

CARTAS CLÍNICAS

Dolor abdominal de causa infrecuente



Abdominal pain of uncommon cause

Introducción

Los hematomas espontáneos de la pared abdominal son una afección infrecuente, que puede presentar dudas en el diagnóstico diferencial dadas sus manifestaciones clínicas (dolor abdominal, masa abdominal, etc.), lo que obliga a realizar un diagnóstico diferencial con otros procesos dentro del abdomen agudo, especialmente en el paciente anciano con síntomas atípicos. A pesar de ser conocido desde la antigüedad, es en los últimos años cuando se le ha dedicado más atención debido a factores predisponentes, como son la vejez y la anticoagulación. Aunque no siempre es posible encontrar un factor desencadenante¹, la tos es el más frecuente². Otros factores que se encuentran son: contracción muscular violenta (tos, estornudo, ejercicio físico), cirugía abdominal, embarazo, discrasias sanguíneas, etc.^{2,3}

Exposición del caso

Se trata de un varón de 67 años que acudió al Servicio de Urgencias por dolor abdominal muy intenso. Sus antecedentes eran hipertensión arterial, hipertrofia benigna de próstata, ACV en 1990 y disección aórtica intervenida quirúrgicamente en 1985. Se encontraba en tratamiento con amlodipino-valsartán.

El paciente acudió a Urgencias de un centro de salud rural por presentar desde hacía 3 h, tras un acceso de tos, un dolor abdominal muy intenso en epigastrio e hipocondrio derechos, siendo derivado de forma urgente al hospital ante la sospecha de una hernia estrangulada.

El paciente se mostraba muy inquieto, en posición antiálgica, con tensión arterial de 130/80 mmHg, frecuencia cardíaca de 87 lpm e intenso dolor. Se palpó una masa centroabdominal no pulsátil en hemiabdomen derecho de 7 × 8 cm, muy dolorosa, un peristaltismo abdominal disminuido y una cicatriz de laparotomía media en el abdomen. Los pulsos radiales y femorales estaban presentes. La auscultación cardíaca y pulmonar fueron normales.

Se solicitaron una analítica y una ecografía abdominal urgentes. En la ecografía (fig. 1) se observaba un notable

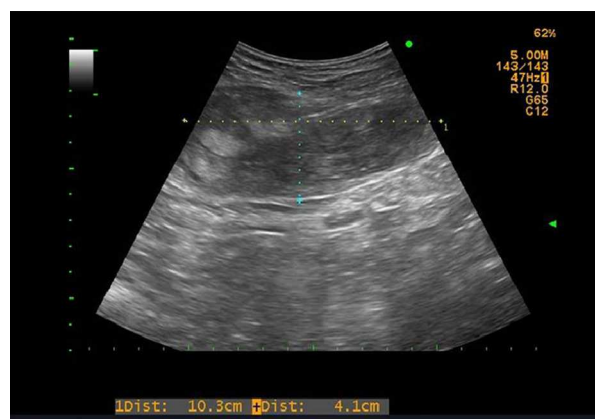


Figura 1 Ecografía abdominal, en la que se observa un engrosamiento del músculo recto anterior del abdomen con un área irregular de ecogenicidad heterogénea de unos 10 cm de eje craneocaudal y 4 cm de eje anteroposterior.

engrosamiento del músculo recto anterior del abdomen, visualizando un área irregular de ecogenicidad heterogénea de unos 10 cm de eje craneocaudal y 4 cm de eje anteroposterior, compatible con un hematoma intramuscular.

Para descartar una enfermedad retroperitoneal se realizó una TAC abdominal (fig. 2), en la que se observó un

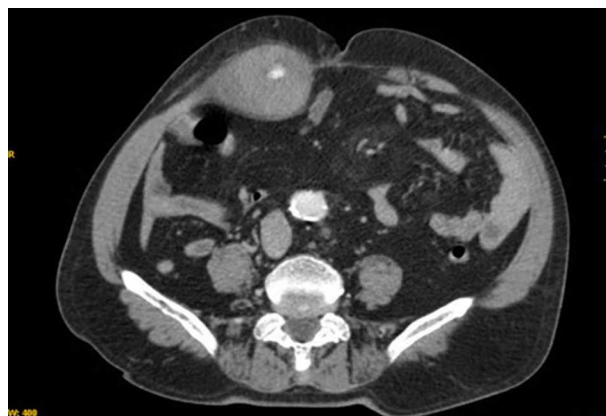


Figura 2 Tomografía axial computarizada abdominal. Se observa un voluminoso hematoma localizado a nivel del músculo recto anterior del abdomen derecho, que tenía una longitud máxima de 24 cm y que presentaba sangrado activo.

voluminoso hematoma a nivel del músculo recto anterior del abdomen derecho, con una longitud máxima de 24 cm.

