

Casos clínicos

Hematoma espontáneo de gran tamaño en la pared torácica en un paciente en tratamiento con antiagregantes plaquetarios y heparina de bajo peso molecular. Necesidad de tratamiento quirúrgico urgente

Cipriano Abad, Tomasz Hrapkowicz, José-A. López Ruiz, V. Camilo Reina

Servicio de Cirugía Cardiovascular
Hospital Universitario de Gran Canaria Dr. Negrín.
Las Palmas de Gran Canaria

Se presenta el caso de un paciente varón de 68 años con cardiopatía isquémica y múltiples factores de riesgo de arteriosclerosis, que estando en tratamiento médico con ácido acetilsalicílico (AAS), clopidogrel y enoxaparina, desarrolló un hematoma de gran tamaño de la pared torácica que precisó drenaje quirúrgico urgente. Se comentan otros casos descritos en la literatura médica de esta infrecuente condición.

Palabras clave: Hematoma espontáneo. Pared torácica. Heparina de bajo peso molecular. Antiplaquetarios.

Large chest wall spontaneous hematoma in a patient on antiplatelet agents and low molecular weight heparin. Urgent surgical treatment

A 68-year-old man with severe coronary artery disease and multiple arterial risk factors was on treatment with enoxaparin, clopidogrel, and acetyl salicylic acid. He developed a large spontaneous chest wall hematoma. The patient was operated on an urgent basis and drainage of the hematoma accomplished. The clinical aspects of this uncommon complication and other published cases are commented on.

Key words: Spontaneous hematoma. Chest wall. Low molecular weight heparin. Antiplatelet agents.

INTRODUCCIÓN

La formación de hematomas cutáneos espontáneos en pacientes en tratamiento antiagregante o anticoagulante son muy frecuentes. Sin embargo, la formación de

hematomas espontáneos de gran tamaño que requieran de actuación quirúrgica es relativamente infrecuente. Presentamos el caso de un paciente con un hematoma de la pared torácica de grandes dimensiones que se resolvió con éxito mediante drenaje quirúrgico.

Correspondencia:
Cipriano Abad
Servicio de Cirugía Cardiovascular
Hospital Universitario de Gran Canaria Dr. Negrín
Barranco de la Ballena, s/n
35010 Las Palmas de Gran Canaria
E-mail: cprnabad2@gmail.com

Recibido: 7 de junio de 2010
Aceptado: 30 de enero de 2011



Figura 1. Paciente en bipedestación el día anterior a la intervención quirúrgica. Se constata claramente gran abultamiento y deformidad en la pared torácica derecha.

CASO CLÍNICO

Paciente varón de 68 años afecto de cardiopatía isquémica, procedente de otro centro que ingresó en nuestro servicio para intervención de revascularización miocárdica. En el cateterismo cardíaco diagnóstico realizado en su hospital de referencia se apreciaba enfermedad coronaria de tres vasos, disfunción ventricular izquierda e insuficiencia mitral moderada. El enfermo tenía las siguientes enfermedades y factores de riesgo: hipertensión arterial, dislipemia, diabetes *mellitus* no insulino dependiente, tabaquismo activo, EPOC, enfermedad oclusiva extracraneal con oclusión completa de la arteria carótida interna izquierda y arteriopatía obliterante en ambas extremidades inferiores con isquemia arterial crónica. Estaba en tratamiento con antihipertensivos orales, atorvastatina, antagonistas del calcio, inhibidores de la enzima convertidora de la angiotensina, diuréticos, AAS 100 mg/día, clopidogrel 75 mg/día y enoxaparina 40 UI/12 h. Según la historia clínica el tratamiento con AAS databa de más de 3 años y el AAS asociado a clopidogrel y enoxaparina desde 5 días antes de su ingreso en nuestro servicio. En ese momento el paciente estaba estable, tensión

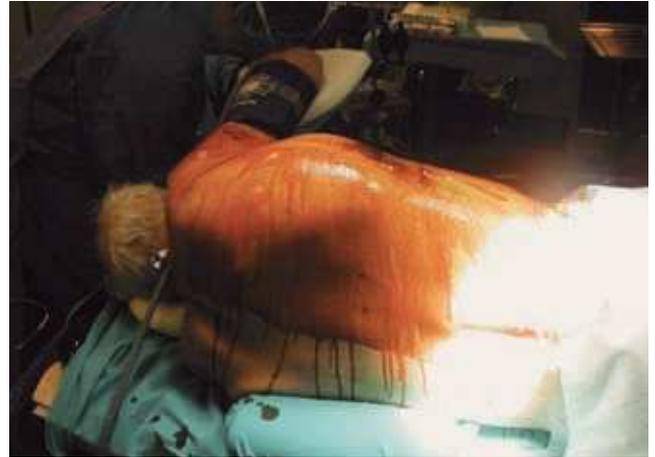


Figura 2. Paciente en quirófano, anestesiado con intubación y ventilación mecánica, en posición de decúbito lateral izquierdo. Se aprecia con claridad la gran tumoración en el hemitórax derecho.

arterial (TA) 130/80 mmHg y apirético. La bioquímica confirmaba glucemia 160 mg/dl, hematocrito 42% y hemoglobina 14 g/dl; resto de los valores normales. Durante su hospitalización, sin traumatismo previo u otro factor desencadenante, desarrolló de forma espontánea una tumoración en las partes blandas del hemitórax derecho. En los días siguientes la tumoración fue en aumento progresivo (Fig. 1). Se realizó radiografía de tórax y ecografía de la pared torácica que revelaban ocupación de la pared torácica derecha localizada entre la parrilla costal y el plano muscular. El paciente se desestabilizó, con descenso de TA a 80/50 mmHg y de hemoglobina a 8 g/dl con hematocrito 22,9%. Se transfundieron dos concentrados de hemáties y se indicó cirugía urgente.

