



Diagnóstico y tratamiento de los hematomas abdominales extraperitoneales: Evolución en los últimos años

JL Alarcón,* J Verge,* A Asensio,* LM Marco,* J Albiol,* X Encinas,* X Pérez,* G Martí,* S Mayol*

RESUMEN

Introducción. En los últimos años se ha producido un aumento en la variedad y disponibilidad de los medios diagnósticos, hecho que ha ayudado en el diagnóstico de los hematomas abdominales, pero cada vez son más frecuentes los pacientes que estando en tratamiento con anticoagulantes presentan un hematoma, hecho que ha propiciado una mayor incidencia y dificultad terapéutica.

Material y métodos. Revisamos todos los hematomas de pared y retroperitoneales recogidos en nuestro Servicio entre 1996-2005, tanto los traumáticos postoperatorios como espontáneos, que afectaban la pared anterior o posterior y retroperitoneo, excluyendo los intraperitoneales. **Resultados.** Periodo 1996-2001: un éxitus postoperatorio, siete pacientes afectados de hematoma retroperitoneal y tres casos de hematoma espontáneo de origen renal. Periodo 2001-2005: dos éxitus y dos intervenciones quirúrgicas. **Conclusiones.** En los últimos años ha aumentado la proporción de hematomas en pacientes descoagulados, por lo cual se ha de establecer el diagnóstico precoz del hematoma, con tal de evitar cirugías innecesarias.

Palabras clave: Hematoma abdominal, procedimiento diagnóstico.

ABSTRACT

Introduction. An increase in the variety and availability of the diagnostic media has taken place in the last years, fact that has helped in the abdominal haematomas diagnosis, but every time are more frequent the patients that being in treatment with anticoagulants present an haematoma, fact that has caused a greater incidence and therapeutic difficulty. **Material and methods.** We reviewed all wall and retroperitoneal haematomas gathered in our Service between 1996-2005, as much traumatic postoperating as the spontaneous ones, that affected the anterior or posterior wall and retroperitoneo, excluding intraperitoneals. **Results.** Period 1996-2001: a postoperating exitus, seven patients affected of haematoma retroperitoneal and three cases of haematoma spontaneous of renal origin. Period 2001-2005: two exitus and two surgical interventions. **Conclusions.** In the last years it has increased the proportion of haematomas in non-coagulated patients, thus it has to establish the precocious diagnosis of haematoma, to avoid unnecessary surgeries.

Key words: Abdominal haematoma, diagnostic procedure.

INTRODUCCIÓN

Los hematomas abdominales ya eran conocidos en la Grecia clásica, en la que se describieron algunos síntomas y signos, especialmente los relacionados con hematomas de la pared anterior, la tos o ciertos traumatismos.^{1,2}

Históricamente los hematomas se diagnosticaban por la clínica y la radiología. El tratamiento habitualmente era conservador en casos leves y se indicaba la revisión quirúrgica en caso de gravedad o duda diagnóstica.

En los últimos años se ha producido un aumento en la variedad y disponibilidad de los medios diagnósticos,

hecho que ha ayudado en el diagnóstico de estos procesos, pero cada vez son más frecuentes los pacientes que estando en tratamiento con anticoagulantes presentan un hematoma, hecho que ha propiciado una mayor incidencia y dificultad terapéutica.³

Pese a que el uso de heparinas de bajo peso molecular (HBPM) ofrece mayor seguridad que la heparina no fraccionada, hay que tener en cuenta el riesgo de complicaciones, especialmente las hemorrágicas potencialmente graves, para intentar prevenir su aparición.⁴⁻⁶ El riesgo de hemorragia se incrementa con la utilización de dosis altas en pacientes de edad avanzada con patologías asocia-

* Servicio de Cirugía. Hospital-Residencia Sant Camil. Sant Pere de Ribes (Barcelona).

das tales como: insuficiencia renal o hepática, antecedentes de cirugía o traumatismos recientes, hemorragias activas o lesiones que pueden sangrar (úlcera péptica activa, ictus hemorrágicos, etc.), alteraciones de la hemostasia o tratamientos simultáneos con otros medicamentos que interfieren en la coagulación o la agregación plaquetaria.^{4,5,7,8}

