

Dolor abdominal y parada cardíaca. Una presentación inusual de hematoma de los rectos

José Luis Zambrana-Luque¹, Francisco José Caballero-Güeto², Francisco José Conde-Ortega³, José Luis Zambrana-García¹

¹Línea de Procesos Médicos. Hospital de Montilla. Montilla (Córdoba). España

²Línea de Procesos Críticos y Urgentes. Hospital de Montilla. Montilla (Córdoba). España

³Línea de Procesos Quirúrgicos. Hospital de Montilla. Montilla (Córdoba). España

Recibido: 25/06/2018

Aceptado: 16/07/2018

En línea: 31/08/2018

Citar como: Zambrana-Luque JL, Caballero-Güeto FJ, Conde-Ortega FJ, Zambrana-García JL. Dolor abdominal y parada cardíaca. Una presentación inusual de hematoma de los rectos. Rev Esp Casos Clin Med Intern (RECCMI). 2018 (Ago); 3(2): 66-68.

Autor para correspondencia: José Luis Zambrana-García. lzambrana@ephag.es

Palabras clave

- ▷ Hematoma espontáneo
- ▷ Músculo recto anterior

Keywords

- ▷ Spontaneous hematoma
- ▷ Anterior rectus muscle hematoma

Resumen

El hematoma espontáneo de la vaina del recto abdominal es una causa de dolor abdominal infrecuente. Su forma más común de presentación es dolor abdominal de inicio súbito, seguido del hallazgo de una masa abdominal. En el caso de hematomas grandes, éstos pueden causar síntomas y signos derivados de la hipovolemia. La terapia anticoagulante se considera el factor de riesgo más frecuente, especialmente si los pacientes son mujeres de edad avanzada y los síntomas aparecieron después de un ataque de tos. Presentamos un caso de hematoma espontáneo de la vaina del recto cuya presentación fue un paro cardíaco repentino que, finalmente, causó la muerte del paciente.

Abstract

Spontaneous hematoma of the rectus abdominis sheath is a cause of infrequent abdominal pain. Most common form of presentation is abdominal pain of sudden onset, followed by the finding of an abdominal mass. In the case of large bruises these can cause symptoms and signs derived from hypovolemia. Anticoagulant therapy is considered the most frequent risk factor, especially if the patients are elderly women whose onset of symptoms appeared after a coughing attack. We present a case of a spontaneous straight hematoma sheath presenting as a sudden cardiac arrest that ultimately caused the death of the patient.

Puntos destacados

- ▷ El hematoma del recto anterior del abdomen debe sospecharse ante pacientes con dolor abdominal agudo y una masa infraumbilical tras episodios de tos, particularmente si el paciente está anticoagulado.
- ▷ Síntomas como palidez, hipotensión y taquicardia nos deben poner sobre aviso de la potencial gravedad del cuadro.

palpable, y anemización acompañante. El pronóstico es generalmente bueno, con resolución espontánea del proceso en la mayoría de los casos, siendo el resultado de muerte posible pero muy infrecuente¹⁻⁵.

Presentamos el caso de un paciente con dolor en hemiabdomen derecho de horas de evolución que presentó una parada cardiorrespiratoria provocada por un HRAA, y que, pese a medidas de reanimación, provocó finalmente su fallecimiento.

Introducción

El hematoma del músculo recto anterior del abdomen (HRAA) es una entidad infrecuente, resultado de la rotura de las arterias epigástricas que lo irrigan o del desgarro del propio músculo, y su consecuente sangrado. La entidad es conocida desde la antigüedad, siendo descrita en la moderna literatura a finales del siglo XIX¹⁻³. En las últimas décadas, la incidencia de este tipo de hematomas espontáneos parece estar aumentando, motivado por el uso cada vez más frecuente de la terapia anticoagulante⁴. Los síntomas de presentación más habituales son dolor abdominal de comienzo agudo con o sin masa abdominal

Caso clínico

Varón de 70 años que consultó en Urgencias por disnea progresiva de una semana de evolución, acompañado de tos no productiva y fiebre no termometrada. Contaba con antecedentes personales de hipertensión arterial, síndrome de apnea del sueño y diabetes mellitus tipo 2, que trataba con metformina 850 mg/12 h, lercadipino 10 mg/24 h, valsartán 320 mg/24 h y doxazosina 4 mg/24 h. Fue hospitalizado con el diagnóstico de infección respiratoria baja

sin condensación, insuficiencia respiratoria global y fibrilación auricular de data indeterminada. El tratamiento instaurado fue oxigenoterapia, broncodilatadores en aerosoles, antibiótico (levofloxacino), diuréticos y corticoides intravenosos, así como heparina de bajo peso molecular subcutánea a dosis terapéuticas, mejorando ostensiblemente en las siguientes 72 horas.

