

Hematoma de la vaina de los músculos rectos del abdomen. Informe de un caso

José Francisco Villena-Tovar

Resumen

Introducción: El hematoma de la vaina de los rectos se debe a la rotura de la arteria epigástrica inferior ocasionada por traumatismos, por alteraciones de la coagulación o por la utilización de fármacos anticoagulantes; es una patología poco frecuente y de difícil diagnóstico.

Caso clínico: Mujer de 61 años de edad ingresada a urgencias por dolor abdominal de inicio súbito, desencadenado por accesos de tos, como consecuencia de una infección de vías respiratorias altas, que culminaron en un hematoma espontáneo de la vaina de los músculos rectos.

Conclusiones: El hematoma de la vaina de los músculos rectos se debe tener en cuenta en todo paciente previamente asintomático que cursa con dolor agudo y aumento de volumen en la pared anterior del abdomen a nivel de los músculos rectos.

Palabras clave: Hematoma, vaina del músculo recto, arteria epigástrica.

Abstract

Background: Rectus sheath hematoma in the vast number of cases is due to an inferior epigastric artery tear occasionally due to trauma (not considered serious) or alterations in coagulation or use of anticoagulant therapy. It is an unlikely and difficult to diagnose pathology.

Clinical case: We present the case of a 61-year-old female patient. The patient presented in emergency service with sudden abdominal pain caused by coughing as a result of an upper respiratory tract infection. The culmination was a spontaneous rectus sheath hematoma.

Conclusions: Rectus sheath hematoma is a diagnosis to consider in a previously asymptomatic patient who presents with clinical features of acute pain and appearance of increase of volume in the abdominal wall involving the rectus muscles.

Key words: Hematoma, rectus sheath, epigastric artery.

Introducción

Numerosos hematomas de la vaina de los músculos rectos son atribuibles a la rotura de la arteria epigástrica inferior por traumatismos, incluso no considerablemente graves. También se presentan en pacientes con alteraciones de la coagulación, enfermedades vasculares degenerativas o con uso prolongado de medicamentos anticoagulantes; provocan un cuadro de dolor abdominal agudo.¹ Frecuentemente

en el lado derecho e inferior del abdomen hay aumento de volumen en forma súbita y a la exploración física es posible identificar una tumoración dolorosa e hipersensible que puede ser confundida con afección intraabdominal.² El aumento de volumen es provocado por una colección de sangre en el músculo recto abdominal, o entre éste y su vaina aponeurótica; el paciente cursa con diversos grados de inestabilidad hemodinámica, desde leve descenso del hematocrito hasta choque hipovolémico.^{1,3}

Se describe el caso de una paciente que acudió al Hospital General de Cadereyta de Montes, Querétaro, por súbito dolor abdominal agudo como consecuencia de accesos de tos debidos a infección de vías respiratorias altas.

Caso clínico

Mujer de 61 años de edad con antecedente de hipertensión arterial sistémica de 19 años de diagnóstico, con mal control médico hasta dos años antes; recibía 5 mg/día de amlopiprino y 100 mg/día de ácido acetilsalicílico. En cuanto a otros antecedentes de importancia destacaba cesárea y salpingiectomía 25 años antes, histerectomía total abdominal

Departamento de Cirugía General, Hospital General de Cadereyta de Montes, Servicios de Salud del Estado de Querétaro, Cadereyta de Montes, México.

Correspondencia:

José Francisco Villena-Tovar.
Sauces 63, entre Fracc. Milenio III y Ecocentro,
Col. del Parque Residencial,
76240 El Marqués, Querétaro, México.
Tel: (442) 278 3013.
E-mail: fco_villena@hotmail.com.mx

Recibido para publicación: 26-01-2010

Aceptado para publicación: 25-05-2010

10 años atrás secundaria miomatosis uterina, plastia umbilical en dos ocasiones para cerrar una hernia incisional umbilical, en 1998 y 2004, respectivamente.

