

HEMATOMA MESENTÉRICO ESPONTÁNEO ASOCIADO A WARFARINA CON RESOLUCIÓN QUIRÚRGICA.

SPONTANEOUS MESENTERIC HEMATOMA ASSOCIATED TO WARFARIN WITH SURGICAL RESOLUTION.

José Gabriel Yaryura Montero^{1,2}, María Laura Petersen¹, Mario Alberto Cafaro¹, Roberto Darío Cárdenas Villa¹, Agustín Bianco¹, Blanca Cardozo Dutra¹, José Sebastián García¹.

1 Servicio de Cirugía General, Sanatorio Allende, Córdoba, Argentina.

2 Email de contacto: josegabyyaryura91@gmail.com

Conceptos claves:

Lo que se conoce sobre el tema es la baja incidencia de presentación de los hematomas mesentéricos espontáneos, con un alto índice de morbimortalidad; sin protocolos claros de conductas a seguir en la bibliografía mundial y con una tendencia al tratamiento médico conservador. En el presente artículo se aporta una conducta quirúrgica en un paciente sin shock; priorizando la clínica del paciente al presentar signos de irritación peritoneal. Creemos que los signos de irritación peritoneal deben ser un pilar en la indicación de cirugía, sin esperar a que el paciente presente signos de shock.

Recibido: 2019-02-14 Aceptado: 2019-04-27
DOI: <http://dx.doi.org/1853.0605.v76.n2.23472>



© Universidad Nacional de Córdoba

Resumen:

El hematoma mesentérico espontáneo es una entidad infrecuente. Se lo ha relacionado con anticoagulación prolongada, principalmente con el uso de warfarina. No se ha establecido un tratamiento estándar hasta la fecha; sugiriéndose en pacientes hemodinámicamente estables un tratamiento conservador, mientras que en pacientes inestables el tratamiento quirúrgico. Nuestro objetivo es presentar el caso de un hematoma mesentérico asociado a anticoagulación prolongada con resolución quirúrgica. Paciente de sexo femenino de 67 años de edad, consultó por dolor abdominal de 24 horas de evolución y signos de peritonismo; se realizó tomografía computada con diagnóstico de hematoma mesentérico espontáneo. En el contexto de una paciente clínicamente estable anticoagulada con warfarina, se decidió laparotomía de urgencia con resección intestinal del segmento afectado por el hematoma. El informe de anatomía patológica reveló hemorragia masiva submucosa. Conclusión: La conducta quirúrgica en pacientes con peritonismo, estables hemodinámicamente, puede considerarse seguro y efectivo.

Palabras clave: hematoma; mesenterio; anticoagulantes; warfarina; procedimientos quirúrgicos operativos.

Abstract:

Spontaneous mesenteric hematoma is infrequent. It has been related to prolonged anticoagulation, mainly with warfarin. No definitive treatment has been established; A treatment is suggested in hemodynamically stable patients, while in patients in shock, the surgical treatment is suggested. Our goal is to present the case of a mesenteric hematoma associated with prolonged conservative anticoagulation with surgical resolution. Female patient with 67 years old, consulted for 24 hours of evolution abdominal pain and signs of peritonism; Computed tomography was performed with a diagnosis of spontaneous mesenteric hematoma. In the context of a clinically stable patient anticoagulated with warfarin, emergency laparotomy with intestinal resection of the segment affected by the hematoma was decided. Pathological anatomy reports massive submucosal hemorrhage. Conclusion: Surgical behavior in patients with hemodynamically stable peritonism can be safe and effective.

Key words: hematoma; mesentery; anticoagulants; warfarin; surgical procedures, operative.

Introducción

El hematoma mesentérico espontáneo (HME) es una entidad clínica quirúrgica infrecuente (1/2500 pacientes)¹. Se ha informado como una complicación en pacientes anticoagulados de manera prolongada, asociado a warfarina^{1,2}. El diagnóstico estándar se realiza con tomografía computada (TC) y su localización más frecuente es el territorio de la arteria mesentérica superior (61%), seguido por la arteria mesentérica inferior (19%) y de origen desconocido (19%)². La conducta quirúrgica en este tipo de patologías permanece en discusión.

Conceptos clave

No se ha establecido tratamiento estándar hasta la fecha; se sugiere que en pacientes hemodinámicamente estables el tratamiento sea conservador, mediante la corrección de parámetros de coagulación con Vitamina K, plasma fresco congelado o concentrado de complejo de protrombina^{3, 4, 5}. Se plantea también tratamiento hemodinámico con posibilidad de embolización; dejando el tratamiento quirúrgico como alternativa en pacientes con inestabilidad hemodinámica. Actualmente se discute la indicación de cirugía en pacientes con signos de peritonitis, sin previo tratamiento hemodinámico^{3,4,5}.

Se aporta un caso clínico con diagnóstico de HME, asociado al uso prolongado de warfarina, diagnosticado por TC, priorizando el tratamiento quirúrgico ante signos de irritación peritoneal, en un paciente estable hemodinámicamente.