El tercer día del ingreso presentó dolor progresivo, de 3-4 horas de evolución, en hemiabdomen derecho. En la exploración física destacaba un índice de masa corporal de 34,2 kg/m², temperatura 36,2 °C, frecuencia cardíaca 115 lpm, presión arterial 100/50 mmHg y frecuencia respiratoria 12 rpm. En la auscultación cardiorrespiratoria existía un ritmo irregular sin soplos y disminución del murmullo vesicular global sin ruidos sobreañadidos. El abdomen era globuloso, doloroso en hemiabdomen derecho, sin signos de irritación peritoneal ni organomegalias, y en las extremidades inferiores existían discretos edemas maleolares. Se solicitó tomografía computarizada (TC) abdominal y hemograma urgente. Súbitamente, el paciente sufrió parada cardíaca que precisó reanimación cardiorrespiratoria, intubación orotraqueal e ingreso en la unidad de cuidados intensivos. En el hemograma, se objetivó 10.560 leucocitos/mm³ (90% neutrófilos, 7% monocitos, 3% linfocitos), hemoglobina 7,6 g/dl, plaquetas 345.000/mm³. Bioquímica: glucosa 176 mg/dl, creatinina, sodio y potasio normales. Estudio de coagulación: actividad de protrombina 82%, tiempo de tromboplastina parcial 30 s (VN: 28-33 s). Electrocardiograma: fibrilación auricular con buena respuesta ventricular, sin signos de isquemia. TC abdominal: hematoma de pared en el músculo recto anterior derecho (20 x 18 x 10 cm) que se continúa hasta hipogastrio del mismo lado. El paciente falleció 48 horas después, pese al soporte ventilatorio y hemodinámico.

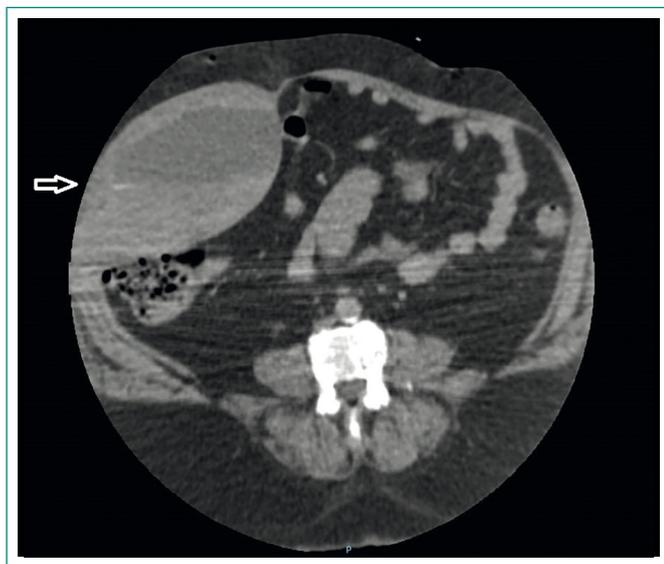


Figura 1. TC abdominal: la flecha señala el hematoma del recto anterior derecho del abdomen

Discusión y conclusiones

El HRAA, también conocido como *hematoma de la vaina de los rectos*, es un proceso conocido, poco frecuente y en raras ocasiones mortal^{1,6,7}. Su conocimiento por parte de los médicos que atienden Urgencias es crucial, habida cuenta de que su correcto diagnóstico podría evitar laparotomías innecesarias e incluso fallecimientos^{1,5,7-8}. La entidad es más frecuente en mujeres y el riesgo de desarrollarla se incrementa con la edad. Los factores predisponentes de HRAA son la existencia de un traumatismo abdominal, la cirugía previa, el uso de anticoagulantes, la tos, el embarazo y patología médica como arteriosclerosis, hipertensión

arterial, enfermedad renal o diferentes trastornos hematológicos¹⁻⁵. En nuestro caso, los elementos probables que favorecieron el hematoma fueron el uso de heparina de bajo peso molecular a dosis terapéuticas y los accesos de tos asociados a la infección respiratoria del paciente. Además, la anticoagulación pudo favorecer el aumento del volumen del sangrado, muy cuantioso en nuestro caso. Recientemente, se ha relacionado el desarrollo de estos hematomas con las inyecciones en la pared abdominal de heparina de bajo peso molecular, especialmente en personas delgadas. En cuanto a la tos, es conocido que la contracción intensa de los músculos abdominales que ésta conlleva puede provocar la ruptura de las arterias epigástricas, provocando el hematoma.

