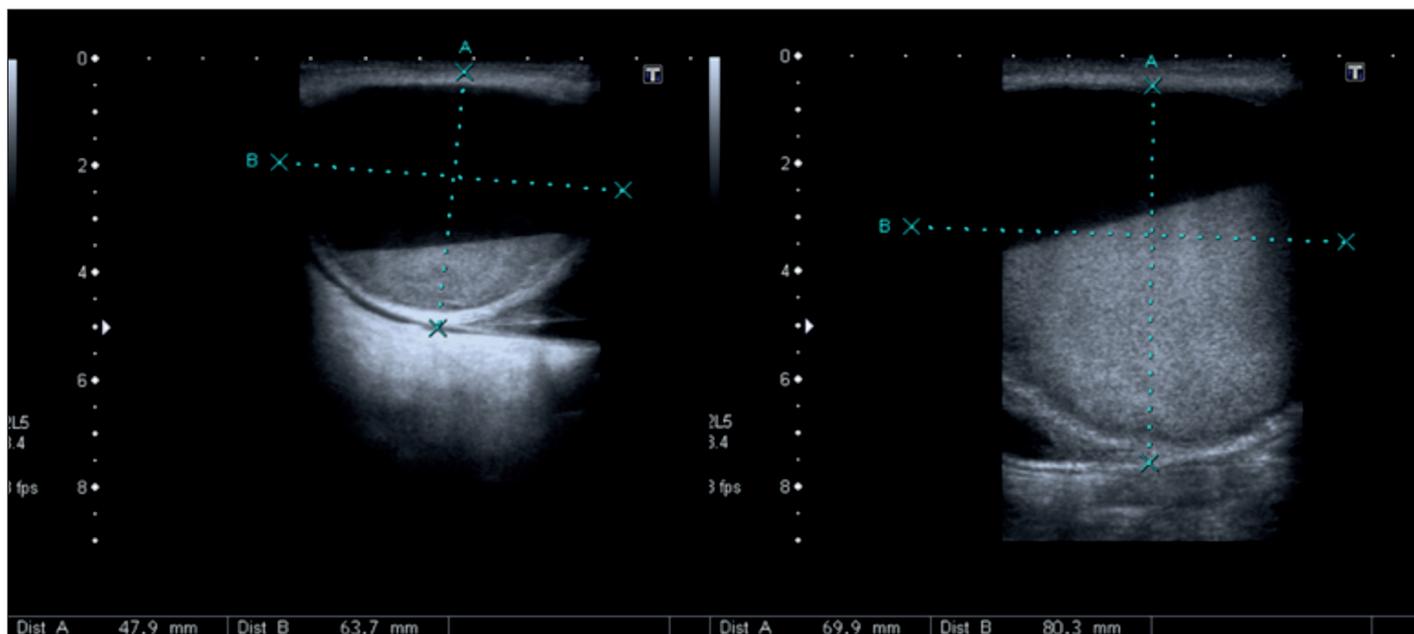
⁴ Col Médico.

Servicio de Medicina Intensiva. Hospital Central de la Defensa Gómez Ulla. Madrid. España.

Dirección para correspondencia: Esperanza Molero Silvero. Servicio de Medicina Intensiva. Hospital Central de la Defensa Gómez Ulla. Glorieta del Ejército, 1. 28047 Madrid. España. espe_molero@yahoo.es

Recibido: 14 de octubre de 2015

Aceptado: 13 de noviembre de 2015



Figuras 1 y 2. Imágenes de ecografía en la que se aprecia la tumoración.

de los casos). Otros signos posibles son la equimosis de pared abdominal, náuseas, vómitos, irritación peritoneal y fiebre⁵.

Para el diagnóstico por imagen se emplea la ecografía que resulta una técnica rápida y que no expone a radiación al paciente



Figuras 3-8. Distintos cortes de TC abdominal.

pero con una sensibilidad, según las series de entre el 70-90%. La tomografía computarizada ofrece una sensibilidad del 100% y cuenta con la ventaja de poder confirmar la presencia o no de sangrado activo y diagnosticar otras complicaciones concomitantes como la presencia de isquemia mesentérica o la rotura de un aneurisma abdominal⁶⁻⁸.

Es preferible un manejo conservador para los pacientes estables, que incluye la retirada de la anticoagulación, la corrección de la coagulopatía si la hubiera, la reposición volumétrica y el resto de medidas de soporte⁹⁻¹⁰.

La arteriografía es capaz de identificar la ubicación exacta del vaso responsable, una limitación probable en la cirugía, por lo que la embolización mediante esta técnica es una terapia aplicada para aquellos casos con hematomas en progresión o cuando no se controle la situación con medidas conservadoras¹¹⁻¹².

