

**HEMATOMAS ESPONTÁNEOS DE RECTOS:  
CARACTERÍSTICAS CLÍNICAS**

*Rafael Perelló Carbonell,  
Alejandro Smitshon Amat,  
María Jesús Adrián Martín,  
Carles Miret Mas,  
Miquel Nolla Salas.*

**Servicio de Urgencias. Hospital Espiritu Santo.  
Avenida Mossen Pons i Rabada s/n, DP 08923.  
Santa Coloma de Gramanet. España.  
Teléfono: 933860205 ext. 505.  
Fax: 933850100.  
Correo electrónico: [95149@imas.imim.es](mailto:95149@imas.imim.es)**

## **INTRODUCCIÓN:**

El hematoma de rectos (HR) es una patología infrecuente. El objetivo de este estudio es describir las características clínicas y la evolución de una serie de pacientes que acudieron al Servicio de Urgencias de nuestro hospital y fueron diagnosticados de HR.

## **MÉTODOS:**

Se trata de un estudio retrospectivo en el que se ha revisado el historial clínico de 12 pacientes con HR ingresados en nuestro hospital en los últimos 5 años (5 varones, 7 mujeres: edad media de 71 años). 9 de dichos pacientes se encontraban bajo tratamiento anticoagulante (6 con anticoagulantes orales (ACO), 1 con heparina de bajo peso molecular (HBPM) y 2 simultáneamente con HBPM y ACO), 1 con aspirina y 2 no recibían ni anticoagulación ni antiagregación. Las indicaciones por las que realizaban tratamiento anticoagulante fueron: 7 por fibrilación auricular crónica y/o por valvulopatía y 2 por antecedentes o sospecha de TEP. La comorbilidad estaba presente en el 83% de los pacientes revisados.

## **RESULTADOS:**

La presencia de un golpe de tos fue el antecedente desencadenante más común encontrado (66% de los pacientes). Respecto a la clínica asociada, todos los pacientes presentaron dolor abdominal de inicio brusco y un 83% referían la aparición de una masa abdominal. Con relación a la localización del hematoma, 7 se localizaron en el lado derecho, 4 en el izquierdo y 1 fue bilateral. La media de días de ingreso hospitalario fue de 11 días, no existiendo diferencias estadísticamente significativas entre los que realizaban tratamiento anticoagulante (12 días) y los que no (8 días). El tratamiento fue médico, encaminado a normalizar la hemostasia en todos los pacientes con HR y tratamiento anticoagulante asociado. En una paciente se realizó además una arteriografía con embolización selectiva de las arterias epigástricas, dado el cuadro de inestabilidad hemodinámica que presentó. Ninguno de los pacientes recibió tratamiento quirúrgico. Respecto a la evolución clínica fue peor en los pacientes con HR y tratamiento anticoagulante asociado (4 desarrollaron shock hipovolémico (3 mujeres y 1 hombre) y de ellos una mujer falleció) respecto a los HR sin anticoagulación asociada (ningún paciente desarrolló shock ni fue exitus) aunque las diferencias no fueron estadísticamente significativas. Precisaron soporte transfusional 5 de los pacientes con HR y anticoagulación asociada, y ninguno de los HR sin anticoagulación asociada (tabla 1).

## **CONCLUSIONES:**

El HR es una entidad clínica poco frecuente con una prevalencia mayor en mujeres que en hombres. Se debe sospechar la presencia de HR en todo paciente que consulte por aparición de dolor de inicio brusco y presencia de una masa abdominal, bien de forma espontánea o tras un traumatismo mínimo como un golpe de tos, particularmente si el paciente recibe tratamiento anticoagulante. En ocasiones el HR puede confundirse con un abdomen agudo. Se debe estrechar la vigilancia de estos pacientes, particularmente

aquellos que reciben anticoagulantes dado que 1/3 presentaran una evolución desfavorable. Inicialmente el tratamiento debe ser conservador y de soporte, reservándose la cirugía para cuando exista progresión, infección del hematoma y/o inestabilidad hemodinámica. En casos seleccionados se deben considerar tratamientos alternativos de radiología intervencionista que han demostrado eficacia y seguridad como la arteriografía con embolización selectiva (Fig.1), en pacientes que no responden al tratamiento conservador del HR (Fig.2).

## **BIBLIOGRAFÍA**

Perelló R, Smithson A, Miret C y Nolla M. Radiología intervencionista en el tratamiento del hematoma de pared abdominal. *Med Clin (Barc)*. 2005;125:77-78.

Linhares MM, Lopes Filho GJ, Bruna PC, Ricca AB, Sato NY, Sacalabrini M. Spontaneous haematoma of the rectus abdominis sheath: a review of 177 cases with report of 170 personal cases. *Int Surg*. 1999;84:251-7.

Zainea GG, Jordan F. Rectus sheath haematoma: their pathogenesis, diagnosis, and management. *Am Surg* 1998;54:630-3.