La analítica mostraba alteración de la función renal (urea 0,83 mg/dl y creatinina 2,3 mg/dl), y un hematocrito (hemoglobina 14,1 g/dl, hematocrito 41,1%) y un estudio de coagulación dentro de parámetros normales.

Se solicitó colaboración a Cirugía, quienes indicaron intervención quirúrgica urgente por el dolor que presentaba el paciente, realizando drenaje del hematoma, que ocurrió sin incidencias, siendo la evolución favorable.

Discusión

El hematoma de pared anterior es una afección infrecuente, siendo más habitual en mujeres⁴ y en edad geriátrica⁵. Se produce por la rotura de la arteria epigástrica inferior o de pequeños vasos del músculo recto anterior del abdomen.

Los últimos estudios estiman una tasa de incidencia de una por cada 10.000 urgencias hospitalarias⁶, y Cerdán et al. la refieren como 2 casos al año⁷.

Entre los factores más predisponentes están la anticoagulación, circunstancia frecuente en pacientes ancianos, especialmente si se asocia a contracción violenta de la musculatura abdominal (tos, estornudo, etc.). También existen otros fármacos que pueden predisponer a esta dolencia, al ocasionar un trastorno en las plaquetas, como pueden ser antiinflamatorios (pirazonas, ibuprofeno, colchicina, etc.), psicotrópicos (fenotiazinas y tricíclicos), diuréticos (furosemida), bloqueadores beta (propranolol), antibióticos (aminoglucosidos y betaláctamicos), etc. Como podemos comprobar, existían factores de riesgo en nuestro paciente como la edad, la cirugía previa, el abdomen globuloso, 2 antecedentes que debilitan la musculatura abdominal, y el acceso de tos.

La clínica suele ser dolor abdominal brusco⁷, que obliga a realizar el diagnóstico diferencial con enfermedades que se engloban dentro del cuadro de abdomen agudo (peritonitis, rotura de aneurisma de aorta, etc.), ya que el sangrado produce irritación peritoneal que se traduce en dolor y defensa abdominal, que pueden simularlo. Otras manifestaciones frecuentes son descenso del hematocrito, náuseas, vómitos, síntomas urinarios por compresión vesical, signos de shock hipovolémico, etc.⁸.

En la exploración nos podemos ayudar de algunas maniobras para su diagnóstico, como son el signo de Fothergill, en el que al realizar contractura abdominal se determina una masa más visible y menos móvil si existe un hematoma; el signo de Lafont, en el que se observa una equimosis sobre la masa o tumoración, y el signo de Nadeu, en el que al elevar el paciente la cabeza o la pierna se produce un aumento del dolor a nivel del hematoma⁹.

El diagnóstico se confirma con la realización de una ecografía o una TC abdominal con una elevada sensibilidad^{6,10}, aunque el punto más importante es pensar en esta dolencia y realizar una correcta anamnesis y exploración del paciente⁵. En la ecografía se observa una lesión ocupante de partes blandas, heterogénea, con áreas hipocóicas que alternan con áreas hiperecóicas, y en la TC, una masa de partes blandas contenida dentro del músculo, homogénea o heterogénea; en caso de que exista hemorragia activa podemos detectar el punto sangrante con la administración de contraste intravenoso.

El tratamiento suele ser conservador, ya que el propio hematoma ejerce de autotaponamiento, y consiste en la aplicación de frío local, compresión abdominal, reposo, control del dolor con analgésicos, evitando los AINE, si es preciso realizar transfusión sanguínea, y ante todo suspender el tratamiento antiagregante o anticoagulante, e incluso revertir la acción del último con vitamina K; se deben realizar controles analíticos y ecográficos para ver la evolución del hematoma. La cirugía se reserva para las complicaciones, como son el shock hipovolémico o la infección del hematoma. La cirugía debe ser lo más conservadora posible, limitándose al drenaje y al control del sangrado. Existe también otra alternativa, que es la embolización arterial del vaso por radiología intervencionista^{4,10}.