Podemos hallar hematomas en localizaciones muy diversas. El hematoma de la vaina de los rectos es un proceso infrecuente, que puede simular una enfermedad intraabdominal. Consiste en una colección crónica o aguda de sangre en el músculo recto abdominal o entre este y su vaina aponeurótica. Son factores predisponentes los tratamientos con anticoagulantes, trastornos en la elasticidad de los vasos y/o en su acomodación a las grandes variaciones de longitud, que pueden sufrir los músculos rectos del abdomen, con la tos, el estornudo y la defecación o el ejercicio intenso. Otros factores pueden ser la fibrosis tras la cirugía, el estiramiento de los vasos tras el embarazo, las enfermedades degenerativas vasculares, la discrasia sanguínea, etc.⁸⁻¹⁰

Se han descrito varios casos de hematomas espinales, retroperitoneales, musculares y cerebrales, relacionados con la administración de Heparina de bajo peso molecular.^{8,11,12}

En los hematomas por rotura espontánea de patologías retroperitoneales, el tratamiento casi siempre ha sido quirúrgico de entrada.

Recientemente la mejoría en la disponibilidad diagnóstica, ha motivado una modificación en la estrategia. Tras la ecografía que confirma el diagnóstico, cuando es posible ante un hematoma grande o con sangrado activo, se recomienda la práctica de una TC con contraste para confirmación del diagnóstico. En caso positivo o dudoso, es aconsejable la realización de una arteriografía que nos muestre el vaso sangrante e intentar su embolización.⁷

Aunque pueda resultar discutible, creemos que ante un hematoma, ya sea traumático o espontáneo, de pared anterior o retroperitoneal, el manejo diagnóstico y la estrategia terapéutica común hacen que consideremos que los podemos analizar en conjunto.

MATERIAL Y MÉTODOS

Revisamos todos los hematomas de pared y retroperitoneales recogidos en nuestro Servicio entre 1996-2005, tanto los traumáticos postoperatorios como espontáneos, que afectaban la pared anterior o posterior y retroperitoneo, excluyendo los intraperitoneales. Diferenciamos entre dos períodos: 1996-2001 (A) y 2001-2005 (B).

Periodo A (1996-2001)

25 pacientes.
20 traumáticos:
6 no operados.
14 operados.
7 con apertura de retroperitoneo.
1 sección de arteria y vena renal: nefrectomía.
1 fisura de v. cava y rotura de mesenterio: sutura.
2 roturas duodenales: sutura.
1 rotura de páncreas: pancreatectomía distal.
2 roturas renales: nefrectomía.

7 sin apertura de retroperitoneo.

3 espontáneos.
1 angiomiolipoma: nefrectomía
1 quiste renal gigante: quistectomía.
1 carcinoma renal: nefrectomía radical.

2 postoperatorios.
1 hematoma retroperitoneal: tratamiento conservador.
1 hematoma pélvico: reintervención.

La edad media de este periodo fue de 37 años, con un rango entre 18-81 años. La mayoría de casos han estado postraumáticos o patológicos, el diagnóstico fundamentalmente fue clínico, por radiología simple, pielografía, ecografía ocasional y, en menor proporción, TC. El tratamiento generalmente fue intervencionista (Fig. 1).

Periodo B (2001-2005)

17 pacientes:
6 traumáticos:
5 no operados.
1 operado.
9 espontáneos (6 descoagulados).
2 postoperatorios.

La edad media fue de unos 37 años. La mayoría eran pacientes descoagulados con dicumarínicos o heparina y presentaban pluripatología. En el diagnóstico se realizó siempre ecografía, cuando fue posible una TC y ocasionalmente una arteriografía.

El tratamiento fundamentalmente fue conservador, especialmente en los jóvenes con lesiones renales y los descoagulados. La principal finalidad fue establecer la magnitud de la lesión y restablecer la coagulación en los pacientes descoagulados. Tan sólo en dos pacientes se consiguió una arteriografía y en un caso fue terapéutica consiguiendo la embolización (Fig. 2).

