

OBSERVACIÓN CLÍNICA

Hematoma intramural espontáneo no traumático del intestino delgado: una complicación poco habitual de los anticoagulantes

Sara Folgado Alberto^{a,*}, Paula Sánchez^b, Julieta Felix^a y João Ramos Deus^a

^aDepartamento de Gastroenterología, Hospital Fernando Fonseca, Amadora, Lisboa, Portugal

^bDepartamento de Cirugía C, Hospital Fernando Fonseca, Amadora, Lisboa, Portugal

Recibido el 26 de agosto de 2008; aceptado el 11 de diciembre de 2008

Disponible en Internet el 12 de mayo de 2009

PALABRAS CLAVE

Anticoagulantes orales;
Hematoma intramural;
Complicación;
Dolor abdominal

Resumen

El hematoma intramural del intestino delgado es una complicación poco habitual de la utilización de anticoagulantes orales.

El diagnóstico sólo es posible cuando se asocian estos síntomas a una historia clínica de anticoagulación oral y pruebas radiológicas.

A continuación se presenta el caso clínico de un paciente que ingresó por dolor epigástrico asociado a vómitos de retención con 48 h de evolución y antecedentes de anticoagulación oral con warfarina.

La ecografía y la tomografía computarizada abdominal mostraban un asa yeyunal con espesamiento parietal difuso, indicativo de hematoma intramural.

Se realizó tratamiento conservador, con regresión sintomática al segundo día y reabsorción del hematoma intramural del yeyuno.

Se reintrodujo tratamiento anticoagulante, sin nueva recidiva.

© 2008 Elsevier España, S.L. Todos los derechos reservados.

KEYWORDS

Oral anticoagulation;
Intramural hematoma;
Complication;
Pain

Non-traumatic spontaneous intramural hematoma of the small bowel: An infrequent complication of anticoagulation therapy

Abstract

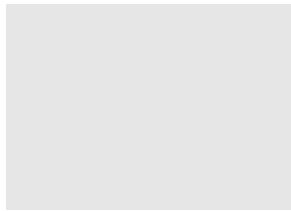
Intramural hematoma of the small bowel is an infrequent complication of the use of oral anticoagulants.

Diagnosis can only be performed when these symptoms are associated with a history of oral anticoagulant use and radiological tests.

We report the case of a patient admitted for epigastric pain associated with oral anticoagulation therapy with warfarin and a 48-h history of retention vomiting.

*Autor para correspondencia.

Correo electrónico: sarafalberto@gmail.com (S. Folgado Alberto).



Ultrasound and abdominal computed tomography scans revealed a jejunal loop with diffuse parietal thickening, suggesting an intramural hematoma.

Conservative therapy was provided with symptomatic regression on the second day and reabsorption of the jejunal intramural hematoma. Anticoagulation therapy was reintroduced with no recurrences.

© 2008 Elsevier España, S.L. All rights reserved.

La utilización de anticoagulantes orales es cada vez más frecuente^{1,2}, siendo la hemorragia su principal complicación², con una incidencia de 1,2 a 7 por cada 100 pacientes medicados³. El hematoma intramural del intestino delgado es también una complicación de esta medicación, aunque poco habitual^{2,4}, con una incidencia de uno cada 2.500 enfermos^{2,5}.

Observación

Varón de 77 años que ingresó por dolor epigástrico asociado a vómitos de retención con 48 h de evolución. Presentaba como antecedentes personales un accidente cerebrovascular isquémico 5 años antes, con afasia secuelar y fibrilación auricular crónica, por lo que estaba medicado con warfarina. No tenía historia de traumatismo abdominal.

El examen físico mostraba: hemodinámicamente estable, deshidratado, con abdomen distendido, con ruidos hidroaéreos y doloroso a la palpación del epigastro, pero sin defensa o contractura. No presentaba fiebre.

En la analítica destacaba: 16,3 g/dl de hemoglobina, volumen corpuscular medio normal (91 fl), recuento plaquetario de $210 \times 10^9/l$, INR superior a 10, (4,5 mg/dl de creatinina y 152 mg/dl de urea).

Se inició de inmediato tratamiento para corregir los factores de coagulación (con plasma y vitamina K) y se realizó una radiografía simple de abdomen que reveló distensión gástrica, sin niveles hidroaéreos.

A las 6 h una nueva analítica mostró una hemoglobina de 10,4 g/dl (este valor se confirmó 2 veces).

En virtud del significativo descenso de la hemoglobina, y aunque no hubiese pruebas de hemorragia digestiva, se realizó una endoscopia digestiva alta que confirmó la distensión gástrica, sin otras alteraciones.

Por la misma razón, y para excluir un posible hemoperitoneo o una colección intrabdominal, se realizó también una ecografía abdominal que reafirmó la marcada distensión gástrica y del arco duodenal y un asa intestinal con pared engrosada de forma difusa. La tomografía computarizada (TC) abdominal, que se realizó sin contraste intravenoso confirmó la existencia de asa de yeyuno con pared engrosada de forma difusa. Por su localización intraparietal y las características de densidad hemática era indicativa de hematoma intramural.

Se realizó tratamiento conservador con aspiración nasogástrica, hidratación intravenosa y corrección de los factores de coagulación, con mejoría clínica significativa y desaparición de los síntomas al segundo día; se repitió la TC abdominal al décimo día de ingreso, que reveló completa reabsorción del hematoma intramural del yeyuno.

Se dio de alta al paciente al décimo segundo día, éste estaba clínicamente bien, con hemoglobina de 12,4 g/dl. Después de una semana se mantenía sin síntomas y con el mismo valor de hemoglobina. Se reintrodujo el tratamiento anticoagulante, sin nueva recidiva.

