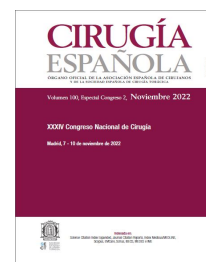




Cirugía Española

www.elsevier.es/cirugia



P-517 - HEMATOMA DE PARED ABDOMINAL: ¿ES NECESARIO OPERAR?

Casaval Cornejo, Luis; Domínguez Arroyo, Idoia; León Miranda, Raquel; González Prado, Cristina; Muñoz Plaza, Nerea; Otero Rondón, Michelle Carolina; Polanco Pérez, Lucia; Álvarez Rico, Miguel Ángel

Hospital Universitario de Burgos, Burgos.

Resumen

Introducción: El hematoma de los rectos abdominales es una entidad infrecuente, asociada a unas causas, con signos y síntomas concretos, que pueden mejorar su manejo. Por esto, una adecuada sospecha para un apropiado manejo resulta fundamental. Objetivo: conocimiento de entidad infrecuente pero ampliamente exitosa con tratamiento conservador.

Caso clínico: Varón de 88 años que acude al SUH tras una infección respiratoria con varios días de tos desarrolla abombamiento en hipocondrio izquierdo, doloroso a la palpación. En sus antecedentes, es tomador de Acenocumarol por episodio de TEP. Refiere llevar 7 días con cuadro de tos y desde hace 24 h aumento progresivo de tamaño en hipocondrio izquierdo. Se realizan inicialmente, analítica con Hb 14,3 g/dL, sin leucocitosis, ni alteración de la coagulación y ECO abdomen donde se observa lesión fusiforme sugestiva de hematoma en pared abdominal. En la exploración física, marcado abombamiento de la pared abdominal, doloroso al tacto, sin otras alteraciones. Debido a la sospecha diagnóstica de hematoma con sagrado activo, se solicita la realización de TAC abdominal donde vemos un hematoma del recto anterior izquierdo con foco de sangrado activo. Con todo esto, se decide ingreso en Cirugía General con tratamiento conservador, control clínico-analítico y vendaje compresivo de la zona.

Discusión: El hematoma de recto abdominal corresponde con el 1-2% de casos de dolor abdominal agudo y es más prevalente en mujeres respecto a hombres. La edad media es entre los 65 y 70 años, con una mortalidad global inferior al 2%. El origen del hematoma es la arteria epigástrica de cada lado correspondiente, ya sea inferior o superior, y de las ramas perforantes de los propios músculos. Las causas que lo originan son: traumatismo abdominal, contracciones repetidas (tos) o violentas de la musculatura de la pared abdominal, exceso de medicación anticoagulante. Los síntomas y signos principales son: dolor abdominal y masa en la zona de los rectos abdominales; otros menos frecuentes: equimosis de la zona, taquicardia e hipotensión. Respecto a los parámetros analíticos habría que monitorizar la hemoglobina y la coagulación (INR y actividad de protrombina). Las pruebas de imagen utilizadas son la ecografía por sensibilidad y el TAC con contraste por especificidad. Respecto al tratamiento, el manejo conservador y la vigilancia activa son el pilar fundamental. La mayoría no requieren un tratamiento quirúrgico y en el caso de pacientes con coagulopatía, revertirlo, mejora notablemente la situación. En caso de requerir un manejo más intervencionista, la embolización sería el paso apropiado previo a la cirugía. La acertada sospecha clínica para un diagnóstico precoz es fundamental en esta entidad. El manejo conservador apropiado

evita la realización de tratamiento quirúrgico en pacientes, en su mayoría con muchas comorbilidades asociadas.