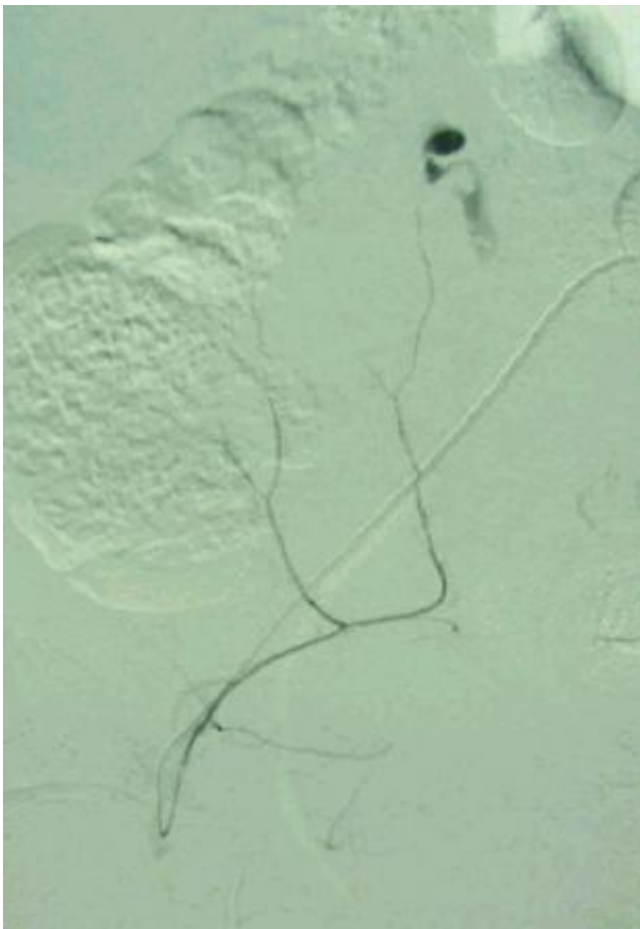


Figura 1

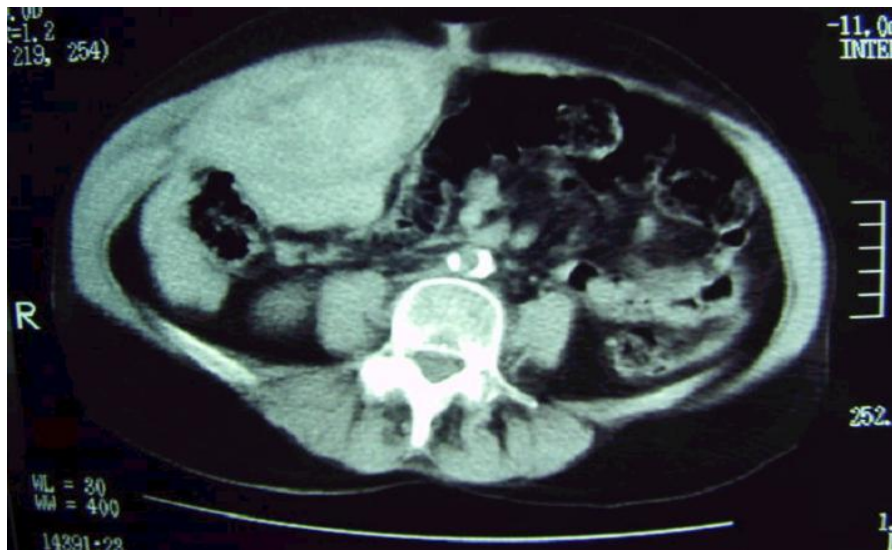


Figura 2

**Tabla 1. Resumen de resultados.**

Paciente/edad años/sexo	Motivo descoagulación	Tipo de descoagulación	Factor precipitante	Síntomas	Concentrados transfundidos	Shock	Exitus	Días de ingreso
1/70/M	PV	ACO	Golpe de tos	Dolor y masa palpable	6	Si	No	22
2/81/H	ND	AG	Contractura musculatura	Dolor y masa palpable	0	No	No	8
3/72/H	ND	-	Golpe de tos	Dolor y masa palpable	0	No	No	14
4/57/M	ND	-	Golpe de tos	Dolor y masa palpable	0	No	No	4
5/80/H	FA	ACO	Golpe de tos	Dolor y masa palpable	0	No	No	10
6/80/M	TP	HBPM+ACO	-	Dolor y masa palpable	4	No	No	27
7/57/M	PV	ACO	Golpe de tos	Dolor y masa palpable	0	No	No	10
8/71/M	FA	HBPM+ACO	Golpe de tos	Dolor y masa palpable	2	Si	Si	9
9/74/H	FA	ACO	Golpe de tos	Dolor y masa palpable	6	Si	No	20
10/85/M	FA	ACO	Golpe de tos	Dolor y masa palpable	0	No	No	1
11/71/H	FA	ACO	-	Dolor y masa palpable	0	No	No	8
12/54/M	sTP	HBPM	-	Dolor y masa palpable	5	Si	No	TH

M, mujer; H, hombre; PV, prótesis valvular; FA, fibrilación auricular; TP/sTP, tromboembolismo pulmonar o sospecha de tromboembolismo pulmonar; ND, no descoagulación; HBPM, heparina bajo peso molecular; ACO, anticoagulantes orales; AG, antiagregación; TH, traslado hospitalario