



P-602 - HEMATOMA INTESTINAL INTRAMURAL ESPONTÁNEO EN TRATAMIENTO CRÓNICO CON DICUMARÍNICOS

A. Melero Abellán, G. Martín Martín, A. García Vilanova Comas, S. Jareño Martínez, R. Sánchez Campos y C. Zaragoza Fernández

Consortio Hospital General Universitario de Valencia, Valencia.

Resumen

Objetivos: El hematoma intestinal espontáneo es una complicación rara de la terapia anticoagulante (1 de 2.500 pacientes). Se trata de una situación excepcional pese a la amplia utilización actual de estos fármacos en la profilaxis y tratamiento de distintas patologías. Es importante realizar un correcto diagnóstico ya que este puede evitar una intervención quirúrgica innecesaria en algunos casos.

Caso clínico: Mujer de 88 años, con antecedentes personales de alergia a pirazonas, hipertensa, diabética y tomadora de acenocumarol por fibrilación auricular, que acude a Urgencias por dolor abdominal difuso que empeora con ingesta desde hace un mes y que en las últimas 48 horas presenta una reagudización de su estreñimiento habitual, con ausencia de deposiciones, así como disminución de la expulsión de aires y náuseas sin vómitos. A la exploración física presenta buen estado general, afebril, estable hemodinámicamente, con abdomen distendido globuloso, doloroso espontáneamente de manera generalizada y con signos de peritonismo. En analítica PCR de 10 y tiempos de coagulación indetectables. En ecografía y TAC abdomino-pélvico se visualiza asa de íleon aperistáltica engrosada de forma concéntrica y rodeada de líquido libre sugiriendo posible perforación de la misma junto a aire ectópico en pared intestinal con colección líquida alrededor e importante trabeculación del mesenterio circundante, así como líquido libre en fondo de saco de Douglas. Se informa de hallazgos sugestivos de proceso inflamatorio con perforación y abscesificación de intestino delgado (íleon) secundaria y un absceso presacro. Con el diagnóstico de abdomen agudo con sospecha de perforación intestinal por posible hematoma intramural, isquemia o perforación por cuerpo extraño, se decide laparotomía exploradora precisando la administración previa de vitamina K y 4 concentrados de plasma fresco. En la intervención, hemoperitoneo de 300 cc junto con segmento de 40 cm yeyuno con signos de isquemia hemorrágica y deserosamiento. Se procede a la resección segmentaria del asa afecta con anastomosis termino-terminal manual y lavados de cavidad. El estudio anatomopatológico es de necrosis mucosa con infarto hemorrágico transmural de probable origen isquémico que condiciona una pequeña microperforación a ese nivel. La paciente tiene buena recuperación postoperatoria recibiendo el alta hospitalaria a los 4 días de la intervención.

Discusión: En el diagnóstico es fundamental la sospecha clínica en pacientes con factores de riesgo, y se debe realizar el diagnóstico diferencial con la isquemia intestinal. En nuestro caso la

descripción de aire ectópico en pared intestinal orientó el diagnóstico a posible perforación intestinal. El hemoperitoneo y hematoma intestinal intramural espontáneos se diagnostican habitualmente mediante alto grado de sospecha clínica, alteración de la coagulación y pruebas de imagen, pero en algunos casos puede ser necesario realizar diagnóstico diferencial con otras causas de abdomen agudo, requiriendo incluso laparotomía exploradora.