



Medicina de Familia. SEMERGEN



<https://www.elsevier.es/semergen>

199/149 - MASA ABDOMINAL SUPERFICIAL

H. Lugo Ramos^a y J. Fernández González^b

^aCS La Granja Dr. Manuel Blanco. Jerez. Cádiz. ^bMédico Residente. Medicina Familiar y Comunitaria. CS La Granja Dr. Manuel Blanco. Jerez. Cádiz.

Resumen

Descripción del caso: Antecedentes: fibrilación auricular permanente, DM Insulinodependiente, ACV previo. ICC. Tratamiento: anticoagulación con Sintrom, Lantus SC. Metformina, furosemida. EA: paciente mujer de 76 años quien consulta de urgencias en el Centro de Salud por cuadro de 3 días con masa-bultoma en hipogastrio que se extiende hacia fosa iliaca izquierda, levemente dolorosa y de crecimiento progresivo. Asocia tras haberse puncionado dosis de insulina.

Exploración y pruebas complementarias: Senil, algida, constantes normales. Abdomen: Blando, depresible, doloroso a la palpación superficial de FID e hipogastrio donde se palpa gran masa, indurada, no móvil y adherida a planos superficiales. No hay signos de irritación peritoneal. Resto examen físico normal. Se decide hacer uso del ecógrafo disponible en el C. de Salud, para realizar ecografía abdominal, donde se visualiza a nivel de la región periumbilical y suprapúbica, imagen hipoecogénica compatible Hematoma de 60,5 × 70 × 30 mm de de la pared abdominal que no compromete planos profundos y con áreas hiperecogénicas en su interior (signos de fibrosis-calcificación). El resto de la exploración y órganos de ecoestructura conservada y sin evidencia de líquido libre en cavidad. Evolución: se decide alta con observación domiciliar y evaluación posterior en nuestra consulta.

Juicio clínico: Hematoma pared abdominal secundario a probable traumatismo vascular superficial por punción.

Diagnóstico diferencial: Perforación víscera hueca, hematoma peritoneal, absceso intraabdominal.

Comentario final: El rápido y accesible uso de la ecografía como herramienta diagnóstica en la consulta de Atención Primaria, ha permitido descartar otro tipo de proceso abdominal agudo, siendo posible el alta de la paciente y pudiendo ser valorada posteriormente para un control ecográfico de la lesión, sin necesidad de derivar a otro nivel asistencial. Debemos mantener informados a los pacientes con medicación subcutánea acerca de los posibles riesgos y/o complicaciones de cada punción. Sobre todo en este caso donde la paciente además se encontraba anticoagulada.

BIBLIOGRAFÍA

1. Zainea GG, Jordan F. Rectus sheath hematoma: their pathogenesis, diagnosis, and management. Am Surg. 1998;54:630-3.

2. Gocke JE, MacCarty RL, Foulk WT. Rectus sheath hematoma: diagnosis by computed tomography scanning. *Mayo Clin Proc.* 1981;56:757-61.
3. Berná JD, Garcia-Medina V, Guirao J, Garcia-Medina J. Rectus sheath hematoma: diagnostic classification by CT. *Abdom Imaging.* 1996;21:62-4.
4. Barry TL, Butt J, Awad ZT. Spontaneous rectus sheath hematoma and an anterior pelvic hematoma as a complication of anticoagulation. *Am J Gastroenterol.* 2000;95:3327-8.
5. Rosell Pradas J, Guerrero Fernández-Marcote JA, Vara Thorbeck R. Hematoma del músculo recto abdominal como falso abdomen agudo (aportación de tres casos). *Rev Esp Enf Ap Digest* .1988;74:385-7.
6. Simón Adiego C, Ferri Romero J, Molina Escobar B, Alarcón López A, Tortosa Sánchez A, Carrera Gutiérrez J, et al. Hematoma de la vaina de los rectos: aportación de cuatro nuevos casos. *Cir Esp.* 2000;67:200-3.
7. Titone C, Lipsius M, Krakauer JS. Spontaneous hematoma of the rectus abdominis muscle: critical review of 50 cases with emphasis on early diagnosis and treatment. *Surgery.* 1972;72:568-72.
8. Verhagen HJM, Tolenaar PL, Sybrandy R. Haematoma of the rectus abdominis muscle. *Eur J Surg.* 1993;159:335-8.