



P-712 - REVISIÓN SISTEMÁTICA DE LA LITERATURA SOBRE HEMATOMAS RETROPERITONEALES ESPONTÁNEOS EN PACIENTES CON NEUMONÍA GRAVE POR SARS-COV-2

Villota Tamayo, Beatriz; Pascual Vicente, Teresa; Villalabeitia Ateca, Ibabe; Tellaeche de La Iglesia, Miriam; Aranda Escaño, Elena María; de La Quintana Basarrate, Aitor; Sarriugarte Lasarte, Aingeru; Perfecto Valero, Arkaitz

Hospital de Cruces, Barakaldo.

Resumen

Objetivos: Se han publicado varios casos de hematomas retroperitoneales espontáneos (HRE) en pacientes con infección grave por SARS-CoV-2. El objetivo del estudio fue profundizar en la etiopatogenia de esta infrecuente asociación.

Métodos: Revisión sistemática de la literatura sobre publicaciones que comunicasen la presencia de HRE en pacientes con neumonía severa por SARS-CoV-2. Las fuentes documentales fueron: Ovid, MEDLINE, PubMed, Cochrane Library y ScienceDirect. Como descriptores de búsqueda se emplearon los términos: “retroperitoneal hemorrhage”, “retroperitoneal hematoma”, “SARS-CoV-2”, y “COVID”. Se incluyeron artículos publicados hasta diciembre de 2021. El proceso de revisión se desarrolló acorde con las recomendaciones de la Declaración PRISMA.

Resultados: Se identificaron 32 casos de HRE, 9 (28,1%) con enfermedad por SARS-CoV-2 grave-crítica y necesidad de ingreso en UCI. En relación con la anticoagulación, 22 (68,7%) casos recibieron heparina de bajo peso molecular, mientras que 5 (15,6%) recibieron heparina no fraccionada. La mediana de días hasta el diagnóstico fue de 10,5 (0-38). El síntoma más frecuente fue el dolor y/o masa abdominal (37,5%). En 12 casos (37,5%) se objetivó un descenso en los niveles de hemoglobina y 6 (18,7%) presentaron inestabilidad hemodinámica y/o *shock* hipovolémico. El diagnóstico de confirmación se estableció mediante TC en 24 (75%) y ecografía en 1 (3,1%). Respecto a las características del HRE, se describen 14 hematomas en el propio espacio retroperitoneal (43,75%) y 18 del músculo iliopsoas (56,25%). En 10 casos (31,2%) se realizó manejo conservador, 10 (31,2%) requirieron angioembolización y únicamente 4 (12,5%) cirugía. Se comunican 14 (43,7%) altas hospitalarias y 10 *exitus* (31,2%), 6 relacionados con el HRE. Se han descrito dos mecanismos que explicarían la coagulopatía asociada a la infección severa por SARS-CoV-2: la unión al receptor ACE2 y la acción directa del virus sobre el endotelio vascular. Ambos, junto con la disfunción plaquetaria, la trombocitopenia inmune y la respuesta al SIRS, pueden resultar en fenómenos trombóticos, síndrome coronario agudo, accidente cerebrovascular, coagulopatía inducida por sepsis o coagulación intravascular diseminada (CID). La CID, así mismo, puede cursar de manera simultánea con trombosis microvasculares generalizadas y hemorragias secundarias al consumo de factores de coagulación. Por otra parte, la alteración endotelial en los

vasos retroperitoneales y los microtraumas secundarios al esfuerzo tusígeno, la ventilación mecánica invasiva y/o los cambios posturales, sugieren un origen multicausal de los HRE. Una vez establecida la sospecha clínica, el diagnóstico debe confirmarse de manera urgente mediante TC. En pacientes con *shock* hipovolémico refractario a la resucitación, HRE expansivo o signos de sangrado activo, el tratamiento de primera línea es la angioembolización. Ante fracaso del mismo, patología quirúrgica concomitante o síndrome compartimental abdominal que requiera cirugía estaría indicado el tratamiento quirúrgico.

Conclusiones: El acontecimiento de un HRE puede comportar un exceso de morbimortalidad en los pacientes con infección grave por SARS-CoV-2. La sospecha clínica y el diagnóstico precoz son esenciales para establecer una adecuada resucitación inicial e identificar a los pacientes subsidiarios de angioembolización. La literatura referente a esta asociación es escasa, por lo que es necesario profundizar en su investigación.