Caso Clínico

Paciente femenina de 67 años, con antecedentes de colocación de válvula biológica mitral Hancock N° 27 con plástica tricuspídea, en el contexto de tratamiento anticoagulante con warfarina de 10 mg a la semana; presentó un abdomen agudo de 24 horas de evolución de característica progresiva, intensidad severa, localizado en epigastrio y asociado a vómitos biliosos, sin antecedentes de enfermedades gastrointestinales crónicas, ni traumatismos recientes.

La paciente presentaba antecedentes patológicos de hipertensión arterial e hipotiroidismo, ex tabaquista. Al examen clínico presentaba estabilidad hemodinámica, distensión y timpanismo abdominal, ruidos hidroaéreos disminuidos, defensa abdominal y reacción peritoneal generalizada. En el laboratorio presentaba 13 mil glóbulos blancos/dl con 80% de neutrófilos. PCR 36.78mg/dl, RIN 10.40, APP 9%, KPTT 133. Se le realizó ecografía abdominal que informó escaso líquido libre y en la radiografía de tórax ausencia de neumoperitoneo. Se realizó TC abdominal con contraste endovenoso (EV) que informó un engrosamiento concéntrico y homogéneo del íleon, aspecto de abanico inflamatorio/hemorrágico a nivel mesentérico de 15 cm de extensión y líquido libre en fondo de saco de Douglas (**figura 1**).

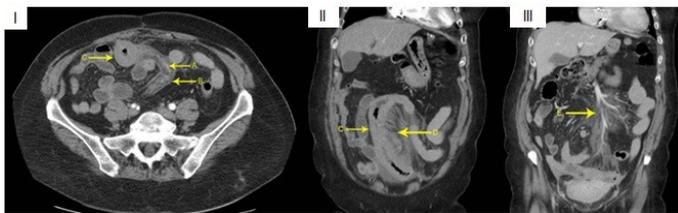


Figura 1. TC de abdomen y pelvis con contraste EV. I: Corte axial en fase arterial. II: Corte coronal en fase arterial. III: Corte coronal en fase venosa. A: Arteria mesentérica superior. B: Hematoma mesentérico. C: Engrosamiento de pared intestinal. D: Aspecto en abanico lineal del plano graso con edema mesentérico. E: Vena mesentérica permeable.

Ante este cuadro clínico, se decidió tratamiento quirúrgico. Se infundieron ocho unidades de complejo de protrombina (factores de coagulación sanguínea II, VII, IX y X). Se realizó laparotomía exploradora con incisión mediana supra-umbilical para obtener acceso a los cuatro cuadrantes abdominales, en la semiografía

intraoperatoria se objetivó líquido libre serohemático, signos de sufrimiento intestinal delgado a 60 cm de ángulo de Treitz y hematoma mesentérico en región correspondiente (**figura 2**). Se realizó resección segmentaria de 24 cm de intestino delgado con anastomosis latero-lateral mediante sutura mecánica lineal, cursando su postoperatorio sin complicaciones con alta sanatorial al quinto día. Anatomía patológica informó intestino delgado con hemorragia masiva submucosa, serosa opaca, con mesenterio de aspecto hemorrágico, sin límites precisos.

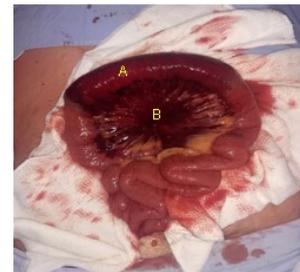


Figura 2. Fotografía intraoperatoria: A. Hematoma y edema intestinal. B. Gran hematoma mesentérico.



Figura 3. Fotografía intraoperatoria: A. Anastomosis latero-lateral con sutura mecánica lineal 100 mm. B: Resección intestinal con sutura mecánica lineal 100 mm.

Discusión

El primer caso de HME fue descrito en el año 1909⁷ siendo su localización más frecuente es en el territorio de la arteria mesentérica superior (61%), seguido por la arteria mesentérica inferior (19%) y el origen desconocido (19%)².

La etiología de los hematomas mesentéricos, en su mayor frecuencia es por traumatismos; siendo su aparición espontánea algo infrecuente.

Los de índole no traumática pueden vincularse a conectivopatías, neoplasias, arteriopatías, coagulopatías, terapia anticoagulante, pancreatitis aguda, enfermedad de Crohn y hernia inguinal encarcelada^{2,6,7,8}. Actualmente no existen protocolos claros de tratamiento^{2,8,9}. La aparición de un HME puede ser una complicación infrecuente del tratamiento prolongado con anticoagulantes orales, dado que aumentan el riesgo de desarrollar complicaciones hemorrágicas multiorgánicas graves, incluyendo la hemorragia intramural del intestino delgado, hematoma de la pared, hemorragias abdominales y retroperitoneales^{2,10}. Se asocia principalmente con warfarina y en menor frecuencia con otros anticoagulantes como rivaroxaban^{1,2}. Se ha informado en todos los casos un valor elevado de RIN^{1,11,12}.

