

rectomía y salpingooforectomía bilateral. Sin embargo, también existe acuerdo en que es posible obtener un buen control de la enfermedad con la resección sólo del intestino afectado^{1,9}. Para otros autores no tiene gran sentido la histerectomía y la anexectomía, pues se han observado pacientes sintomáticas en etapa posmenopáusica^{3,13}, y en ellas sería suficiente, en este caso, la exéresis local del foco endometriósico.

A nuestro juicio, lo más interesante de nuestro caso en concreto es su forma de presentación como una oclusión intestinal en el contexto de una historia de estreñimiento progresivo relativamente corta. Como autocrítica cabe resaltar el hecho de haber soslayado la importancia que en este caso tenía la historia de dismenorrea, si bien ésta no era muy invalidante.

En cuanto al tratamiento realizado creemos que ante una lesión de dudosa etiología, como era la que nos ocupaba, en el contexto de una paciente tan joven, la conducta tal vez más correcta se halla en ser relativamente conservadores. En una paciente de edad avanzada o posmenopáusica probablemente habríamos asociado una histerectomía, en el convencimiento de hallarnos ante una oclusión de tipo neoplásico.

**J. Vallet Fernández, F. Pi Siqués, A. Sueiras Gil,
R. Calabuig Escoda y C. Ortiz Rodríguez**

Servicio de Cirugía General y del Aparato Digestivo (Dr. F. Pi Siqués).
Hospital de Viladecans. Viladecans. Barcelona.

Bibliografía

1. Singh KK, Lessells AM, Adam DJ, Jordan C, Miles WFA, Macyntire IMC et al. Presentation of endometriosis to general surgeons: a 10-year experience. *Br J Surg* 1995; 82: 1349-1351.
2. Rawson JM. Prevalence of endometriosis in asymptomatic women. *J Reprod Med* 1991; 36: 513-515.
3. Bergqvist A. Different types of extragenital endometriosis: a review. *Gynecol Endocrinol* 1993; 7: 207-221.
4. Weed JC, Ray JE. Endometriosis of the bowel. *Obstet Gynecol* 1987; 69: 727-730.
5. Prystowsky JB, Stryker SJ, Ujiki GT, Poticha SM. Gastrointestinal endometriosis. Incidence and indications for resection. *Arch Surg* 1988; 123: 855-858.
6. Tran KTC, Kuijpers HC, Willemsen WNP, Bulten H. Surgical treatment of symptomatic rectosigmoid endometriosis. *Eur J Surg* 1996; 162: 139-141.
7. García Omedes A, Morollón Lóriz MJ, Ligorred Padilla L, Vera Álvarez J, Bardají Pérez JM, Guirao Larrañaga R et al. Estenosis sintomática de rectosigma por endometriosis. *Cir Esp* 1993 53: 497-499.
8. Delicata RJ, Clarke GW, Roy MK, Shaw RW, Carey PD. Presentation of endometriosis to general surgeons: a 10-year experience. *Br J Surg* 1996; 83: 711.
9. Bergqvist A. Extragenital endometriosis. A review. *Eur J Surg* 1992; 158: 7-12.
10. Parr NJ, Murphy C, Holt S, Zakhour H, Crosbie RB. Endometriosis and the gut. *Gut* 1988; 29: 1112-1115.
11. Verspyck E, Lefranc JP, Guyard B, Blondon J. Treatment of bowel endometriosis: a report of six cases of colorectal endometriosis and a survey of literature. *Eur J Obstet Gynecol Reprod Biol* 1997; 71: 81-84.
12. Bacher H, Schweiger W, Cerwenka H, Mischinger HJ. Use of anal endosonography in diagnosis of endometriosis of the external anal sphincter. Report of a case. *Dis Col Rectum* 1999; 42: 680-682.
13. Borsellino G, Bounaguidi A, Veneziano S, Borsellino V, Mariscalco G, Minnici G. Endometriosis of the large intestine. A report of two clinical cases. *Minerva Ginecol* 1993; 45: 443-447.



Hematoma de los músculos rectos abdominales: aproximación clínica y terapéutica

Sr. Director:

Las recientes publicaciones en esta Revista de casos de hematoma espontáneo del músculo recto anterior del abdomen por parte de Pelayo Salas et al¹ y Pajares et al², junto con la aportación por parte de Simón Adiego et al³ de otros 4 casos de la misma patología, nos han animado a presentar nuestra experiencia al respecto.