Bajo anestesia general y decúbito lateral izquierdo (Fig. 2), se realizó incisión limitada en pared torácica derecha, evacuándose 1.500 ml de sangre y coágulos; no se encontró punto sangrante activo. La colección hemática grande y a tensión estaba situada entre el plano costal y el músculo serrato mayor. El enfermo toleró bien la intervención y fue alta a los 8 días. La radiografía de tórax y la ecografía torácica de control postoperatorio fueron normales. Tres meses después se intervino quirúrgicamente de triple derivación coronaria.

DISCUSIÓN

Los hematomas espontáneos se observan más frecuentemente en las siguientes enfermedades y situaciones clínicas: tratamiento anticoagulante, terapia antiagregante plaquetaria, insuficiencia renal, edad avanzada, traumatismos,

alteraciones de la coagulación, enfermedades infecciosas e inmunitarias, y otras. La localización anatómica más frecuente es en el músculo recto anterior del abdomen¹, epidural de tipo intracraneal o en la médula espinal² y retroperitoneal³. Otras localizaciones más infrecuentes son la pared abdominal⁴, pared torácica, músculo psoasílico, perirrenal⁵, suprarrenal, subcapsular hepática, intestino delgado, duodeno, esófago, retrofaringe, ovárica⁶, y otras. Los hematomas espontáneos grandes y que requieran de evacuación quirúrgica son de rara presentación en la práctica médica habitual.

Hay pocos casos publicados de hematoma espontáneo en la pared torácica^{7,8}. Se han descrito hematomas y hemorragias en pacientes en tratamiento con AAS⁹, clopidogrel³ y enoxaparina¹⁰. La asociación farmacológica de AAS, clopidogrel y enoxaparina, muy frecuente en los pacientes con cardiopatía isquémica sometidos a procedimientos terapéuticos de intervencionismo coronario con implante de dispositivos endocoronarios (*stent*) y en otras situaciones, están en una situación de riesgo elevado de padecer hematomas y hemorragias, como lo han demostrado Ernest, et al.¹¹, Malik, et al.¹², Cherfan, et al.¹³ y otros.

A la vista de la literatura médica actual y del caso aquí presentado, consideramos que los enfermos sometidos a triple terapia de AAS, clopidogrel y enoxaparina representan un grupo de elevado riesgo de aparición de hematomas, que en algunas ocasiones pueden ser de gravedad y requerir drenaje quirúrgico. Esta posible complicación debe ser tenida en cuenta por los médicos que tratan este tipo de pacientes.

BIBLIOGRAFÍA

1. Valdez G, Smalligan R. Clinical images: spontaneous rectus sheath hematoma. *CMAJ*. 2010;12:182-E20.
2. Moon HJ, Kim JH, Kwon TH, Chung HS, Park YK. Spontaneous spinal hematoma: an urgent complication of adding clopidogrel to aspirin therapy. *J Neurol Sci*. 2009;15:254-6.
3. Jurisic D, Doko M, Glavan E, Vidovic D, Matkovic K, Pitlovic V. Spontaneous retroperitoneal hematoma associated with clopidogrel therapy mimicking acute appendicitis. *Br J Clin Pharmacol*. 2006;62:248-9.
4. Otrock ZK, Sawaya JL, Zebian RC, Taher AT. Spontaneous abdominal hematoma in a patient treated with clopidogrel and aspirin. *Ann Hematol*. 2006;85:743-4.
5. Belibasakis I, Mazaris E, Papachristou C, Kastriotis I. Renal colic due to spontaneous perirenal hematoma secondary to antiplatelet medication: two case reports. *Eur J Emerg Med*. 2008;15:102-3.
6. Ozlü T, Ozlü MF, Ayhan A. Spontaneous ovarian hematoma in a patient treated with clopidogrel. *Int J Gynaecol Obstet*. 2008;102:293-4.
7. Bohm M, Hass N, Czarnetzki B. Giant spontaneous hematoma of the thoracic wall in a patient with REST syndrome. *Acta Derm Venerol*. 1994;74:396-7.
8. Hanagiri T, Muranaka H, Hashimoto M, et al. Chronic expanding hematoma in the chest. *Ann Thorac Surg*. 1997;64: 259-61.
9. Yamamoto K, Yasunaga Y. Antiplatelet therapy and spontaneous perirenal hematoma. *Int J Urol*. 2005;12:398-400.
10. Kittisupamongkol W. Use of enoxaparin results in more hemorrhagic complications after breast surgery than unfractionated heparin. *Br J Surg*. 2008;95:834-6.
11. Ernest M, Mohan PS, Fares LG, Hardy H. A retroperitoneal bleeding induced by enoxaparin therapy. *Am Surg*. 2005;5: 430-3.
12. Malik A, Capling R, Bastani B. Enoxaparin-associated retroperitoneal bleeding in two patients with renal insufficiency. *Pharmacotherapy*. 2005;25:769-72.
13. Cherfan A, Arabi Y, Al Askar A, Shimemeri AI. Recombinant activated factor VII treatment of retroperitoneal hematoma in a patient with renal failure receiving enoxaparin and clopidogrel. *Pharmacotherapy*. 2007;27:755-9.