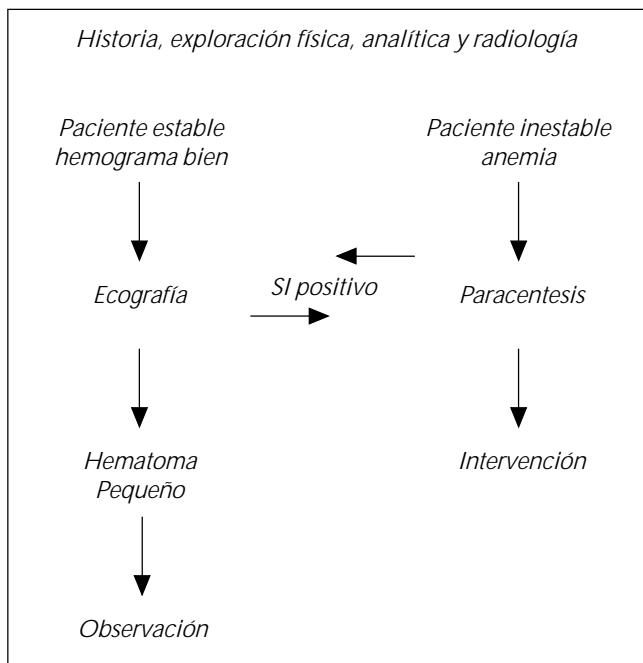


Figura 1. Algoritmo 1996-2001.

RESULTADOS

1996-2001

Hemos tenido un éxito postoperatorio, al que se le practicó cateterización vesical difícil, previamente a la intervención por neoplasia de recto, produciéndose una falsa vía. Tras la práctica de una resección anterior de recto, se evidenció un gran hematoma, sin que inicialmente quedase claro si el origen era la manipulación traumática de la canalización uretral o, por el contrario, era secundario a la propia extirpación rectal. Pese a ser sometido a una revisión quirúrgica, su evolución fue desfavorable.

En siete pacientes afectados de hematoma retroperitoneal, se realizó laparotomía exploradora, sin practicar apertura del retroperitoneo, hecho que planteó la duda sobre la conveniencia de la cirugía.

Sólo tres casos de hematoma espontáneo de origen renal requirieron intervención quirúrgica (Figs. 3-5).

2001-2005

Durante este periodo hemos tenido dos éxitos correspondientes a mujeres de edad avanzada en tratamiento con anticoagulantes.

La primera presentaba un hematoma de pared abdominal anterior, en tratamiento con heparina de bajo peso

molecular, la cual, pese al tratamiento médico, presentó un rápido crecimiento clínico y ecográfico, por lo que ante el deterioro progresivo de la paciente se optó por su traslado al Hospital de referencia, llegando al mismo en condiciones terminales.

En el caso de la otra paciente, también descoagulada, se confirmó el hematoma por ecografía y mediante TC con contraste se demostró el sangrado activo a través de la arteria epigástrica, por lo que se canalizó para la práctica de una arteriografía y embolización selectiva, que fueron eficaces. Una vez controlado el sangrado, la paciente fue remitida nuevamente a la UCI de nuestro centro, presentando complicaciones pulmón-renales y fallo multiorgánico en los días siguientes.

Otras dos pacientes fueron intervenidas quirúrgicamente, las cuales inicialmente habían sido diagnosticadas erróneamente de abdomen agudo: el primer caso se trataba de una paciente ingresada en la UCI por una neumonía grave, donde se le diagnosticó clínicamente de abdomen

