

Extractos

HEMATOMA MESENTERICO ESPONTANEO E INFARTO DE INTESTINO DELGADO COMO COMPLICACIONES DEL TRATAMIENTO ANTICOAGULANTE ORAL (Spontaneous mesenteric haematoma and small bowel infarction complicating oral anticoagulant therapy).— **Simon Ashley.**«J. Royal Society of medicine», vol. 83, nº 2, pág 116; **febrero 1990.**

La incidencia de complicaciones hemorrágicas en pacientes bajo tratamiento con anticoagulantes orales varía entre un 3 y un 48%, según las series publicadas. La mayoría de las complicaciones significativas son abdominales, incluyendo hemorragia intestinal intraluminal, parietal o mesentérica, hemorragia retroperitoneal, hemorragias intra o desde las vísceras y hematoma de la pared abdominal.

Caso clínico: mujer de 75 años, con un cuadro clínico de 24 horas de dolor y distensión abdominal baja. La paciente presentaba fibrilación auricular asociada a estenosis mitral, habiendo recibido 6 mg de warfarina diarios durante 9 años. No antecedentes de traumatismo abdominal. Exploración física: pálida, sin signos de «shock». Abdomen tenso, distendido y sensible en general. Hemoglobina 9,6 g/dl. Recuento leucocitario, normal. La International Normalised Ratio (INR o Tasa Internacional Normalizada) era superior a 10 (ran-

go terapéutico, de 2-4). A las cuatro horas de la admisión la paciente desarrolló un hematoma en flancos y cara anterior de la pared abdominal sugestivo de hemorragia retroperitoneal.

Para corregir las alteraciones de la coagulación de la sangre se le administró Vitamina K y plasma fresco congelado por vía intravenosa. Estudio ultrasónico abdominal: existencia de líquido libre rodeando hígado y bazo, pero con retroperitoneo claramente neto. Los síntomas peritoneales se fueron intensificando, por lo que se efectuó una laparotomía de urgencia. En la intervención se hallaron 500 ml de sangre libre en el interior de la cavidad peritoneal y un importante hematoma en el mesenterio del intestino delgado. No evidencias de hemorragia retroperitoneal. Las asas mesentéricas proximales al hematoma eran pulsátiles, no así las distales. Aproximadamente unos 30 cm del intestino delgado correspondiente se hallaba fuertemente congestionado y completamente inviable. Resección de la porción de intestino delgado afectada, seguida de una anastomosis primaria. La paciente se recuperó sin complicaciones.

Estudio histológico: la pieza reseçada mostraba una hemorragia extensa con afectación de mucosa, submucosa y mesenterio. La causa de la superanticoagulación permanece aún oscura. La paciente no estaba recibiendo ningún fármaco que potenciara la actividad de la

warfarina y su función hepática era normal. Se restauró el tratamiento con warfarina y se le dio de alta hospitalaria.

Un mes después la paciente fue readmitida por presentar un cuadro de abdomen agudo. De nuevo la INR era superior a 10. La laparotomía reveló la existencia de sangre libre y de dos asas de intestino delgado infartadas y perforadas, asociado a un importante hematoma aislado en el mesenterio. Se realizó resección de intestino delgado. La paciente se recuperó sin complicaciones.

El análisis histológico de la porción intestinal reseçada confirmó la existencia de un grueso infarto completo. No se reinstauró tratamiento anticoagulante, siendo la paciente dada de alta del hospital. A los dos meses la paciente falleció repentinamente en su hogar. No se realizó autopsia.

Discusión: únicamente se ha publicado anteriormente un caso clínico de hematoma mesentérico aislado y espontáneo coincidiendo con un tratamiento de anticoagulantes orales. La presentación clínica de un hematoma mesentérico varía en función de la localización y extensión de la hemorragia. Si la hemorragia intramural es grave, puede conducir a una obstrucción intestinal, pudiendo hallarse sangre en heces; mientras que si la hemorragia se localiza fundamentalmente en el mesenterio, puede dar lugar a una masa abdo-

minal palpable. En el presente caso la consecuencia final fue un infarto venoso intestinal que requirió la realización de una laparotomía, durante la cual se practicó la resección del intestino infartado.

Debido a la sintomatología inespecífica presentada, de dolor abdominal, sensibilidad abdominal, hematomas en los flancos y una posible masa palpable a nivel abdominal o inguinal, cabe un falso diagnóstico de hemorragia retroperitoneal espontánea. En este último caso, generalmente se evidencian signos de compresión neuropática, afectando normalmente al nervio femoral, así como un ileo paralítico.