Inició su padecimiento actual cinco días antes desencadenado por infección de vías aéreas superiores caracterizada por tos con espuma hialino, hipertermia no cuantificada, mialgias, artralgias y rinitis, que mejoró con tratamiento sintomático, si bien persistieron los accesos de tos a los cuales 24 horas antes del cuadro que aquí se describe se agregó dolor abdominal intenso en flanco derecho y en región anterior del abdomen, a nivel de la cicatriz umbilical, obligándola a permanecer acostada. Se añadió súbito aumento de volumen en la pared anterior derecha del abdomen, localizado y que provocaba dolor, por lo que consultó a un médico quien indicó tratamiento con analgésicos y antiespasmódicos.

Ante la falta de mejoría, persistencia del dolor abdominal a nivel periumbilical, tumoración visible en el lado derecho de dicha región que aumentó de volumen en forma sustancial, dolorosa, con discreto eritema superficial, firme, que impedía la deambulación, la paciente acudió al servicio de urgencias del Hospital General de Cadereyta de Montes, Querétaro.

Al examen físico: paciente en la sexta década de la vida, con posición antiálgica, tensión arterial de 130/90 mm Hg, frecuencia cardiaca de 98 latidos por minuto, frecuencia respiratoria de 22 respiraciones por minuto, temperatura de 36.2 °C, adecuado estado de hidratación, palidez generalizada de piel y tegumentos. A la inspección abdominal llamaba la atención cicatriz quirúrgica antigua en línea media que se extendía desde la región paraumbilical derecha hasta la sínfisis del pubis, defecto incisional en nivel umbilical y tumoración paramedia derecha en relación estrecha con el defecto de la pared, con diámetro aproximado de 15 cm, dolorosa a la palpación; discreto aumento de la temperatura local y eritema.

Los resultados de la biometría hemática indicaron hemoglobina de 14.5 g/dl, hematocrito de 45.3%, cuenta plaquetaria de 283 000, cuenta leucocitaria de 11 700; tiempos de coagulación: tiempo de protrombina de 12.5 segundos, actividad de 97.0%, INR de 1.02, glucosa de 148 mg/dl y creatinina de 0.78 mg/dl.

En el ultrasonido abdominal se observó posible hernia encarcelada. Ante la necesidad de realizar ultrasonido Doppler para confirmar la sospecha diagnóstica —recurso no disponible en el Hospital General de Cadereyta de Montes y que cuando se requiere se traslada a los pacientes a la capital del estado, con costo a cargo de éste— y con base en las características clínicas de la paciente, los antecedentes de múltiples eventos quirúrgicos, la estrecha relación entre la hernia incisional umbilical y la reciente tumoración que surgió posterior a los accesos de tos, se decidió someterla a

tratamiento quirúrgico con diagnóstico de hernia incisional encarcelada posiblemente estrangulada.

Se realizó abordaje quirúrgico sobre la tumoración; en la vaina anterior del recto derecho se identificó hematoma (figura 1), por lo que se incidió el músculo hasta desprotegerlo de la vaina para drenar el hematoma; se identificó como sitio de sangrado activo la arteria epigástrica inferior, la cual fue ligada (figura 2). Se continuó de la siguiente forma: limpieza del área con solución salina, instalación de un sistema de drenaje cerrado, realización de una contraabertura, afrontamiento de la pared abdominal, plastia umbilical con puntos tipo mayo y cierre de la pared abdominal.

La paciente evolucionó en forma satisfactoria; del sistema de drenaje se obtuvieron 50 ml de líquido serohemático a las 24 horas y 5 ml el día siguiente, por lo que fue retirado a las 48 horas. La paciente fue egresada a las 72 horas de la cirugía por mejoría clínica.