La importancia del caso radica en su diagnóstico precoz para mejorar la evolución, que debemos tener siempre presente en el diagnóstico diferencial del abdomen agudo, especialmente en pacientes mayores.

Responsabilidades éticas

Protección de personas y animales. Los autores declaran que para esta investigación no se han realizado experimentos en seres humanos ni en animales.

Confidencialidad de los datos. Los autores declaran que han seguido los protocolos de su centro de trabajo sobre la publicación de datos de pacientes y que todos los pacientes incluidos en el estudio han recibido información suficiente y han dado su consentimiento informado por escrito para participar en dicho estudio.

Derecho a la privacidad y consentimiento informado. Los autores han obtenido el consentimiento informado de los pacientes y/o sujetos referidos en el artículo. Este documento obra en poder del autor de correspondencia.

Bibliografía

1. Nuñez Fernández MJ, García Blanco A, García García JC, Castro Paredes B, López Soto A, Bon Bon A. Hematoma del recto anterior del abdomen: experiencia en un hospital comarcal. *Rev Clin Esp.* 2011;211:85-9.
2. Kapan S, Turhan AN, Alis H, Kalayci MU, Hatipoglu S, Yigitbas H, et al. Rectus sheath hematoma: Three case reports. *J Med Case Rep.* 2008;2:22.
3. Fitzgerald JE, Fitzgerald LA, Anderson FE, Acheson AG. The changing nature of the rectus sheath hematoma: Case series and literature review. *Int J Surg.* 2009;7:150-4.
4. Perelló Carbonell R, Smithson Amat A, Miret Mas C, Nolla Salas M. Radiología intervencionista en el tratamiento del hematoma de la pared abdominal. *Med Clin (Barc).* 2005;125:77-8.
5. Carvajal Balaguera J, Casado García J, Martín García-Almenta M, Oliart Delgado de Torres S, Camuñas Segovia J, Cerquella C. Hematoma espontáneo de la pared abdominal asociado a la terapia antiagregante en el paciente geriátrico. *Rev Esp Geriatr Gerontol.* 2006;41:240-4.
6. Cherry WB, Mueller PS. Rectus sheath hematoma: Review of 126 cases at a single institution. *Medicine (Baltimore).* 2006;85:105-10.
7. Villena-Tovar JF. Hematoma de la vaina de los músculos rectos del abdomen. Informe de un caso. *Cir Cir.* 2010;78:543-5.

8. Luhmann A, Williams EV. Rectus sheath hematoma: A series of unfortunate events. *World J Surg.* 2006;30:2050-5.
9. García Bear I, Macías Robles MD, Baldonado Cernuda RF, Álvarez Pérez JA, Jorge Barreiro JI. Hematoma espontáneo de la vaina del recto: un reto diagnóstico. *Emergencias.* 2000;12: 269-71.
10. Barquero-Romero J, Cerezo Arias MO, Rodríguez Vázquez C, Trenado Pérez R, Rodríguez Reyes A. Dolor y hematoma de la pared abdominal. *Gastroenterol Hepatol.* 2007;30:506-9.

R. Sanjuán Domingo^{a,*}, C. Roig Salgado^b,
B. Sierra Bergua^c, M.V. Villaverde Royo^{d,e}
y M.P. López Galindo^c

^a Urgencias Hospitalarias, Hospital Ernest Lluch, Calatayud, Zaragoza, España

^b Radiología, Hospital Obispo Polanco, Teruel, España

^c Urgencias Hospitalarias, Hospital Clínico Universitario Lozano Blesa, Zaragoza, España

^d Universidad San Jorge, España

^e Dirección Primaria Servicio Aragonés de Salud, España

* Autor para correspondencia.

Correo electrónico: sanjuanraquel@hotmail.es
(R. Sanjuán Domingo).

<http://dx.doi.org/10.1016/j.semerg.2013.11.005>

Trastornos electrocardiográficos tras intoxicación alcohólica aguda



Electrocardiographic anomalies after acute alcohol intoxication

La intoxicación etílica aguda es la intoxicación más frecuente en nuestro medio^{1,2}. Las manifestaciones clínicas más importantes de la intoxicación etílica aguda son los cambios conductuales, la labilidad emocional, el deterioro de la capacidad de juicio, la marcha inestable y la disminución de la capacidad de atención, aunque los casos más graves pueden producir pérdida de conciencia, coma, e incluso muerte por depresión cardiorrespiratoria. Aunque la ingesta de bajas cantidades de alcohol durante largos períodos de tiempo es cardioprotectora, el consumo crónico y excesivo de alcohol favorece la aparición de arritmias, alteraciones electrocardiográficas y produce un efecto deletéreo sobre el miocardio, dando lugar a la miocardiopatía alcohólica.