Los síntomas y signos más frecuentes del HRAA son dolor abdominal (84-97% de los casos), presencia de masa abdominal palpable (63-92%), dolor a la palpación (71%) y defensa abdominal (49%). El dolor abdominal habitualmente se describe como intenso, punzante, persistente y sin irradiación, siendo típico que empeore con los movimientos. En cuanto a la masa, ésta suele ser infraumbilical en el 70-80% de los casos, debido a que por debajo de la línea arcuata hasta el pubis la cara posterior de los músculos rectos anteriores sólo está cubierta por la fascia transversal del abdomen, dejando más desprotegido el músculo y la arteria epigástrica inferior¹⁻⁵. En el caso de grandes hematomas del recto anterior, es habitual la presencia de datos de hipovolemia como palidez, sudoración, taquicardia o hipotensión⁷. En nuestro paciente, la severa hipovolemia, junto con su patología de base, provocó probablemente la parada cardiorrespiratoria.

En la exploración física, se han descrito diferentes signos relacionados con este proceso, siendo los más destacados el de Fothergill (la contractura abdominal, en caso de hematoma, determina una masa más visible y menos móvil) y el signo de Laffont (aparición de equimosis sobre la masa).

En cuanto a los hallazgos de laboratorio, los más destacados en el HRAA son caída del hematocrito y, menos frecuentemente, leucocitosis. En nuestro caso, la pérdida de sangre fue cuantiosa, con un descenso de más de 4 g/dl de la hemoglobina plasmática. La TC es la prueba de imagen de elección en pacientes con HRAA, al ser más sensible que la ecografía abdominal. Sin embargo, para el seguimiento puede ser utilizada esta última. Ambas pueden ayudar a conocer la cuantía del sangrado y si éste es activo. En cuanto a la resonancia magnética, su uso se recomienda sólo en casos seleccionados en los que existan dudas diagnósticas del proceso¹.

La mayoría de los HRAA se resuelven con medidas conservadoras (fluidoterapia, analgesia, transfusión sanguínea si es preciso y tratamiento de la enfermedad de base). Sin embargo, si existe evidencia de sangrado activo a pesar de éste, se debe considerar como primera opción la arteriografía para la embolización de la arteria epigástrica. Otros posibles tratamientos son drenar el hematoma con control ecográfico, o bien actuar quirúrgicamente con el fin de drenar el hematoma y ligar la arteria sangrante.

En conclusión, los HRAA deben sospecharse ante pacientes con dolor abdominal agudo y una masa infraumbilical tras episodios de tos, con determinados signos positivos (Fothergill y/o Laffont), particularmente si el paciente cuenta con edad avanzada y está anticoagulado. La presencia de sintomatología derivada de la presencia de hipovolemia debe poner sobre aviso de la potencial gravedad del cuadro.

Bibliografía

1. Hatjipetrou A, Anyfantakis D, Kastanakis M. Rectus sheath hematoma: a review of the literature. *Int J Surg*. 2015; 13: 267-271.
2. Smithson A, Ruiz J, Perello R, Valverde M, Ramos J, Garzo L. Diagnostic and management of spontaneous rectus sheath hematoma. *Eur J Intern Med*. 2013; 24: 579-582.

3. Salemis NS, Gourgiotis S, Karalis G. Diagnostic evaluation and management of patients with rectus sheath hematoma. A retrospective study. *Int J Surg.* 2010; 290-293.
4. Fitzgerald JE, Fitzgerald LA, Anderson FE, Acheson AG. The changing nature of rectus sheath haematoma: case series and literature review. *Int J Surg.* 2009; 7: 150-154.
5. Cherry WB, Mueller PS. Rectus sheath hematoma: review of 126 cases at a single institution. *Medicine* 2006; 85: 105-110.
6. Jafferbhoy SF, Rustum Q, Shiwani MH. Abdominal compartment syndrome-a fatal complication from a rectus sheath haematoma. *BMJ Case Rep.* 2012 (citado 15 julio 2018). Disponible en: <http://dx.doi.org/10.1136/bcr.2011.5332>
7. McCarthy DM, Bellam S. Fatal spontaneous rectus sheath hematoma in a patient with cirrhosis. *J Emerg Trauma Shock.* 2010; 3: 300.
8. Ducatman BS, Ludwig J, Hurt RD. Fatal rectus sheath hematoma. *J Am Med Assoc.* 1983; 249: 924-925.