Aportamos 21 casos de pacientes con hematoma del músculo recto anterior del abdomen que fueron ingresados en nuestro hospital y valorados en algún momento de su evolución por miembros del servicio de cirugía general. Se trata de 15 mujeres y 6 varones con una edad media de 67,5 años (rango, 56- 92 años). La mayoría de los casos (81%) presentaban una enfermedad asociada de diversa índole: toma de anticoagulantes orales en 11 casos, hipertensión arterial en 9 casos, cardiopatías diversas en 7 casos, fibrilación auricular 4 pacientes, diabetes mellitus en 4 casos, y otros 4 casos cumplían criterios de bronquitis crónica. Como fácilmente se puede comprobar, el factor predisponente más frecuente en nuestra serie es la hipocoagulabilidad producida por la toma de anticoagulantes orales (52%). En ocho de los casos la tos actuó directamente como factor precipitante del hematoma. Dos pacientes relacionaron la aparición del hematoma con la realización de un ejercicio brusco. Dos pacientes presentaban cicatrices quirúrgicas en la pared abdominal (supraumbilical por gastrectomía y xifopúbica por Nissen e histerectomía), pero en ninguno de los 2 casos éste fue el factor precipitante del hematoma.

Clínicamente, 18 casos se iniciaron en forma de abdomen agudo, con un tiempo medio de evolución de 17 h (rango, 2-24 h). En los 3 casos restantes apareció también dolor abdominal, pero fue más leve y de evolución más larga (8 días, 10 días y 2 meses). Once pacientes se quejaron de la aparición de un "bulto" en la pared abdominal. En 2 casos se asoció inestabilidad hemodinámica y en un caso se produjo una descompensación cardiorrespiratoria. En cuanto a los hallazgos de la exploración física, la totalidad de los casos presentaban una masa abdominal dolorosa y palpable que se asociaba a defensa en 5 casos. La localización más frecuente fue infraumbilical (66,6%).

Para confirmar el diagnóstico, en 13 casos se realizó una ecografía, en 4 casos una tomografía computarizada (TC) y en 4 casos una ecografía y una TC. Todas las exploraciones fueron diagnósticas salvo una ecografía realizada de forma urgente. En 2 casos se realizó punción dirigida con ecografía.

Se realizó tratamiento conservador del hematoma en 14 casos, con reposo, analgésicos, antiinflamatorios y cobertura anti-biótica. En los pacientes que tomaban anticoagulantes orales,

(*Cir Esp* 2001; 69: 426-427)

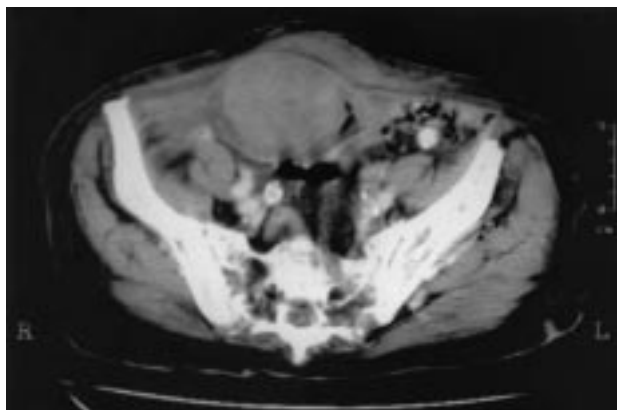


Fig. 1. TC abdominal en la que se observa un gran hematoma de la vaina del recto anterior derecho.

fue preciso retirarlos en 9 casos (81%). Fueron intervenidos 8 pacientes, lo que representa el 38% de la serie. Las indicaciones fueron las siguientes: shock hipovolémico (3 casos), fallo del tratamiento conservador (4 casos) e infección del hematoma (2 casos). En todos los casos intervenidos se realizó evacuación de la colección, limpieza, hemostasia y colocación de drenajes. Merece la pena reseñar que en uno de los 2 casos de infección del hematoma la causa fue la realización de una punción dirigida por ecografía, que se había hecho 5 días antes y que obligó a realizar cirugía urgente.

Dos pacientes presentaron complicaciones tras la cirugía; uno presentó coagulación intravascular diseminada, insuficiencia respiratoria por neumonía e insuficiencia renal, y otro una fístula urinaria extraperitoneal tras la evacuación de un hematoma de 3 l y que se resolvió con medidas conservadoras. Cuatro pacientes fallecieron (19%). Los casos de mortalidad se produjeron en pacientes con múltiples procesos patológicos y que estaban anticoagulados. En estos casos la mortalidad se vinculó a la descompensación de las alteraciones orgánicas existentes. La estancia hospitalaria media de nuestra serie fue de 11,2 días (rango, 3-37 días).