Presentamos el caso de un paciente varón de 59 años con antecedentes de fumador y bebedor en grado tóxico, encefalopatía de Wernicke, tuberculosis y alergia al ácido acetilsalicílico, que es remitido al servicio de urgencias al ser encontrado semiinconsciente en la calle.

A su llegada a urgencias el paciente se encontraba ebrio, desorientado y afebril con dolor generalizado, aunque no a nivel torácico. No refería clínica anginosa previa ni antecedentes de infarto de miocardio. La auscultación cardiopulmonar era normal, y en la analítica general llamaba la atención una alcoholemia de 310,0 mg/dl con marcadores cardiacos repetidos dentro de la normalidad. El resto de los parámetros analíticos evidenciaron hemoglobina de 11,7 g/dl con volumen corpuscular medio de 91 fL, cifra de plaquetas de 161.000/ μ L, vitamina B₁₂ de 126 pg/ml y ácido fólico de 3 ng/dl. Por su parte, la creatinina, los iones, la ferritina y la hormona estimulante del tiroides se encontraban dentro de la normalidad.

El electrocardiograma al ingreso presentaba ritmo sinusal con supradesnivel del ST de 2 mm en V1-V3 y onda T isodifásica en I y aVL con tendencia, en electrocardiogramas posteriores, a la normalización del supradesnivel anterior, aunque con persistencia de ondas T negativas en precordiales (fig. 1). La radiografía de tórax, por su parte, evidenció

un infiltrado basal derecho (fig. 2A,B) en el posible contexto de broncoaspiración, mientras que la tomografía computarizada (TC) cerebral mostró prominencia de los surcos y cisuras cerebrales con dilatación del sistema ventricular en relación con atrofia cerebral corticosubcortical. No se identificaron signos de hemorragia intra ni extraaxial, ni signos de expansividad que sugiriesen la existencia de una lesión ocupante de espacio ni signos de isquemia cerebral aguda (fig. 2C).

La ecocardiografía transtorácica de control evidenció hipertrofia concéntrica ligera del ventrículo izquierdo con función global conservada (fracción de eyección por Simpson del 59%) sin trastornos segmentarios de la contractilidad. No se evidenció derrame pericárdico ni alteraciones a nivel valvular ni de la función del ventrículo derecho. Por su parte,

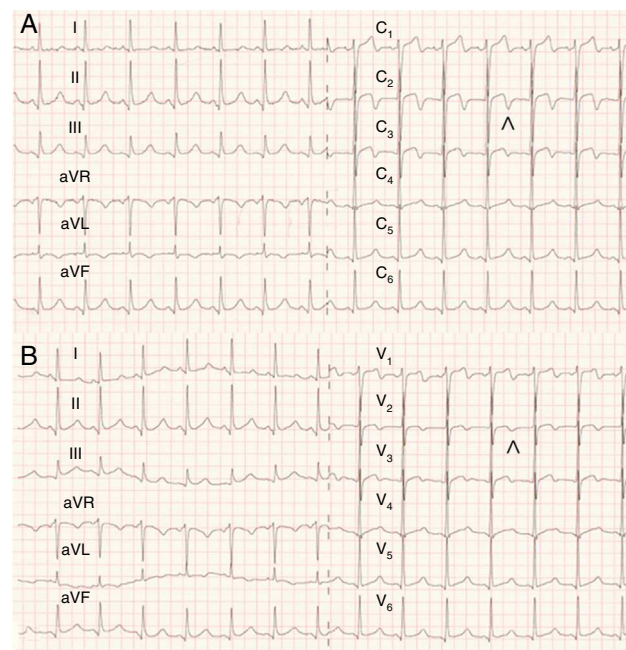


Figura 1 Electrocardiograma de 12 derivaciones en el momento del ingreso (A) que sugieren isquemia coronaria (supradesnivel del ST con T isodifásicas en la cara anterior) y a las 4 h (B) con alteraciones inespecíficas de la onda T en precordiales (la punta de flecha señala los cambios evolutivos en la onda T de la derivación V2).