



Cartas al Director

Hematoma de músculos recto y oblicuo del abdomen por anticoagulación con enoxaparina

Sr. Director:

El amplio empleo de las heparinas de bajo peso molecular ha facilitado el uso de la anticoagulación pero ha sido responsable de la aparición de complicaciones derivadas de la forma de administración, especialmente hematomas locales, que comienzan con clínica larvada y que pueden llegar a producir problemas críticos.

Describimos el siguiente caso: mujer de 74 años anticoagulada con enoxaparina subcutánea (1 mg/Kg cada doce horas) por sospecha de tromboembolismo pulmonar. Cuatro días después presentó dolor abdominal brusco y shock. Los datos más destacables de la analítica obtenida en aquel momento fueron: hemoglobina 7 g/dl (previa 13,7 g/dl), INR 1,5, tiempo de cefalina 51 segundos y fibrinógeno 93 mg/dl. Presentaba una masa palpable en fosa ilíaca derecha. La tomografía computadorizada (TAC) abdominal mostró un hematoma en músculos recto y oblicuo derechos que desplazaba asas intestinales,



Figura 1. La flecha muestra la localización de hematomas en los músculos rectos del abdomen y oblicuo anterior derecho, en distintos momentos de evolución.

extendiéndose a retroperitoneo derecho y pélvico, encontrándose en varias fases de evolución, lo que indicaba sangrado en varios tiempos (Fig. 1, flecha). La paciente desarrolló coagulopatía de consumo, daño pulmonar agudo y hemorragia digestiva por úlcera rectal. La evolución en UCI fue satisfactoria tras la administración de cristaloides, concentrados de hemáties y plasma, siendo alta a los tres días de su ingreso.

La aparición de hematomas en el lugar de punción de la enoxaparina ha sido publicada sólo recientemente^{1,2}. También se han publicado algunos hematomas espontáneos en lugares a distancia del sitio de administración tales como hematomas retroperitoneales³⁻⁵ y subdurales⁶. La dificultad para control rutinario del nivel de anticoagulación con heparinas de bajo peso molecular mediante pruebas de laboratorio obliga a vigilar la correcta técnica de administración de la enoxaparina y al ajuste estricto de las dosis conforme al peso para prevenir complicaciones hemorrágicas. Si es posible, debe determinarse actividad de factor X_a en caso de insuficiencia renal.

1- Holmes SJ, Yale SH, Mazza JJ. Rectus sheath hematoma as a cause of acute abdominal pain. *Am Fam Physician* 2001;64:1681-2.

2- Antonelli D, Fares L 2nd, Anene C. Enoxaparin associated with high abdominal wall hematomas: a report of two cases. *Am Surg* 2000;66:797-800.

3- Dabney A, Bastani B. Enoxaparin-associated severe retroperitoneal bleeding and abdominal compartment syndrome: a report of two cases. *Intensive Care Med* 2001;27:1954-7.

4- Montoya JP, Pokala N. Retroperitoneal hematoma and enoxaparin. *Ann Intern Med* 1999;131:797-8.

5- Mrug M, Mishra PV, Lusane HC, Cunningham JM, Alpert MA. Hemothorax and retroperitoneal hematoma after anticoagulation with enoxaparin. *South Med J* 2002;95:936-8.

6- Olson S, Rossato R, Guazzo E. Acute subdural hematomas and enoxaparin. *J Clin Neurosci* 2002;9:256-9.

**R. Blancas Gómez-Casero, E. Yáñez Parareda,
B. López Matamala, J. Serrano Castañeda**
*Unidad de Cuidados Intensivos. Hospital General
La Mancha-Centro. Alcázar de San Juan. Ciudad Real.*

Perforación esofágica y mediastinitis aguda secundarias a espina de pescado

Sr. Director:

La perforación esofágica por ingestión de cuerpo extraño es una entidad infrecuente. La mayoría de las complicaciones asociadas, como absceso retroesofágico, mediastinitis, pericarditis, neumotórax y neumomediastino, son generalmente conocidas. La mediastinitis aguda requiere un diagnóstico rápido y tratamiento agresivo. La antibioterapia empírica debe ser efectiva frente a bacterias grampositivas, gramnegativas, aerobios y anaerobios, debido a una alta mortalidad por sepsis polimicrobiana. La cirugía precoz y agresiva es esencial.

Presentamos el caso de un paciente con perforación esofágica debida a ingesta de espina de pescado, desarrollando posteriormente un cuadro de mediastinitis aguda debido a la demora en el diagnóstico. Finalmente requirió ingreso en UCI con resultado fatal.

Paciente de 58 años, hipertenso, obeso, fumador de 60 cigarrillos/día. Acude al servicio de urgencias en dos ocasiones por dolor torácico agudo, con radiografía de tórax normal y leucocitosis en la analítica. Se trata como dolor de características osteomusculares. Dos días después reingresa y en la historia detallada refiere dolor de inicio brusco en la espalda con irradiación a epigastrio y disnea de corta duración y lo atribuye a atragantamiento tras haber ingerido pescado. En la exploración está consciente y orientado, taquipneico, con tiraje, no tolera el decúbito. T.A 140/90, temperatura de 37°C. ACR: taquiarritmia, disminución del murmullo vesicular en base derecha. No se aprecia enfisema subcutáneo. Fóvea ++ en extremidades inferiores. En las pruebas complementarias destaca: leucocitosis de 25.500/mm³ con desviación izquierda, urea 166 mg/dL, creatinina 4,5 mg/dL. Gasometría arterial: pO₂ 46, pCO₂ 42, pH 7.33, SO₂ 78%, HCO₃ 22. ECG: fibrilación auricular a 156 lpm. Rx tórax: condensación en LID con derrame pleural.