Además, puede aparecer un shock hipovolémico y muerte repentina.

Para poder establecer el diagnóstico de estas complicaciones potencialmente letales se requiere un alto índice de sospecha. A menudo, la ecografía y TC pueden ser de utilidad en el diagnóstico del hematoma retroperitoneal, siendo aconsejable su utilización en el diagnóstico y posterior seguimiento de los hematomas mesentéricos. Sin embargo, en el presente caso la ecografía no detectó el hematoma mesentérico, aunque sí sirvió para excluir una hemorragia retroperitoneal.

El tratamiento del hematoma mesentérico espontáneo debe ser inicialmente conservador, corrigiendo las anomalías de la coagulación. El tratamiento quirúrgico está indicado cuando se produce una peritonitis generalizada o una obstrucción intestinal. Antes de proceder a la intervención sería necesario excluir la existencia de una hemorragia retroperitoneal ya que, en este caso, el tratamiento quirúrgico se reserva únicamente para aquellos pacientes que presentan complicaciones de posible desenlace fatal, tales como fallo renal agudo, sepsis o coagulación intravascular diseminada.

INDICACIONES ACTUALES DE LOS METODOS ECOGRAFICOS DE DIAGNOSTICO POR IMAGENES DOPPLER COLOR Y DUPLEX: ABDOMEN.

(Current applications of Duplex and Color Doppler ultrasound imaging: Abdomen).—**Bradley D. Lewis y Meredith James.** «Mayo Clinic Proceedings». vol. 64, vº 9, pág. 1158; **Septiembre 1989.**

Los estudios ecográficos de diagnóstico por imagen Doppler Color y Duplex han supuesto un avance substancial en las posibilidades diagnósticas de la ecografía abdominal. De forma rutinaria, el estado de flujo a través de los vasos abdominales principales se conoce mediante el estudio de la información anatómica de los órganos a los que irrigan. Se revisan las indicaciones actuales de los métodos ecográficos Color y Duplex en la valoración del sistema vascular hepático, trasplantes hepáticos, aorta abdominal, sistema arterial esplácnico, arteria y vena renales, trasplantes renales y sistema arterial peneano. Se discuten las indicaciones y limitaciones de estos exámenes, así como sus posibles indicaciones futuras.

RUPTURA AUTENTICAMENTE ESPONTANEA DE LA VENA ILIACA COMUN (True spontaneous rupture of the common iliac vein).—

Susan Hill, P. J. Billings, R. T. Walker y J. A. Dormandy. «J. Royal Society of Medicine». vol. 83, nº 2, pág 117; **febrero 1990.**

Existen diversos trabajos publicados anteriormente en los que se presentan casos de rupturas «espontáneas» de la vena ilíaca, estando todos ellos asociados a la existencia de trombosis u obstrucción de la vena ilíaca. Se presenta un caso de ruptura espontánea de la vena ilíaca sin causa aparente, que pudiera

significar una predisposición especial.

Caso clínico: mujer de 52 años, previamente sana. Remitida tras haber sufrido un colapso sin causa aparente en casa. Refería haber presentado un dolor repentino en la cadera y al poco tiempo caerse después de ir al lavabo.

Exploración: la paciente se halla shockada, con taquicardia de 230 por minuto y presión sanguínea sistólica de 50 mmHg. Se apreciaba una masa sensible, no pulsátil en fosa ilíaca izquierda. Pulsos femorales presentes; no se evidenciaron signos de trombosis en las piernas.

Se inició la resucitación con coloides. Durante los siguientes 20 minutos, la presión sanguínea ascendió hasta los 100 mgHg, pero la masa existente a nivel de la fosa ilíaca continuaba aumentando de tamaño. La analítica sanguínea así como la determinación de urea y electrolitos previas a la intervención, eran absolutamente normales. Operada la paciente se evidenció un importante hematoma retroperitoneal, cuyo contenido era sangre venosa oscura. Se exploró el hematoma, hallándose una pequeña grieta de 2 cm en sentido longitudinal en la cara anterior de la vena ilíaca común. No existían trombos en su interior, ni se hallaron evidencias de inflamación u obstrucción. No se encontró otra anomalía. Se reparó el defecto venoso, pero, a pesar de una vigorosa resucitación, la paciente falleció a las 4 h. de haber sido intervenida.

