



Cirugía Española

www.elsevier.es/cirugia



P-705 - HEMATOMA CRÓNICO EXPANSIVO RETROPERITONEAL

Cambeiro, Lorena; Ballester Vázquez, Eulàlia; Solans Solerdelcoll, Mireia; González López, Jose Antonio; Clos Enríquez, Montserrat; Pérez García, Jose Ignacio

Hospital de la Santa Creu i Sant Pau, Barcelona.

Resumen

Introducción: Es un hematoma que crece progresivamente tiempo después del traumatismo originario sin que se conozca hasta la actualidad la causa.

Caso clínico: Mujer de 90 años, con antecedentes de hipertensión arterial, que a raíz de una caída casual en el 2018 es diagnosticada de un hematoma a nivel de psoas derecho de $8,6 \times 7,6 \times 12$ cm que se trató de forma conservadora. Dos años después, la paciente presenta dolor abdominal a nivel de flanco derecho por lo que se solicita nuevo TAC observándose lesión quística retroperitoneal derecha de $15 \times 19 \times 19,5$ cm que ocupa el vientre del músculo psoas derecho, con efecto masa que desplaza pero no infiltra estructuras (lateralmente a la vena cava inferior, el colon y el riñón derecho cranealmente), que ha aumentado de tamaño con respecto al estudio previo. La lesión presenta múltiples septos y calcificaciones de pared, con áreas de mayor densidad en región declive y plantea varias opciones: pseudomixoma retroperitoneal, linfangioma quístico, cistoadenoma mucinoso, hematoma crónico expansivo retroperitoneal, entre otros. En la biopsia guiada por TAC de la lesión se observó proliferación hipocelular sin atipia con abundante estroma hialino, con áreas de necrosis isquémica y ocasional microcalcificación sin observar tejido lipomatoso ni criterios francos de malignidad. Finalmente se decidió un manejo conservador dada la edad avanzada de la paciente.

Discusión: Puede aparecer en distintas localizaciones (a menudo simulando neoplasias) como en la cabeza, tórax, abdomen, escroto y extremidades. Los casos que aparecen en cavidad retroperitoneal son raros, y hasta el momento actual, solo se han reportado 7 pacientes. Se considera hematoma crónico en expansión al que aumenta de tamaño gradualmente durante más de un mes, y fue definido por primera vez por Reid et al. en 1980. El mecanismo de aparición no está claro, pero la evidencia experimental favorece a una causa inflamatoria lo que produce un aumento de la presión osmótica de la pared vascular y sangrado de los capilares por lo que el hematoma aumenta gradualmente. Para el diagnóstico, la resonancia magnética es más útil que la tomografía computarizada. En fase T2 este tipo de lesiones presentan un signo característico llamado "signo del mosaico" que consiste en una mezcla de señales hiper e hipointensas, asociado a una menor captación periférica que se cree que es debido a una pseudocápsula fibrosa y al depósito de hierro. En la tomografía computarizada se puede observar hipercaptación periférica (por presencia de capilares a nivel de los márgenes del hematoma). Sin embargo, es difícil diferenciarlo de otros tumores de tejidos blandos, sarcomas, actinomicosis o pseudotumores inflamatorios, por la captación desigual que presentan a nivel central. En el análisis histopatológico de la lesión se suele

observar una cápsula de tejido fibroso denso que contiene numerosos coágulos antiguos sin encontrar claras atipias o signos de que sugieran malignidad. El tratamiento de elección es la resección completa de la lesión incluyendo la cápsula, ya que tratamientos incompletos (como el drenaje o el legrado del contenido del hematoma) pueden provocar recurrencia y sangrado de la cápsula que es rica en vasos sanguíneos.