Tomografía computarizada (TAC) torácica: colección en LID, derrame pleural derecho con adherencias y niveles hidroaéreos; pequeña colección en LII. Neumotórax apical derecho (Figura 1). Tránsito esofágico con contraste hidrosoluble: líquido y gas en la cavidad pleural derecha y mediastino posterior.

Con el diagnóstico de mediastinitis aguda y empiema pleural ingresa en UCI donde se coloca drenaje pleural derecho evacuando 800 mL de líquido purulento, y antibioterapia iv de amplio espectro. Se realiza esofagogastroscoopia, apreciándose úlcera lineal fibrinada (a 35 cm arcada dentaria) con orificio puntiforme en borde inferior, sugerente de perforación

por objeto punzante. Ecocardiografía: derrame pericárdico de 9 mm. Hemocultivos seriados negativos. Cultivo de líquido pleural: *Staphylococcus intermedius* y *Streptococcus mitis*. Se realiza cirugía de urgencia en dos ocasiones, pese a lo cual el paciente fallece por shock séptico refractario, insuficiencia renal aguda no oligúrica y síndrome de distrés respiratorio agudo.

La perforación esofágica es la causa de más del 90% de casos de mediastinitis aguda no relacionadas con la cirugía¹. En la mayoría de casos, la perforación es secundaria a instrumentación del esófago. Sin embargo, puede resultar también por la ingestión e impactación de cuerpos extraños, sobre todo si hay retraso en el diagnóstico². La perforación esofágica justifica menos del 5% de los casos de impactación de cuerpos extraños^{3,4}, y aunque el tipo más frecuente está relacionado con la comida, la espina de pescado es una causa considerablemente infrecuente⁵.

Los síntomas por ingestión de cuerpos extraños ocurren principalmente en el momento de la ingestión, aunque pueden ser muy sutiles en estos casos. Dada la alta morbimortalidad de la perforación esofágica es necesario un alto grado de sospecha para su diagnóstico precoz², siendo esenciales una detallada historia clínica y exploración⁵. La endoscopia gastrointestinal superior es la técnica diagnóstica más importante en esos pacientes y es el método preferido de eliminación de cuerpos extraños esofágicos⁴. El tratamiento de los pacientes con perforación esofágica está determinado por el estado clínico y los hallazgos radiológicos y sigue siendo quirúrgico, si bien difiere según la rapidez del diagnóstico⁴.

Por otra parte, la mediastinitis aguda es una enfermedad grave que, si progresa, desarrolla rápidamente bacteriemia y shock séptico. En el diagnóstico de mediastinitis, si la radiografía de tórax no es concluyente, un esofagograma con contraste puede ayudar a detectar la perforación. La TAC puede evaluar la extensión de la enfermedad y monitorizar el progreso del paciente durante el tratamiento y es útil para determinar la necesidad y el momento de la cirugía. En casos de mediastinitis después de perforación esofágica, se encontró diferencia en la mortalidad entre el tratamiento conservador y la cirugía (25% vs 18%, respectivamente)⁴. Por tanto, el tratamiento conservador debería limitarse sólo a casos muy seleccionados, siendo la cirugía precoz primordial para mejorar la supervivencia de los pacientes con mediastinitis aguda grave debido a perforación esofágica⁵.

1- Meysman M, Noppen M, Delvaux G, Peters O, Vincken W. Broncho-mediastinal fistula following perforation of the oesophagus. *Respirology* 1996;3:217-9.

2- Kerschner JE, Beste DJ, Conley SF, Kenna MA, Lee D. Mediastinitis associated with foreign body erosion of the esophagus in children. *Int J Pediatr Otorhinolaryngol* 2001;59:89-97.

3- Burnett CM, Rosemurgy AS, Pfeiffer EA. Life-threatening acute posterior mediastinitis due to esophageal perforation. *Ann Thorac Surg* 1990;49:979-83.

4- Panduranga Kamath M, Shanmugam VU, Shetty AB, Prasad KC. A rare complication of an impacted foreign body in the cricopharynx. *Am J Otolaryngol* 1998;19:61-5.

5- Salo JA, Isolauri JO, Heikkilä LJ, Markkula HT, Heikkinen LO, Kivilakso EO, et al. Management of delayed esophageal perforation with mediastinal sepsis. *J Thorac Cardiovasc Surg* 1993;106:1088-91.

J.E. Castro Durán*, **F. Sabio Reyes***,
F. Santamarina Carvajal*, **J.A. Nieves García****

**Servicio de Urgencias. ** Servicio de Radiodiagnóstico.
Hospital Clínico San Cecilio. Granada.*