



Medicina de Familia. SEMERGEN



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

212/3640 - ¡NO SE ME QUITA EL DOLOR, DOCTOR!

J.I. Baquerizo Gallardo^a, R. Curado Castaño^b, A. Martínez Cano^c y S. García Moreno^d

^aMédico de Familia. UGC Lora del Río. Sevilla. ^bMédico de Familia. Servicio de Urgencias. Clínica La Salud. Cádiz. ^cMédico de Familia. UCCU Centro Salud Zafra. Badajoz. ^dMédico de Familia. Epes 061. Sevilla.

Resumen

Descripción del caso: Paciente de 68 años, con antecedentes personales de hipertensión arterial, fibrilación auricular permanente y dislipemia que, en 48 horas, acude en dos ocasiones a urgencias de atención primaria por dolor abdominal. Tratamiento habitual: acenocumarol, amiodarona, diurético asa, antagonista receptores angiotensina II, estatina.

Exploración y pruebas complementarias: En la primera asistencia presentaba buen estado general y la exploración solo puso de manifiesto un abdomen doloroso a palpación profunda en flanco-fosa iliaca derecha, siendo dado de alta por dolor abdominal inespecífico. A las 48 horas acudió de nuevo por aumento del dolor y aparición de bultoma en flanco abdominal derecho tras esfuerzo al levantar peso, palpándose una masa en fosa iliaca derecha. Remitido al servicio de urgencias de su hospital de referencia se practicó tac abdominal que mostró un hematoma de recto anterior derecho. Dada la estabilidad hemodinámica y la ausencia de peritonismo, se decidió actitud conservadora, permaneciendo en observación 24 horas, siendo dado de alta.

Juicio clínico: Dolor abdominal agudo por hematoma de pared abdominal en paciente anticoagulado.

Diagnóstico diferencial: Puede simular cualquier patología abdominal (colecistitis, apendicitis, diverticulitis, tumores ováricos, torsión de quiste ovárico, perforación de víscera hueca, rotura esplénica, globo vesical, hernia incarcerada); de ahí el interés del diagnóstico diferencial, porque un diagnóstico incorrecto puede traer como consecuencia un tratamiento quirúrgico no indicado.

Comentario final: Se trata de una entidad clínica poco frecuente y difícil diagnóstico con otros procesos abdominales agudos, debido a su similitud de presentación. Suele aparecer en pacientes anticoagulados como complicación del tratamiento con dicumarínicos y/o heparinas de bajo peso molecular, en relación con esfuerzos que aumentan la presión abdominal. El diagnóstico se basa en su demostración mediante pruebas de imagen (ecografía y/o TAC). El tratamiento es habitualmente conservador, requiriendo, en ocasiones, drenaje (en caso de infección) o intervención quirúrgica por inestabilidad hemodinámica o persistencia de la masa. Como médicos de familia debemos tenerlo presente en el diagnóstico diferencial del abdomen agudo, sobre todo en pacientes con tratamiento anticoagulante.

Bibliografía

1. Barry TL, Butt J, Awad ZT. Spontaneous rectus sheath hemathoma and anterior pelvic hemathoma as a complication of anticoagulation. *AJG*. 2000;95:327-8.
2. Zainea GG, Jordan F. Rectus sheath hemathoma: their pathogenesis, diagnosis, and management. *Am Surg*. 1998;54:630-3.

Palabras clave: *Rectus sheath haemathoma.*