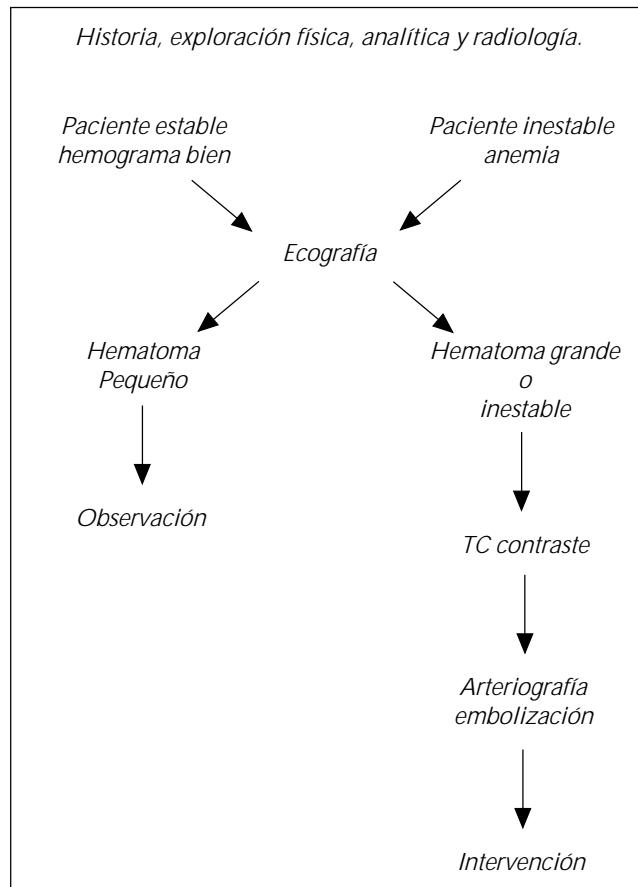


Figura 2. Algoritmo 2001-2005.

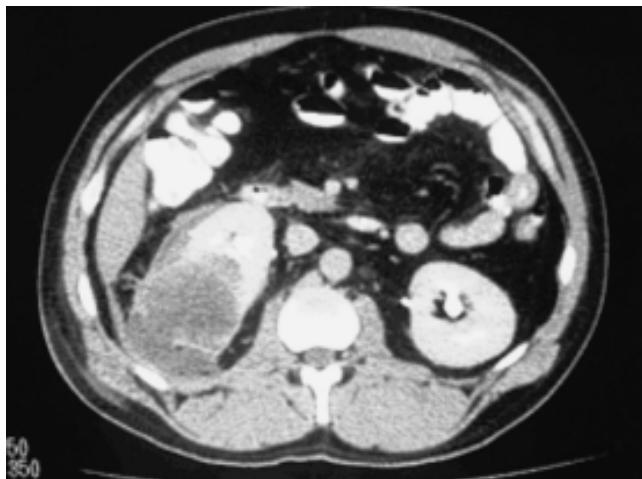


Figura 3. TC paciente con quiste renal + hematoma.

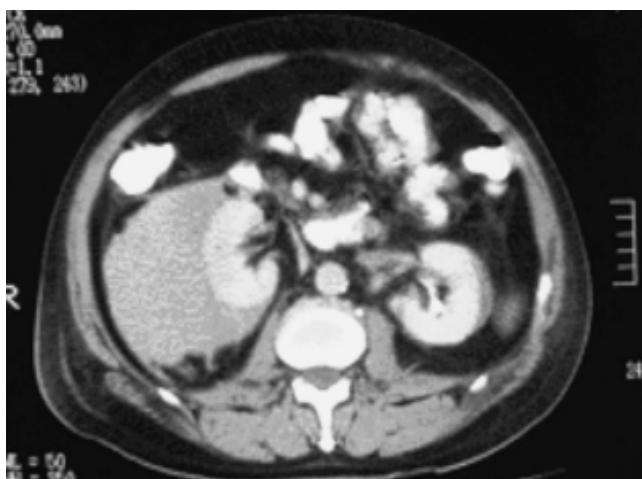


Figura 4. TC Carcinoma renal + hematoma.

agudo y ecográficamente de sospecha de plastrón apendicular, evidenciándose en la intervención un hematoma de pared.

El segundo caso se trataba de una mujer joven, con un dolor selectivo en fosa ilíaca izq. diagnosticada por la clínica y la ecografía de un quiste de ovario hemorrágico. En la laparoscopia se evidenció un hematoma de pared, reinterrogando a la pareja se atribuyó a una actividad sexual violenta.