Por tanto, y de acuerdo con la mayoría de las series publicadas¹⁻¹¹, el hematoma de la vaina de los rectos anteriores del abdomen se presenta en forma de dolor abdominal agudo acompañado de una masa de partes blandas, dolorosa y generalmente infraumbilical. Es de obligada sospecha en pacientes de sexo femenino, en tratamiento con anticoagulantes orales o con hipertensión arterial. El factor desencadenante más frecuente es la tos. Ante la sospecha clínica de un hematoma de la vaina de los rectos la confirmación diagnóstica se realiza con pruebas de imagen, ecografía (preferentemente) y/o TC, que tienen una elevada exactitud. Se debe evitar, ante la sospecha de hematoma, puncionar la masa abdominal por la gran posibilidad de infección que obligará, casi con toda seguridad, a intervenir al paciente. El tratamiento creemos que debe ser conservador, mediante reposo, medidas locales, analgesia, antiinflamatorios y cobertura antibiótica. Se deben valorar los riesgos y los beneficios de la retirada de los anticoagulantes orales en estos pacientes, teniendo en cuenta que la mayoría de la mortalidad se produce en el grupo de pacientes anticoagulados, por lo que debemos individualizar cada caso. La cirugía

sólo se debe plantear en los casos de fallo del tratamiento conservador, deterioro hemodinámico y/o infección del hematoma.

J.I. Martín Parra, L. Herrera Noreña,
C. Fernández Escalante y M. Gómez Fleitas

Servicio de Cirugía General y Aparato Digestivo II.
Instituto de Patología Digestiva.
Hospital Universitario Marqués de Valdecilla.
Santander. Cantabria.

Bibliografía

1. Pelayo Salas A, Garcés Guallart MC, Casals Garrigó R, Pérez Ruiz L. Hematoma espontáneo bilateral de la vaina de los rectos. *Cir Esp* 2000; 67: 310-311.
2. Pareja E, García-Granero M, Zaragoza E, Ripoll F, Checa F. Hematoma espontáneo del músculo recto anterior del abdomen como causa de abdomen agudo. *Cir Esp* 1999; 66: 276-277.
3. Simón Adiego C, Ferri Romero J, García Calleja JL, Esarte Muniáin J, Ceballos Alonso C, Alarcón López A et al. Hematoma de la vaina de los rectos: aportación de cuatro nuevos casos. *Cir Esp* 2000; 67: 200-203.
4. Moreno Gallego A, Aguayo JL, Flores B, Soria T, Hernández Q, Ortiz S et al. Ultrasonography and computed tomography reduce unnecessary surgery in abdominal rectus sheath haematoma. *Br J Surg* 1997; 84: 1295-1297.
5. Berná JD, García-Medina V, Guirao J, García-Medina J. Rectus sheath haematoma: diagnostic classification by CT. *Abdom Imaging* 1996; 21: 62-64.
6. Fukuda T, Sakamoto I, Kohzaki S, Uetani M, Mori M, Fujimoto T et al. Spontaneous rectus sheath haematoma: clinical and radiological features. *Abdom Imaging* 1996; 21: 58-61.
7. Naschitz JE, Tsikonov I, Yeshurun D. Hematoma of the rectus abdominis muscle and sheath. *Am J Gastroenterol* 1996; 91: 621.
8. Verhagen HJ, Tolenaar PL, Sybrandy R. Haematoma of the rectus abdominis muscle. *Eur J Surg* 1993; 159: 335-338.
9. Lambroza A, Tighe MK, DeCosse JJ, Dannenberg AJ. Disorders of the rectus abdominis muscle and sheath: a 22-year experience. *Am J Gastroenterol* 1995; 90: 1313-1317.
10. Pedro de Conal J, Alises Sanz R, Plaza de la Llamas R, Medina García M, Martínez Peñalver I, Cuberes Montserrat R et al. Hematoma espontáneo del músculo recto anterior del abdomen. A propósito de un caso. *Cir Esp* 1996; 59: 87-88.
11. Planells Roig MV, Minguión A, López Bañeres M, González Penabad M, Bermejo Zapatero A, Cruces Conde A et al. Hematoma espontáneo de la vaina del recto que simula pancreatitis necrohemorrágica. *Cir Esp* 1995; 58: 560-561.



Agnesia de la vesícula biliar. Presentación de un caso estudiado por RM-colangiografía

Sr. Director:

La agnesia de la vesícula biliar es una rara afección de la que se han recogido unos 400 casos en la bibliografía mundial y en la que, a pesar del perfeccionamiento de los procedimientos diagnósticos de imagen actualmente disponible no se llega a establecer la existencia de dicha agnesia de la vesícula hasta que se ha llegado al acto operatorio^{1,2}. La reciente observación

(*Cir Esp* 2001; 69: 427-429)