La cirugía incluye la evacuación del hematoma y la ligadura del vaso epigástrico involucrado aunque, para la mayoría de autores, los procedimientos quirúrgicos deben reservarse para aquellos casos que no respondan al tratamiento conservador y/o embolizador, hematomas expansivos, pacientes con inestabilidad marcada no controlable, aparición de necrosis muscular o síndrome compartimental puesto que conllevan un aumento de la morbimortalidad especialmente en pacientes ancianos con comorbilidades^{10, 13}.

El pronóstico suele ser favorable si se realiza un diagnóstico y tratamiento precoz. Las mayores tasas de mortalidad se han observado en hematomas de gran tamaño y en el grupo de pacientes con edad avanzada. En ocasiones, puede presentar complicaciones graves como infección, insuficiencia renal aguda, síndromes coronarios, shock hipovolémico, mionecrosis o isquemia intestinal, cuya presencia ensombrece el pronóstico¹⁴⁻¹⁵. Se han observado recurrencias hasta en un 1,6% especialmente ligado al reinicio de la terapia anticoagulante⁵.

En el caso que presentamos, tras consultar con el Servicio de Cirugía, se indicó tratamiento embolizador urgente, que se

realizó en un hospital con disponibilidad de radiología intervencionista. El resultado de la embolización fue fallido. La enferma ingresó en la Unidad de Cuidados Intensivos del centro receptor en situación de shock hipovolémico hemorrágico y anuria por compresión bilateral de los uréteres por el hematoma. La paciente falleció 24 horas después.

BIBLIOGRAFÍA

1. Fitzgerald JE, Fitzgerald LA, Anderson FE, Acheson AG. The changing nature of the rectus sheath haematoma: case series and literature review. *Int J Surg.* 2009;7:150-4. Epub 2009 Feb 5.
2. Anyfantakis D, Kastanakis M, Petrakis G, Bobolakis E. Rectus sheath hematoma in a single secondary care institution: a retrospective study. *Hernia.* 2015 Jun;19(3):509-12.
3. Siu WT, Yau KK, Cheung HY, Law BK, Tang CN, Yang GP, Li MK. Spontaneous rectus sheath hematoma. *Can J Surg* 2003;46:390
4. G.G. Zainea, F. Jordan. Rectus sheath hematomas: their patogenesis, diagnosis, and management. *Am Surg.*, 54 (1988), pp. 630-633
5. W.B. Cherry, P.S. Mueller. Rectus Sheath hematoma. Review of 126 cases at a single institution. *Medicine.*, 85 (2006), pp. 105-110
6. H. Shokoohi, K. Boniface, M. Reza Taheri, and A. Pourmand. Spontaneous rectus sheath hematoma diagnosed by point-of-care ultrasonography. *Canadian Journal of Emergency Medicine*, vol. 15, no. 2, pp. 119–122, 2013.
7. Galyfos G, Karantzikos G, Palogos K, Sianou A, Filis K, Kavouras N: Spontaneous rectus sheath hematoma in the elderly: an unusual case and update on proper management. *Case Rep Emerg Med* 2014, 2014:675678N.
8. S. Salemis, S. Gourgiotis, and G. Karalis, "Diagnostic evaluation and management of patients with rectus sheath hematoma. A retrospective study," *International Journal of Surgery*, vol. 8, no. 4, pp. 290–293, 2010.
9. A. Buffone, G. Basile, M. Costanzo et al. Management of patients with rectus sheath hematoma: personal experience. *Journal of the Formosan Medical Association*, 2013.
10. J. Marti, "Rectus sheath hematoma in elderly, medical or surgical treatment?" *Internet Journal of Internal Medicine*, vol. 8, no. 1, p. 18, 2010.
11. M. Mobin, K. E. Win, and S. Keshava. Rapidly enlarging rectus sheath hematomas: the value of CT angiography in the identification of active bleeding. *Vascular Disease Management*, vol. 4, no. 5, pp. 156–158, 2007.
12. J. Rimola, J. Perendreu, J. Falco, J. R. Fortuno, A. Massuet, and J. Brainera. Percutaneous arterial embolization in the management of rectus sheath hematoma. *American Journal of Roentgenology*, vol. 188, no. 6, pp. W497–W502, 2007.
13. A. Smithson, J. Ruiz, R. Perello et al. Diagnostic and management of spontaneous rectus sheath hematoma. *European Journal of Internal Medicine*, vol. 24, no. 6, pp. 579–582, 2013.
14. R. A. Dineen, N. R. Lewis, and N. Altaf. Small bowel infarction complicating rectus sheath haematoma in an anticoagulated patient. *Medical Science Monitor*, vol. 11, no. 10, pp. CS57–CS59, 2005.
15. A. Luhmann and E. V. Williams. Rectus sheath hematoma: a series of unfortunate events. *World Journal of Surgery*, vol. 30, no. 11, pp. 2050–2055, 2006.