Discusión

El hematoma intramural no traumático del intestino delgado es una complicación rara del tratamiento con anticoagulantes^{1,4,6}. Hay cerca de un centenar de casos clínicos publicados^{1,4,6-8}, con la primera publicación en 1838¹. En la mayoría de los casos, el hematoma intramural sucede en un contexto de valores supratrapéuticos del INR debido a una sobredosis de anticoagulantes^{1,2,4} aunque hay casos descritos con valores terapéuticos de INR^{2,9,10}.

Este paciente está de acuerdo con lo publicado: sexo masculino, mayor de 60 años, con hematoma del yeyuno^{1,7}. Los hematomas no traumáticos son más extensos y más frecuentes en el yeyuno, en comparación con los traumáticos, que son menos extensos y más comunes en el duodeno^{1,7}. El hematoma intramural tiene su origen en un pequeño vaso de la capa submucosa de la pared intestinal que sangra lentamente¹.

El cuadro clínico es generalmente inespecífico, por lo que puede variar desde síntomas leves, como estreñimiento, náuseas y vómitos^{1,2,5,7} hasta formas más graves de dolor abdominal, obstrucción intestinal y abdomen agudo^{1,4,7}.

Análíticamente los resultados son iguales a los de cualquier enfermedad con pérdida de sangre en el espacio extravascular, con una disminución significativa de la hemoglobina en un corto espacio de tiempo^{1,11,12}.

En este caso, por tratarse de un paciente anticoagulado, el diagnóstico diferencial se orientó hacia esta enfermedad, porque, aunque no había historia de traumatismo previo, se sospechó un hematoma espontáneo de la pared abdominal o hemoperitoneo¹¹⁻¹³.

Las pruebas complementarias de diagnóstico radiológico son también inespecíficas, las pruebas más útiles son la ecografía y la TC abdominal^{1,2,4,6,7,11,13}.

Todas estas pruebas diagnósticas permiten excluir otras causas de abdomen agudo^{4,12,13}, así como localizar el hematoma y evaluar su extensión.

La asociación entre los resultados que se encontraron en estos últimos, los síntomas y una historia de tratamiento con anticoagulantes permite efectuar un diagnóstico correcto^{1,2,6,7}.

A pesar de todo esto, los datos que se obtengan pueden ser tan inespecíficos que el diagnóstico sólo sea posible por laparotomía exploradora^{1,2}.



Figuras 1 y 2 Tomografía computarizada realizada sin contraste intravenoso. Se muestra un espesamiento parietal difuso homogéneo del asa yeyunal, característico de un hematoma intramural. No hay hemoperitoneo.

El tratamiento es esencialmente conservador, con hidratación, corrección de las alteraciones hidroelectrolíticas, si están presentes, y la administración de la vitamina K y plasma para la corrección de los parámetros de coagulación^{1,2,4}. La cirugía se reserva para los cuadros clínicos de oclusión intestinal, abdomen agudo o fracaso del tratamiento médico^{1,2,4,6}.

Hay pocos casos descritos de recidiva, por lo que es posible retomar el tratamiento pero sólo cuando se hayan corregido los parámetros de coagulación¹ (figs. 1 y 2).

Bibliografía

1. Abbas M, Collins J, Olden K, Kelly K. Spontaneous intra-mural small-bowel hematoma – clinical presentation and long-term outcome. *Arch Surg.* 2002;137:306–10.
2. Polat C, Dervisoglu A, Guven H, Kaya E, Malazgirt Z, Danaci M, et al. Anticoagulant-induced intramural intestinal hematoma. *Am J Emerg Med.* 2003;21:208–11.
3. Schulman S. Clinical practice: Care of patients receiving long-term anticoagulant therapy. *N Eng J Med.* 2003;349:675–83.
4. Martínez Cecilia D, Torres Tordera EM, Arjona Sánchez A, Artero Muñoz I, Rufián Peña S. Spontaneous intramural small bowel hemorrhage: An event on the increase. *Gastroenterol Hepatol.* 2007;30:331–3.
5. Jimenez J. Abdominal pain in a patient using warfarin. *Postgrad Med J.* 1999;75:747–8.
6. Uzun MA, Koksall N, Gunerhan Y, Sahin UY, Onur E, Ozkan OF. Intestinal obstruction due to spontaneous intramural hematoma of the small intestine during warfarin use: A report of two cases. *Eur J Emerg Med.* 2007;14:272–3.
7. Avent ML, Canaday BR, Sawyer WT. Warfarin-induced intramural hematoma of the small intestine. *Clin Pharm.* 1992;11:632–5.
8. Sirvain S, Crepeau T, Garrido JF, Watteau N, Niang B, Hallé O. Anticoagulant induced intramural duodenal hematoma presenting as duodenal obstruction. *Gastroenterol Clin Biol.* 2008;32:611–3.
9. Gooldfarb WB. Coumadin-induced intestinal obstruction. *Ann Surg.* 1965;161:27.
10. Meyer C, Otteni F, Hollender LF. Intestinal occlusion due to an intramural hematoma. *Chir Gastroenterol.* 1972;6:64.
11. Barquero-Romero J, De las Olas Cerezo Arias M, Rodríguez Vázquez C, Trenado Pérez R, Rodríguez Reyes A. Pain and hematoma of the abdominal wall. *Gastroenterol Hepatol.* 2007;30:508–9.
12. Varona JF, Díaz-Corandi R, Valle M, Muñoz F, Bufalá MA. Acute abdomen due to massive abdominal wall hematoma. *Rev Esp Enferm Dig.* 2007;99:120–1.
13. Rivero Fernández M, Vicente V, López J, Gandía M, Gómez E, Salameo J. Dolor originado en la pared abdominal: una alternativa diagnóstica olvidada. *Gastroenterol Hepatol.* 2007;30:244–50.