

Imagen del mes

Síntomas atípicos en el diagnóstico de hematoma de la vaina de los rectos tras colecistectomía laparoscópica.

Atypical symptoms in the diagnosis of rectus sheath hematoma after laparoscopic cholecystectomy.

Berlanga Jiménez L, Gallego Vela A, Chivite Moreno A

Hospital Universitario Virgen de Valme. Sevilla.

RESUMEN

El hematoma de la vaina de los músculos rectos (HVR), es una acumulación de sangre dentro de la capa de tejido que rodea los músculos rectos del abdomen¹. Es una causa poco común de dolor abdominal, constituyendo aproximadamente, el 2 % del total. Se relaciona frecuentemente con el uso de anticoagulación, con el traumatismo abdominal de alto impacto y actualmente, con las heridas ocasionadas por los trócares de laparoscopia. Su curso suele ser autolimitado y con síntomas que pueden hacer que pase desapercibido, pero puede llegar a ser mortal tras un shock hipovolémico².

Con el fin de ayudar en el diagnóstico de futuros casos, exponemos el nuestro en particular.

Palabras clave: hematoma recto abdominal, disuria, dolor abdominal.

CORRESPONDENCIA

Laura Berlanga Jiménez
Hospital Universitario Virgen de Valme
41014 Sevilla
lauraberlangaj@gmail.com

XREF

ABSTRACT

Rectus sheath hematoma (RSH) is an accumulation of blood within the layer of tissue surrounding the rectus abdominis muscles¹. It is a rare cause of abdominal pain, constituting approximately 2% of the total. It is frequently related to the use of anticoagulation, high-impact abdominal trauma, and currently, increasingly, to wounds caused by laparoscopic trocars. Its course is usually self-limited and with symptoms that can cause it to go unnoticed, but it can be fatal after hypovolemic shock².

In order to help in the diagnosis of future cases, we present ours in particular.

Key words: rectus sheath hematoma, dysuria, abdominal pain.

CASO CLÍNICO

Mujer de 49 años con colelitiasis sintomática que es sometida a colecistectomía laparoscópica reglada. Se realizó dicha intervención bajo neumoperitoneo con aguja de Veress a nivel umbilical y con colocación de cuatro trócares (con cuchilla) en posición americana. Se procedió al doble clipaje de conducto cístico y arteria cística completando visión crítica de seguridad, exéresis de la vesícula de su lecho, hemostasia y comprobación de la integridad de estómago,

CITA ESTE TRABAJO

Berlanga Jiménez L, Gallego Vela A, Chivite Moreno A. Síntomas atípicos en el diagnóstico de hematoma de la vaina de los rectos tras colecistectomía laparoscópica.. Cir Andal. 2025;36(1):48-50. DOI: 10.37351/2025361.12

duodeno y colon derecho. Por último, se retiraron los trócares bajo visión directa con nueva revisión de hemostasia y sin ninguna incidencia intraoperatoria. El tiempo total de la cirugía fue de 40 minutos, aproximadamente. Fue dada de alta al día siguiente de la intervención sin ningún tipo de complicación.

A los nueve días de la intervención, la paciente solicitaba revisión a través del número de contacto corporativo facilitado al alta. Refería dolor continuo epigástrico irradiado a fosa iliaca derecha. Sensación distérmica, cierta disuria y orinas "oscuras". Sin otra sintomatología.

A la exploración, presentaba abdomen distendido y timpánico con dolor a la palpación de hemiabdomen inferior. Sin evidencia de asimetrías.

Ante la sospecha de HVR, se realizó analítica sin evidencia de anemización con respecto a analíticas previas y una tomografía axial computerizada (TAC) con contraste intravenoso de abdomen que mostraba un hematoma derecho de localización preperitoneal de 5x3x13cm (T x AP x CC). En el seno de dicho hematoma se delimitaba la arteria epigástrica inferior, pero sin signos de sangrado activo.

Dado el buen estado general que presentaba la paciente y la no existencia de sangrado activo, se realizó manejo conservador y control estrecho desde las consultas de Cirugía General. En las sucesivas revisiones, la paciente refería mejoría clínica, aunque persistencia de algunos síntomas. En los hemogramas de control las cifras de hemoglobina se mantenían estables y las ecografías abdominales realizadas en consulta no evidenciaban un aumento del tamaño de dicho hematoma.

A los tres meses, la paciente se encontraba asintomática y en el TAC de abdomen de control el hematoma estaba resuelto.