Han disminuido los pacientes traumáticos, los cuales mayoritariamente han sido tratados de forma conservadora con buenos resultados.

No tuvimos ningún caso de Wunderlich ni hematomas espontáneos por lesiones renales.

DISCUSIÓN

Pese a que los hematomas de la pared abdominal pueden producirse por mecanismos diversos y presentarse en localizaciones diferentes, es evidente que algunos aspectos diagnósticos y terapéuticos tienen muchos puntos en común. Partiendo de esta premisa, nos planteamos agrupar los hematomas extraperitoneales anteriores y posteriores, así como los retroperitoneales, para intentar describir pautas comunes en su manejo, tanto diagnóstico como especialmente terapéutico.

Los procedimientos diagnósticos han mejorado notablemente en los últimos años, sobre todo para los cirujanos de los hospitales comarcales, que hasta hace poco tiempo sólo disponían de la clínica y radiología simple, ocasionalmente la ecografía, únicamente en el llamado "horario laboral", encontrándose el cirujano en los casos problemáticos con el dilema de intentar un traslado arriesgado o plantear una revisión quirúrgica "a ciegas".

Esta situación ha sido especialmente conflictiva cuando en paciente traumático, se sospechaba la presencia de un hematoma retroperitoneal: la primera decisión polémica que debía afrontar el cirujano era la de operar o no operar. En el caso de adoptar la primera opción y ante la presencia de un hematoma retroperitoneal, la siguiente dificultad era abrir el retroperitoneo o no.

Menos dudas se presentaban en los hematomas retroperitoneales patológicos o síndrome de Wunderlich, en los que casi siempre se optaba por un tratamiento quirúrgico.

Los hematomas espontáneos de pared anterior se presentan de forma infrecuente, aproximadamente 1:10.000

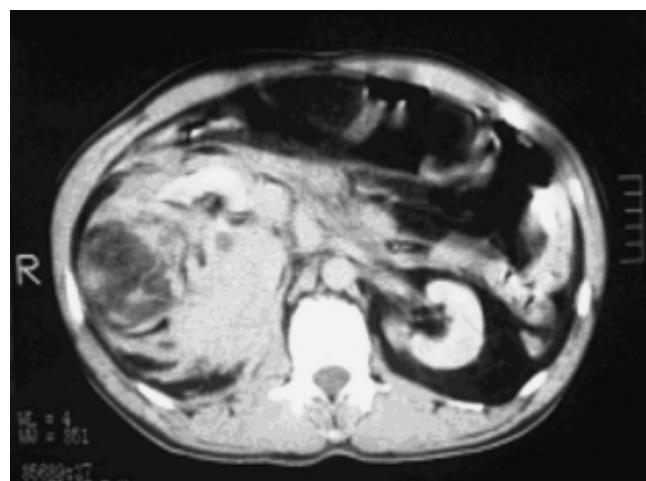


Figura 5. TC paciente con angiomiolipoma + hematoma.



urgencias.³ El diagnóstico de este cuadro, conocido desde la antigüedad, puede resultar sencillo si se conocen algunos signos específicos, como son el signo de Fothergill o masa visible con la contractura abdominal, el signo de Laffont o equimosis sobre la masa abdominal y el signo de Nadeau o aumento de dolor a nivel del hematoma al levantar la pierna o la cabeza; pero en ocasiones puede ser difícil y puede confundirse con diferentes cuadros de peritonitis, hecho que continúa motivando que se realicen laparotomías o laparoscopias innecesarias.

Hemos revisado nuestra experiencia en los últimos ocho años, analizando el manejo y los resultados en pacientes atendidos por hematomas abdominales extraperitoneales.

En la primera fase podemos decir que se realizó un manejo clásico, mayoritariamente intervencionista, al disponer de escasos medios diagnósticos o por tener la convicción de que el cirujano se decantaba por la mejor opción que podía ofrecerse al paciente.

