



Nota clínica

Hematoma espontáneo de la vaina del recto: un reto diagnóstico

I. García Bear*, M^a D. Macías Robles**, R.F. Baldonado Cernuda*, J.A. Álvarez Pérez*, J.I. Jorge Barreiro***

*F.E.A. DEL SERVICIO DE CIRUGÍA GENERAL, **F.E.A. DEL SERVICIO DE URGENCIAS, ***JEFE DEL SERVICIO DE CIRUGÍA GENERAL. HOSPITAL SAN AGUSTÍN. AVILÉS. ASTURIAS.

RESUMEN

El hematoma espontáneo de la vaina del músculo recto anterior del abdomen es una patología infrecuente que supone una auténtica urgencia médica e incluso quirúrgica, pudiendo simular cualquier patología abdominal, de ahí que su diagnóstico diferencial sea realmente un reto. Se presenta un caso de hematoma espontáneo del músculo recto anterior del abdomen, así como la actitud diagnóstica y terapéutica ante esta patología.

Palabras Clave: Hematoma espontáneo. Músculo recto.

ABSTRACT

Spontaneous hematoma of the sheath of the rectus abdominis muscle: a challenge for the diagnosis

Hematoma of the sheath of the anterior rectus muscle is an unusual pathology. This entity is a genuine medical emergency even surgery emergency. It may mimic all abdominal diseases, so the differential diagnosis is really a challenge. One case of spontaneous hematoma of the anterior rectus abdominis is reported, as soon diagnosis and therapeutic guidelines above this disease.

Key Words: Spontaneous hematoma. Rectus muscle.

INTRODUCCIÓN

El hematoma de la vaina del músculo recto anterior del abdomen se produce por rotura de la arteria epigástrica superior o inferior y sangrado subsiguiente^{1,3}. Los hematomas del recto anterior postraumáticos se conocen desde la Grecia clásica y son relativamente frecuentes, no así los espontáneos^{2,4}.

Se reconocen como factores predisponentes las alteraciones de la coagulación, el embarazo y la cirugía previa sobre la zona; otros factores coadyuvantes son la edad y la HTA. El factor desencadenante encontrado con mayor frecuencia es la tos^{1,5}.

Presentamos un caso atendido recientemente en nuestro hospital, que inicialmente se diagnosticó de masa abdominal

de probable origen ginecológico y, posteriormente, mediante Tomografía Computarizada (TC) se llegó a un diagnóstico definitivo de hematoma del músculo recto anterior.

CASO CLÍNICO

Mujer de 69 años, sin antecedentes de interés, que acude a urgencias por dolor abdominal localizado en fosa ilíaca derecha, de 7 días de evolución, que la paciente relaciona con el inicio de un proceso gripal. El dolor se intensifica con la tos y con los esfuerzos físicos. En las horas previas al ingreso el dolor ha aumentado siendo intenso, continuo e irradiado a región lumbar derecha, y no cediendo con el reposo. No refiere

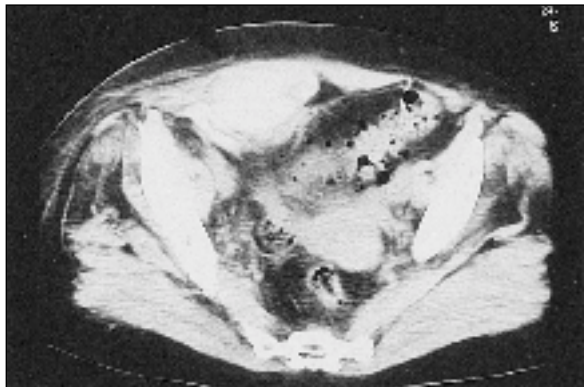


Figura 1.

clínica urinaria ni digestiva. En la exploración física se objetiva: buen estado general, afebril, resto de constantes y auscultación cardiopulmonar normal. A nivel abdominal destaca una masa dolorosa a la palpación que ocupa la fosa ilíaca derecha. El hemograma al ingreso presenta hemoglobina de 12 g/dl, hematocrito de 36%, leucocitos y plaquetas normales. La coagulación es normal. En la ecografía abdominal se observa una gran masa heterogénea en fosa ilíaca derecha, con zonas de necrosis en su interior, de dudosa dependencia anexial. A las 24 horas del ingreso la paciente sigue afectada por el dolor, y un segundo hemograma objetiva un descenso significativo de la serie roja (hemoglobina 8 g/dl y hematocrito de 25%). La TC abdominal demuestra un extenso hematoma en fase aguda a nivel de la pared abdominal anterior (Fig.1), extendiéndose desde cresta ilíaca derecha hasta la rama isquio-pubiana del mismo lado, especialmente prominente a nivel de la pelvis, llegando incluso a improntar la vejiga (Fig.2). Conocido el diagnóstico y ante la estabilidad hemodinámica de la paciente se instaura tratamiento médico con analgesia y reposo, siendo alta a los 6 días. Se realiza un control en consultas externas a las 3 semanas: persiste la masa a la exploración, la paciente se encuentra asintomática y en el hemograma la serie roja está prácticamente normalizada. A los dos meses tanto la exploración física como la ecografía de control son normales.

DISCUSIÓN

El hematoma espontáneo de la vaina del músculo recto anterior del abdomen es una patología infrecuente: 1/10.000 urgencias atendidas^{4,5}. Afecta preferentemente a las mujeres (3/1)^{2,4}.