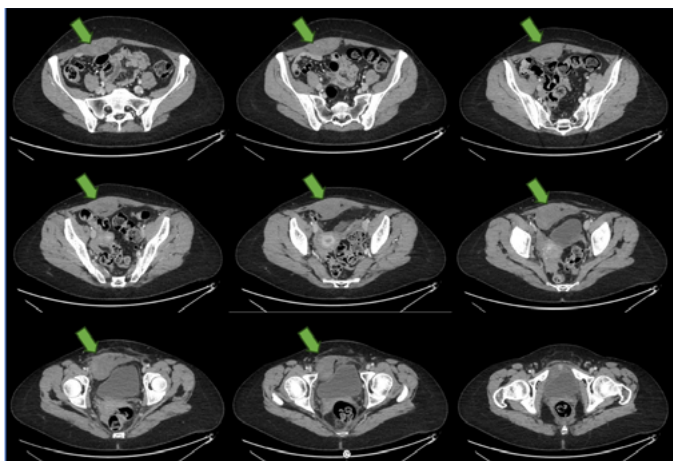


Figura 1

Cortes axiales consecutivos de TAC de abdomen con contraste intravenoso para diagnóstico del HVR.

DISCUSIÓN

En los últimos años, con el uso extendido de la laparoscopia, se han reportado casos de HVR asociados a la colocación de trócares³. La pequeña herida necesaria para los mismos, puede crear la falsa



Figura 2

Corte sagital de TAC de abdomen con contraste intravenoso para diagnóstico del HVR. Medición de su eje mayor craneo-caudal.

seguridad de una hemostasia correcta y pasar inadvertido un sangrado importante a nivel de la pared abdominal.

La hemorragia se debe generalmente a la rotura de la arteria epigástrica inferior o de pequeños vasos intramusculares. La ausencia de vaina posterior, desde la arcada de Douglas hasta el pubis, deja más desprotegidos el músculo y los vasos, explicándose así que el 70-80% de los hematomas sean infraumbilicales⁴. De esta forma, la existencia de masa palpable a la exploración es poco habitual siendo el síntoma más frecuente el dolor abdominal seguido de fiebre, náuseas o vómitos, sensibilidad en la zona y síntomas urinarios.

Para el diagnóstico de confirmación es necesaria una prueba de imagen que suele ser el TAC. Si bien en otros tiempos se proponía el diagnóstico precoz y el tratamiento quirúrgico, en general,

se recomienda una actitud conservadora como tratamiento de elección⁵. Las medidas no quirúrgicas incluyen reposo, compresión, hielo y analgesia con un éxito descrito de hasta el 80%. En pacientes anticoagulados se debe considerar riesgo-beneficio de cese de dicho tratamiento al menos, disminuir su posología a dosis terapéuticas. Solo en pacientes con anemia y repercusión hemodinámica se plantearía transfusión y manejo quirúrgico, siendo la angioembolización la intervención inicial más apropiada⁶.

Coincidimos en que el tratamiento conservador con analgésicos y antiinflamatorios es satisfactorio, consiguiendo aliviar el dolor en pocos días, aunque la masa pueda tardar varios meses en desaparecer^{7,8}. A pesar de ello, no podemos obviar los casos graves y los signos y síntomas sobre los que se debe estar alerta.

BIBLIOGRAFÍA

1. Contrella B, Park A, Wilkins L, Sheeran D, Hassinger TE, Angle JF. Spontaneous rectus sheath hematoma: factors predictive of conservative management failure. *J Vasc Interv Radiol*. 2020; 31:323–330.
2. Gupta AK, Parker BM, Ross AS. Rectus Sheath Hematoma Causing Bladder Outlet Obstruction. 2020 May 5;12(5): e7974. doi:10.7759/cureus.7974.
3. Hatjipetrou A, Anyfantakis D, Kastanakis M. Rectus sheath hematoma: a review of the literature. *Int J Surg* 2015; 13: 267-71. <https://doi.org/10.1016/j.ijssu.2014.12.015>.
4. Lee PW.R, Bark M, Macfie J, Pratt D. The ultrasound diagnosis of rectus sheath haematoma. *Br J Surg*, 64 (1977), pp. 633-634.
5. Rosell Pradas J, Guerrero Fernández-Marcote JA, Vara Thorbeck R. Hematoma del músculo recto abdominal como falso abdomen agudo (aportación de tres casos). *Rev Esp Enf Ap Digest*, 74 (1988), pp. 385-387.
6. Allen M, Sevensma KE. Rectus Sheath Hematoma. 2023 Jan 30. In: StatPearls [Internet]. Treasure Island (FL): StatPearls Publishing; 2023 Jan-. PMID: 30085575.
7. Weishaupt D, Goebel N. Rectus sheath hematoma detection of hemorrhage of ruptured aneurysm of the epigastric artery in CT. *Vasa*, 26 (1997), pp. 55-57.
8. 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*, 84 (1997), pp. 1295-1297.