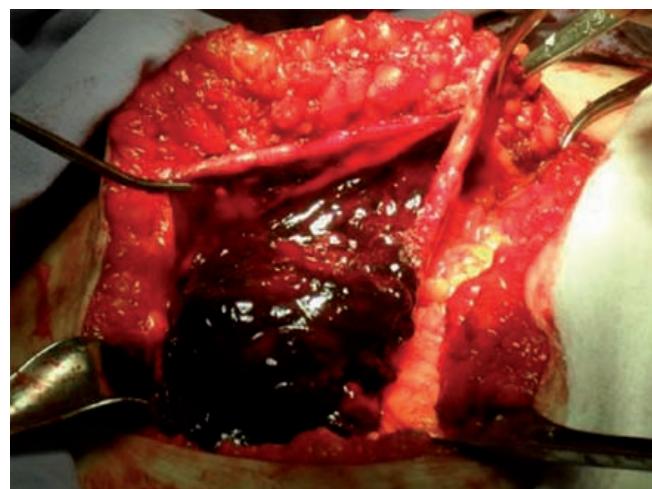


Figura 1. Hematoma de la vaina del recto lado derecho.

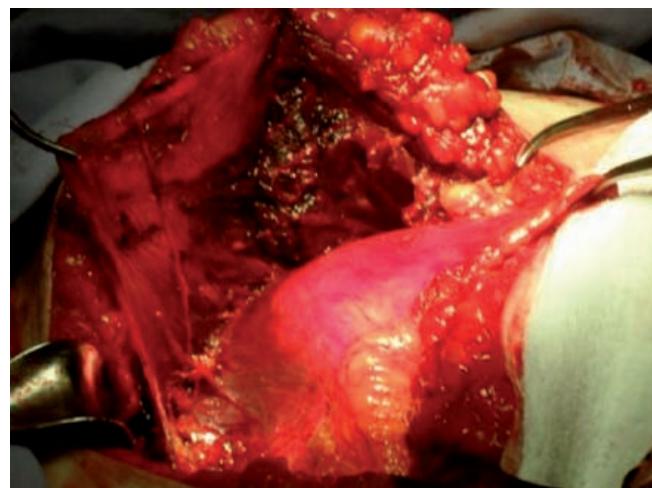


Figura 2. Hematoma drenado y arteria epigástrica ligada.

Discusión

El hematoma espontáneo de la vaina de los músculos rectos de la pared abdominal es una colección de sangre que sucede en forma súbita; una de las causas más frecuentes es la rotura de la arteria epigástrica inferior, condición clínica poco frecuente con una incidencia relativamente baja. En algunos estudios, como el de Cerdán y colaboradores, se refieren dos casos por año, si bien en términos generales está mal definida la incidencia ya que existen, además, los hematomas de origen traumático, los cuales son más comunes.¹

La vaina de los rectos envuelve cada músculo completamente por su cara anterior, mientras que el plano posterior facial termina formando el arco de Douglas, aproximadamente 5 cm por debajo del ombligo.³

El músculo es irrigado por las arterias epigástrica superior, rama de la arteria mamaria interna, y por la epigástrica inferior, rama de la iliaca externa; cada una está acompañada por dos venas y se conectan en la zona medial del músculo en un plexo arteriolar.^{4,5}

La ausencia de vaina posterior desde la arcada de Douglas hasta el pubis deja más desprotegido el músculo y los vasos, lo que explica 70 a 80% de los hematomas infraumbilicales.^{3,6} Frecuentemente el hematoma espontáneo de la vaina de los rectos simula padecimientos determinados como el abdomen agudo. Otra arteria implicada es la arteria circunfleja profunda,^{6,7} cuya rotura forma hematomas espontáneos unilaterales.³

Existe mayor frecuencia en las mujeres, con una razón de tres a uno respecto a los hombres, debido a las lesiones residuales por estiramiento que sufren las arterias epigástricas con el aumento del perímetro abdominal en el curso de los embarazos,^{1-3,4} con menor frecuencia la hemorragia proviene de la lesión de los pequeños vasos de las fibras del músculo recto.^{1,6,8} También se ha encontrado hematomas en pacientes sometidos a tratamiento con cumarínicos y heparinas de bajo peso molecular a dosis altas, e incluso como consecuencia de accesos de tos por procesos respiratorios, como en nuestra paciente.³

El hematoma suele provocar un cuadro clínico de abdomen agudo debido a la irritación peritoneal que provoca el sangrado.^{1,8} Se distinguen tres tipos:

- Tipo I, unilateral o contenido en el músculo.
- Tipo II, bilateral o no contenido en el músculo.
- Tipo III, invade el espacio prevesical o peritoneo.