La mayoría de los casos eran traumáticos y se realizó una revisión quirúrgica exploradora, aunque en siete casos la cirugía sólo sirvió para constatar la presencia de un hematoma retroperitoneal que no se abrió. En los otros siete casos se repararon los vasos o vísceras afectadas. Tan sólo en seis casos, menos de un tercio de los casos traumáticos, el tratamiento fue conservador.

También se recurrió a la cirugía de urgencias en aquellos casos en los que el origen de un hematoma espontáneo era atribuible a patología renal o perirrenal, hecho que hoy día podría ser cuestionable. De todas formas los resultados podemos considerarlos como buenos.

El único exitus de esta fase corresponde a un hombre con una falsa vía uretral, de edad avanzada, intervenido por una neoplasia de recto.

En los últimos cuatro años disponemos de un mejor acceso a medios diagnósticos, especialmente a la TC y arteriografía, hecho que ha motivado una nueva estrategia.

En este periodo, los hematomas espontáneos de pared abdominal han sido el grupo mayoritario. Siempre se han relacionado con la tos o traumatismos, pero en los últimos años han aumentado de forma significativa debido al aumento de la indicación de descoagulaciones profilácticas,⁴ hecho que ha motivado una mayor frecuencia y dificultad terapéutica. De hecho dos casos tuvieron un desenlace fatal, pese a que en uno de los casos se pudo aplicar correctamente nuestro protocolo, tanto de diagnóstico como terapéutico; sin embargo, el tipo de enfermo descoagulado frecuentemente presenta múltiples patologías asociadas que condicionan un pronóstico desfavorable.

Hemos tenido menos pacientes traumáticos y en la mayoría de los casos se ha adoptado un tratamiento conservador.

Todo ello ha motivado un cambio en la estrategia. Siempre que es posible ante un hematoma grande o activo aconsejamos una TC con contraste para confirmar el diagnóstico. En caso positivo o dudoso, intentamos realizar una arteriografía que muestre el vaso sangrante y, si es posible, efectuar su embolización.

Se debe tener presente el riesgo de descoagulación a la hora de indicarla y conocer la forma de neutralizarla en caso de sangrado.

De todas formas continuamos teniendo deficiencias en la etapa de diagnóstico. De hecho en dos pacientes a quienes se les había realizado una ecografía, el diagnóstico no fue lo suficientemente preciso para evitar una cirugía y sólo confirmó la presencia de un hematoma de pared. La ecografía había etiquetado el cuadro de un plastrón apendicular y de un hematoma de ovario respectivamente.

En pacientes traumáticos, hemos abandonado la paracentesis diagnóstica como primera opción e intentamos la práctica de una ecografía o TC, siempre que es posible, para intentar un tratamiento conservador, tanto en hematomas de pared o retroperitoneales, tal como se hace en las lesiones de vísceras macizas intraabdominales.

Possiblemente el estudio más concreto y precoz de las patologías renales, explica que en este periodo no hayamos tenido ningún síndrome de Wunderlich, que hipotéticamente trataríamos siempre que sea posible de forma conservadora, intentando inicialmente una embolización de la lesión sangrante, para plantear de forma programada un tratamiento definitivo.

Esta estrategia más conservadora comporta una mayor estancia media y posiblemente mayores costos económicos, pero creemos que siempre que sea factible, el manejo propuesto en este segundo periodo permite un tratamiento más conservador y adecuado para la patología que origina el hematoma.

Algunos compañeros, especialmente urólogos de grandes hospitales, pueden discrepar del planteamiento, al considerar que se trata de una entidad diferente a los hematomas espontáneos retroperitoneales de origen traumático y a los de pared anterior. Pesamos que aun siendo de esta forma, el manejo que propugnamos puede ser muy parecido, especialmente desde el punto de vista del cirujano de guardia de un hospital comarcal, que prioriza la resolución del cuadro en ocasiones con imposibilidad de acceder a los medios de diagnóstico de hospitales de III nivel.

Un motivo añadido de este trabajo, es un reconocimiento al trabajo realizado por los cirujanos en años an-

teriores, que en muchas ocasiones debían tomar decisiones difíciles, al no tener a su disposición los medios diagnósticos o la facilidad de traslado a hospitales de referencia.