Cada músculo recto del abdomen está envuelto por una cubierta aponeurótica que es completa en la cara anterior, pero no en la posterior ya que unos centímetros por debajo del ombligo deja de proteger al músculo para formar el arco de Douglas. De ahí que la mayor parte de los hematomas del recto anterior del abdomen asienten a nivel infraumbilical^{1,2,6}. La ausencia de cubierta en la cara posterior del recto anterior del abdomen por debajo del ombligo facilita la rotura de la arteria epigástrica; también permite entender esta disposición anatómica la ausencia de síndrome compartimental. El músculo recto anterior y los vasos epigástricos están apoyados en la fascia transversalis, la cual está en íntimo contacto con el peritoneo, lo que justifica la clínica de irritación peritoneal observada en algunos casos^{2,7}.

El hematoma del recto abdominal puede simular cualquier patología abdominal (colecistitis, apendicitis, diverticulitis, tumores ováricos, torsión de quiste ovárico, perforación de víscera hueca, rotura esplénica cuando el hematoma drena a la cavidad abdominal desarrollando un hemoperitoneo)⁸. De ahí el interés del diagnóstico diferencial, porque un diagnóstico incorrecto puede traer como consecuencia un tratamiento quirúrgico no indicado^{8,9}.

La sintomatología puede ser variada; no es infrecuente que comience como masa abdominal dolorosa, con náuseas, vómitos, febrícula e incluso shock hipovolémico^{2,9}. Puede presentar repercusión en la serie roja como ha ocurrido en nuestra paciente, o incluso alteraciones en la coagulación³. Ante un paciente con masa abdominal dolorosa no pulsátil, deberemos plantearnos como posibilidad diagnóstica un hematoma del músculo recto abdominal, sobre todo si está en tratamiento anticoagulante.

Hay maniobras y hallazgos exploratorios que nos pueden ayudar en el diagnóstico como: 1) el signo de Fothergill (la contractura abdominal, en caso de hematoma, determina una masa más visible y menos móvil), 2) la aparición de equimosis sobre la masa o umbilical, lo que se conoce como el signo de Laffont; 3)



Figura 2.



la elevación de la cabeza o de la pierna, que produce aumento del dolor a nivel del hematoma (signo de Nadeau)¹.

El diagnóstico y la actitud terapéutica han cambiado significativamente en los últimos años. La punción diagnóstica era una técnica habitual, con alto riesgo de infección¹. La ecografía es el método más utilizado en la actualidad para el diagnóstico, y cuando éste no es concluyente se debe realizar la TC, que tiene una sensibilidad próxima al 100%^{3,10}.

El tratamiento es conservador, con hielo, reposo, analgésicos y antiinflamatorios. La masa puede tardar meses en desaparecer, no así la sintomatología que lo hace precozmente^{2,10}, como ocurrió en nuestro caso. La cirugía se reserva para las complicaciones, como el shock hipovolémico o la infección del hematoma⁴. La mortalidad operatoria se estima entre un 4-18%, llegando incluso al 25% en pacientes anticoagulados^{2,3}.

BIBLIOGRAFÍA

- 1- Simón Diego C, Ferri Romero I, Molina Escobar B, Alarcón López A, Carreira 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- Rosell Pradas J, Guerrero Fernández-Marcote JA, Vara Thorbeck R. Hematoma del músculo recto abdominal como falso abdomen agudo (aportación de tres casos). *Rev Esp Enf Ap Digest* 1998;74:385-7.
- 3- Miralles Baseda C, Rosell Gratacos A, Gelonch Romeu J, Camps Ausas I, Monreal Bosch M, Oller Sales B. Hematoma de la pared abdominal y heparina cálcica por vía subcutánea. *Rev Clin Esp* 1991;188:71-2.
- 4- Pedro Conal J, Alises Sanz R, Plaza Llamas R, Medina García M, Martínez Peñalver I, Cuberes Monserrat et al. Hematoma espontáneo del músculo recto anterior del abdomen. A propósito de un caso. *Cir Esp* 1996;59:87-8.
- 5- Martínez Jabaloyas JM, Planeéis Roig MV, García Espinosa R, Pous Serrano S, Moya Fernández A, Rodero Rodero D. Hematoma de la vaina del músculo recto anterior del abdomen. *Rev Esp Enf Digest* 1993;83:213-4.
- 6- Dubinsky IL. Hematoma of the rectus abdominis muscle: case report and review of the literature. *J Emerg Med* 1997;15:165-7.
- 7- Acea Nebril B, Taboada Filgueira L, Sánchez González F, Freire Rodríguez D, Fragueta Mariña J, Aguirreabalaga González J et al. Abdomen agudo en pacientes anticoagulados. Valoración e indicaciones quirúrgicas. *Rev Clin Esp* 1995;195:463-7.
- 8- Arias Pérez J, Lorente Ruigómez L, Tejero Cebrián E, Durán Sacristán H. Hemoperitoneo por ruptura de hematoma de la vaina de los rectos en paciente anticoagulado. *Cir Urgencias* 1990;5:75-8.
- 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- Moreno Gallego A, Aguayo J.L, Flores B, Soria T, Hernández Q, Ortiz S et al. Ultrasonography and computed tomography reduce unnecessary surgery in abdominal rectus sheath haematoma. *Br J Surg* 1997;84:1295-7.