Los hematomas tipo I se deben tratar con analgésicos y reposo; los tipos II y III pueden tratarse en forma conservadora, si bien la resolución puede tardar meses.⁹

El síntoma de presentación es el dolor abdominal en el cuadrante inferior derecho, que puede ser intenso desde el principio o progresar lentamente; la palpación cuidadosa permite identificar una masa dentro de la pared abdominal. Si el paciente pone en tensión sus músculos rectos abdominales anteriores al elevar la cabeza o cuerpo hará que la masa se vuelva más visible y palpable; en contraste, la tumoración y la hipersensibilidad abdominal desaparecen cuando se contraen dichos músculos (signo de Fothergill).^{1,5-6}

Se ha descrito el signo de Lanffot, que consiste en la aparición de equimosis periumbilical o sobre la masa.^{3,7,10}

El diagnóstico no es fácil, por lo que la sospecha diagnóstica debe apoyarse con ultrasonido y tomografía computarizada.^{3,10,11} siempre que sea posible.

Conclusiones

Si bien el hematoma de la vaina de los rectos del abdomen es una entidad infrecuente, debe tenerse en cuenta en todo paciente previamente asintomático con dolor agudo y una tumoración en la pared anterior del abdomen a nivel de los músculos rectos, considerando, además, los factores predisponentes como el uso de heparinas de bajo peso molecular. El diagnóstico oportuno permite la resolución del cuadro incluso en forma conservadora, por lo que es conveniente utilizar tomografía axial.

Referencias

1. Cerdán P, Paternal S, Guillén M, Catín B, Bernal J, Esarte J. Hematomas espontáneos de la pared abdominal. Rev Chil Cir 2007;59:5-9.
2. Yustin M, Lado F, Pérez M, Rodríguez L, Rodríguez IL. Hematoma de la pared abdominal como complicación del uso de heparina de bajo peso molecular. An Med Int 2003;20:59-60.
3. Vidal A, López M, Medina C, García R, Torres M. Shock hipovolémico intraoperatorio consecuencia de un hematoma de la vaina de los rectos. Rev Esp Anest Rea 2005;52:496-498.
4. Pelayo A, Garcés MC, Casals R, Pérez L. Hematoma espontáneo bilateral de la vaina de los rectos. Cir Esp 2006;67:310-311.
5. Verhagen J, Tolenaar L, Sybrandy R. Haematoma of the rectus abdominis muscle. Eur J Surg 1993;159:335-338.
6. Rosell P, Guerrero F, Vara TR. Hematoma del músculo recto abdominal como falso abdomen agudo. Rev Esp Enf Ap Digest 1988;74:385-387.
7. Cherry WB, Muller SP. Rectus sheath hematoma. Review of 126 cases at a single institution. Medicine 2006;85:105-110.
8. Zainea G, Jordán F. Rectus sheath hematoma: their pathogenesis, diagnosis, and management. Am Surg 1998;54:630-633.
9. Ma WK, Fung TMK, Lam YH, Lau JYW. Rectus sheath haematoma requiring laparotomy. Surg Pract 2006;10:45-46.
10. Addeonighaghe O, Khademi A, Korowe M, Gualtieri N. Spontaneous rectus sheath hematoma and an anterior pelvic hematoma as a complication of coagulation. AJG 2000;95:314-315.
11. Maharaj D, Ramdass M, Teelucksingh S, Perry A, Naraynsingh V. Rectus sheath haematoma: a new set of diagnostic features. Postgrad Med J 2002;78:755-756.