El síntoma más frecuente es el dolor abdominal agudo¹, asociado en diferente frecuencia a diarrea, melena, íleo, oclusión intestinal y signos de inestabilidad hemodinámica^{2,10}. Es importante llegar al diagnóstico precozmente, evitando la evolución a un estado clínico

Hematoma mesentérico espontáneo

grave, como falla hemodinámica, obstrucción o perforación intestinal².

La ecografía abdominal puede ayudar en el diagnóstico objetivando un engrosamiento de la pared intestinal³, sin embargo un resultado negativo no descarta el diagnóstico¹. La TC es el estudio diagnóstico estándar, con una especificidad del 71,4%^{1,13,14,15}. Los hallazgos diagnósticos típicos incluyen el engrosamiento de la pared circunferencial, estrechamiento de la luz, hiperdensidad y obstrucción, y permite además descartar otras etiologías¹.

Se ha descrito que el tratamiento depende del estado hemodinámico¹. En pacientes estables el tratamiento es conservador en primera instancia, incluyendo la reanimación, la corrección de la anticoagulación con Vitamina K, plasma fresco congelado o concentrado de complejo de protrombina¹; la revisión bibliográfica describe la posibilidad de realizar angiografía visceral selectiva con posibilidad a embolización con posterior conducta conservadora en caso de controlar la hemorragia^{1,7}. Por el contrario, en pacientes con inestabilidad hemodinámica el tratamiento sugerido es quirúrgico⁷.

Bibliografía

1. Bekheit M, AlaaSallam M, Khafagy P y cols. Non-traumatic intramural hematomas in patients on anticoagulant therapy: Report of three cases and overview of the literature. *Afr J Emerg Med.* 2014; 4(4): e1–4.
2. Hirano K, Bando T, Osawa S y cols. Spontaneous mesenteric hematoma of the sigmoid colon associated with rivaroxaban: A case report. *Int J Surg Case Rep.* 2018; 44: 33–7.
3. Yoldaş T, Erol V, Çalışkan C, Akgün E y cols. Spontaneous intestinal intramural hematoma: What to do and not to do. *Ulus Cerrahi Derg.* 2013; 29 (2): 72–5.
4. Hou S-W, Chen C-C, Chen K-C y cols. Sonographic diagnosis of spontaneous intramural small bowel hematoma in a case of warfarin overdose. *J Clin Ultrasound.* 2008; 36 (6): 374–6.
5. Uzun MA, Koksall N, Gunerhan Y y cols. 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 (5): 272–3.
6. Shikata D, Nakagomi H, Takano A y cols. Report of a case with a spontaneous mesenteric hematoma that ruptured into the small intestine. *Int J Surg Case Rep.* 2016; 24: 124–7.
7. Parker S, Thompson J. Spontaneous mesenteric haematoma; diagnosis and management. *BMJ Case Rep.* 2012.
8. Aguilar-Fernández I, Martínez-Ríos I, Gavilán-Carrasco J y cols. Spontaneous mesenteric hematoma of unknown origin. *An Med Interna* 2006; 23(6): 296–7.
9. Hassan I, Rasmussen T, Schwarze U y cols. Ehlers-Danlos Syndrome Type IV and a Novel Mutation of the Type III Procollagen Gene as a Cause of Abdominal Apoplexy. *Mayo Clin Proc.* 2002; Vol. 77.
10. De Brito P, Gomez M, Besson M y cols. Hématome mésentérique: rare complication d'un traitement anticoagulant oral au longcours. *Ann Chir.* 2006; 131(9): 529–32.
11. Ou-Yang C, Hsiao T, Chou Y y cols. Spontaneous intramural small-bowel hematoma dueto a rare complication of warfarin therapy: Report of two cases. *J. Acute Med.* 2014; 4(1): 45–8.
12. Moffah M, Cahill R, Johnston S. Spontaneous sublingual and intramural small-bowel hematoma in a patient on oral anticoagulation. *Gastroenterol Insights.* 2012; 4(2): 17.
13. Sorbello M, Utiyama E, Parreira J y cols. Spontaneous intramural small bowel hematoma induced by anticoagulant therapy: review and case report. *Clinics (Sao Paulo).* 2007; 62 (6): 785–90.
14. Jimenez J. Abdominal pain in a patient using warfarin. *Postgrad Med J.* 1999; 75(890): 747–8.
15. Askey J. Small bowel obstruction due to intramural hematoma during anticoagulant therapy, a non-surgical condition. *Calif Med.* 1966; 104(6): 449–53.

En el presente trabajo se plantea una alternativa terapéutica quirúrgica en pacientes estables que presentan signos clínicos de peritonitis u obstrucción intestinal, al igual que aquellos que no responden al tratamiento médico conservador^{3,13,14,15}. La clínica es respaldada por imágenes en la TC, ya que se puede observar cambios relacionados con enfermedad vascular mesentérica, engrosamiento de la pared intestinal, incluso neumatosis intestinal⁷.

Conclusión

Consideramos que en pacientes con HME la clínica del paciente con signos de irritación peritoneal debe primar y ser un determinante para definir el tratamiento quirúrgico precoz.

Financiación

Esta publicación no presenta fuentes de apoyo

Conflictos de interés

No existen conflictos de interés.