Se practicó una autopsia en la que no se halló ninguna causa que explicara la ruptura de la vena, tampoco se encontró ningún trombo en el interior de la misma. No existía evidencia alguna de enfermedad sistémica. El estudio histológico de la vena no presentaba alteración alguna de la misma.

Discusión: se han publicado ocho casos de ruptura venosa no

asociados a traumatismo alguno. En tres casos existía una obstrucción proximal de la vena ilíaca, causada por la compresión entre el tronco arterial ilíaco común y el promontorio sacro. En el examen microscópico de los cinco casos restantes se hallaron cambios inflamatorios en la pared vascular, asociados a la existencia de un trombo.

En dos de los casos anteriores cabía un aumento de la presión venosa antes de la ruptura. En un caso el cuadro se presentó en una paciente con neumonía tras un acceso de tos, y en otra, mientras estaba levantando alguna cosa del suelo. Nuestra paciente podría haber realizado un esfuerzo excesivo durante la defecación antes del colapso.

Creemos que éste es el primer caso publicado de auténtica ruptura espontánea del tronco venoso ilíaco común. Ni en la laprotomía ni en el examen autopsico se hallaron evidencias de obstrucción o trombosis de la vena ilíaca.

INDICACIONES ACTUALES DE LOS METODOS ECOGRAFICOS DE DIAGNOSTICO POR IMAGENES DOPPLER COLOR Y DUPLEX: SISTEMA VASCULAR CAROTIDEO Y PERIFERICO (Current applications of Duplex and color Duplex Ultrasound imaging: carotid and Peripheral Vascular system).— **Bradley D. Lewis, E. Meredith James y Timoty J. Welch.** «Mayo clinic Proceedings», vol 64. nº 9, pág 1147; **septiembre 1989.**

Los recientes avances en las técnicas ecográficas han hecho posi-

ble el desarrollo de instrumentos diagnósticos que combinan las imágenes de sección transversal con el análisis Doppler. Se debe a estos instrumentos el que el papel del diagnóstico ultrasónico haya adquirido importancia en el estudio y valoración de las enfermedades vasculares carótideas y periféricas. Se revisan las indicaciones actuales del Doppler Duplex y Doppler Color en el estudio de las arterias carótideas extracraneales, arteria vertebral, sistema venoso periférico y sistema arterial periférico. Se discuten las indicaciones y limitaciones de este tipo de exámenes y sus posibles indicaciones futuras.

COMPLICACIONES DE LA INTERRUPTCION DE CAVA CON FILTRO GREENFIELD EN CUADRI- PLEJICOS (Complications of caval interruption by Greenfield Filter in quadriplegics).—**J.D. Bals- hi, N. L. Cantelmi y J. O. Men- zoian.** «Journal of Vascular Sur- gery», 4: 558; **1989.**

Se cree que los pacientes con lesiones agudas de la médula espinal presentan un elevado riesgo de pa- decer procesos de tipo tromboem- bólico, presentando a menudo complicaciones para el tratamiento anti- coagulante.

Desde 1981 a 1986, 13 pacientes de la «Boston University New Eng- land Regional Model Spinal Cord Injury Center» eran portadores de un filtro Greenfield como interrupción de la cava.

Doce pacientes presentaron trom- bosis venosa profunda documenta- da por flebografía y uno presentó un

embolismo pulmonar documentado por el arteriografía. En nueve pacien- tes fue necesaria la fisioterapia pul- monar tipo «quad-cough» para mo- vilizar las secreciones pulmonares. Este tipo de técnica consiste en la compresión rápida y fuerte de la pa- rrilla costal baja y abdomen alto mientras el paciente exhala. Los es- tudios radiológicos abdominales de seguimiento revelaron anomalías sig- nificativas referentes al filtro en cin- co de los pacientes a los que se les había practicado fisioterapia «quad- cough». Cuatro presentaron una mi- gración distal del filtro; además tres de ellos presentaron una deforma- ción del filtro. En dos de estos pa- cientes se requirió una laparotomía para tratar una perforación intestinal.

Aquellas formas de cuádruplejía que requieren una fisioterapia pul- monar «quad-cough» vigorosa para la expulsión de secreciones, pueden ser una contraindicación para la in- terrupción de cava mediante un fil- tro Greenfield, debiendo considerarse en estos casos el «clipping» extra- cava. En aquellos pacientes en los cuales se considera oportuna la in- terrupción de cava mediante el filtro Greenfield, deben ser tratados de forma cuidadosa tras la inserción del mismo, evitando esfuerzos excesivos sobre la vena cava debidos a la fi- sioterapia pulmonar o la compresión abdominal.