CONCLUSIONES

En el siglo pasado disponíamos de unos diagnósticos inespecíficos que condujeron hacia una actitud más intervencionista.

En los últimos años ha aumentado la proporción de hematomas en pacientes descoagulados, por lo cual se ha de establecer el diagnóstico precoz del hematoma, con tal de evitar cirugías innecesarias.

Siempre que sea posible, ante la sospecha de un hematoma grande o activo, hay que hacer una TC con contraste para confirmar el diagnóstico y si el sangrado es activo.

En caso que sea positivo o dudoso, es aconsejable realizar una arteriografía que muestre el vaso sangrante e intentar su embolización.

Hay que tener presente el riesgo de descoagulación a la hora de indicarla y conocer la forma de neutralización en caso de sangrado.

REFERENCIAS

1. Rosell PJ, Guerrero FMJA, Vara TR. Hematoma del músculo recto abdominal como falso abdomen agudo (aportación de tres casos). Rev Esp Enf Ap Digest 1998; 74: 385-7.
2. Miralles BC, Rosell GA, Gelonch RJ, Camps AI, Montreal BM, Oller SB. Hematoma de la pared abdominal y Heparina cálcica por vía subcutánea. Rev Clin Esp 1991; 188: 71-2.
3. García BI, Macías RMD, Baldonedo CRF, Álvarez PJA, Barreiro JJ. Hematoma espontáneo de la vaina del recto: un reto diagnóstico. Emergencias 2000; 12: 268-71.
4. Gouin TI, Pautas E, Sigaret V. Safety profile of different low-molecular-weight heparins used at therapeutic dose. Drug Safety 2005; 28: 333-49.
5. McKay GA, Paterson KR. Low molecular weight heparins. A safer option than unfractionated heparin? Adverse Drug React Toxicol Rev 2001; 25: 67-76.
6. Farooq V, Hegarty J, Chandrasekar T, Lamerton EH, Mitra S, Houghton JB, Kalra PA, et al. Serious adverse incidents with the usage molecular weight heparins in patients with chronic kidney disease. Am J Kidney Dis 2004; 43: 531-7.
7. Levine MN, Raskob CG, Beyth RJ, Schulman S. Hemorrhagic complications of anticoagulant treatment. The Seventh ACCP Conference on Antithrombotic and Thrombolytic Therapy. Chest 2004; 126: 287S-310S.
8. Conde MA, Perez CS. Spontaneous retroperitoneal haematomas in elderly patients treated with low-molecular-weight heparins. J Am Geriatr Soc 2005; 53: 548-9.
9. Árbol LF, Sánchez FM, Quintana DM, López OP. Hematoma de los músculos rectos abdominales en relación con heparina de bajo peso molecular. An Med Int 2004; 21: 8-10.
10. Simón AC, Fernández RJ, Molina EB, Alarcón LA, Tortosa SA, Carrera GJ, Murillo PJ y cols. Hematoma de la vaina de los rectos: aportación de cuatro casos nuevos. Cir Esp 2000; 67: 200-3.
11. Wysowsk DK, Tolerico L, Becsenyi J, Bostein P. Spinal and epidural haematoma and low-molecular-weight heparin. N Engl J Med 1998; 338: 1774-5.
12. Dickinson LD, Miller LD, Patel CP, Gupta SK. Enoxaparin increases the incidences of postoperative intracranial haemorrhage when initiated preoperatively for deep venous thrombosis prophylaxis in patients with brain tumors.
13. Suárez AG, Rodríguez MJ, Gómez BMA, Campoy MP, López BF. Hematoma suprarrenal por rotura de miolipoma. Aportación de un caso. Acta Urol Esp 2004; 28 (10): 40-3.

Solicitud de sobretiros:

Dr. JL Alarcón
Servicio de Cirugía
Ronda Sant Camil-08810
Sant Pere de Ribes (El Garraf)
Tel.: 93-896-00-25
Fax: 93-896-12-87