



# Medicina de Familia. SEMERGEN



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

## 212/3240 - LA TOS NO SÓLO PRODUCE AGUJETAS

R. Cenjor Martín<sup>a</sup>, E.M. Prieto Piquero<sup>b</sup>, M.I. Perea Casado<sup>c</sup>, M. Cordero Cervantes<sup>d</sup>, E.M. Cano Cabo<sup>e</sup>, C. Marinero Noval<sup>d</sup> e I. Lobo Cortizo<sup>f</sup>

<sup>a</sup>Médico de Familia; <sup>b</sup>Médico Residente de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Teatinos. Oviedo. <sup>c</sup>Médico Residente de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud General Fanjul. Madrid. <sup>d</sup>Médico Residente de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Ventanielles. Oviedo. <sup>e</sup>Médico Residente de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Siero-Sariego. Oviedo. <sup>f</sup>Médico Residente de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Valdesoto. Pola de Siero.

### Resumen

**Descripción del caso:** Mujer, 47 años, sin alergias. Síndrome antifosfolípido anticoagulado con acenocumarol 4 mg. Acude al Centro de Salud por molestias abdominales suprapúbicas en el contexto de un cuadro catarral con tos irritativa los días previos. Exploración física y tira de orina normales. INR 4,5. Se pauta analgesia y se suspende una dosis de acenocumarol. Dos días después, vuelve a consulta por dolor más intenso y aparición de pequeño hematoma infraumbilical sin antecedente traumático asociado.

**Exploración y pruebas complementarias:** TA 105/65, FC 88 lpm, T<sup>a</sup> 36,2 °C. Orofaringe hiperémica. Auscultación cardiopulmonar normal. Abdomen con hematoma infraumbilical reciente asociado a masa no pulsátil, muy dolorosa a la palpación, con signos de irritación peritoneal. Se remite a Urgencias donde la analítica muestra anemia (hemoglobina 8,6 mg/dl; previa 13,1 mg/dl). INR en rango y resto de parámetros sin alteraciones. Se solicita angioTC urgente abdominal con colección hemática en pelvis menor (85 × 60 × 74 mm) dependiente de músculo recto anterior izquierdo, que presenta gran hematoma, sin signos de sangrado activo. Es ingresada en Cirugía General para vigilancia hemodinámica, se pauta hierro intravenoso y se revierte la anticoagulación sustituyéndola por heparinas. La evolución posterior es buena sin complicaciones.

**Juicio clínico:** Hematoma de la vaina del recto y hematoma en pelvis menor.

**Diagnóstico diferencial:** Aneurisma abdominal, apendicitis, tumores de pared abdominal, hernias, perforación de víscera hueca, patología ginecológica (tumores, torsión de quiste ovárico...).

**Comentario final:** El hematoma de la vaina del recto es una patología muy infrecuente (1,5-2% de los dolores abdominales inespecíficos). Los factores de riesgo para esta patología son traumatismos o ejercicio intenso, enfermedades pulmonares, anticoagulación, sexo femenino, edad > 60-70 años y otras menos frecuentes (alteraciones hematológicas, hipertensión arterial, cirrosis, enfermedad renal). La clínica es dolor abdominal con/sin masa palpable, anemia y prueba de imagen compatible (Gold estándar: TC abdominal). Son característicos los signos de Carnett y Fothergill. El tratamiento consiste en la estabilización hemodinámica con embolización arterial o evacuación

quirúrgica, reversión de la anticoagulación, reposo y analgesia. Su diagnóstico precoz es fundamental para evitar la mortalidad asociada, que alcanza el 25% de los pacientes anticoagulados.

### **Bibliografía**

1. Rosen M, Haskins IN. Rectus sheath hematoma. UpToDate, 2014.

**Palabras clave:** *Hematoma. Tos. Dolor abdominal.*