

# Hematoma de la vaina del recto

## A propósito de dos observaciones y una revisión casuística del Hospital de Clínicas

Dres. Federico Schneeberger<sup>1</sup>, Andrés Banchemo<sup>2</sup>,  
Javier Seoane<sup>3</sup>, Gustavo Rodríguez<sup>4</sup>

### Resumen

Se analizan 7 casos de hematoma de la vaina del recto, incluyendo casuística del Hospital de Clínicas desde 1979 a 1987.

Se establece la baja frecuencia de esta patología resaltando la poca utilidad de la clínica para el diagnóstico positivo y el valor actual de los estudios imagenológicos (ultrasonografía y tomografía axial computarizada).

El tratamiento quirúrgico, aunque tiene sus indicaciones surge habitualmente de un error diagnóstico.

La confirmación diagnóstica permite adoptar un tratamiento médico que logra a menudo una evolución favorable.

**Palabras clave:** Recto – complicaciones  
Hematoma de la vaina del recto –  
diagnóstico – terapia

### Summary

Seven cases of hematoma of the sheath of the rectus abdominis muscle are analysed, including Hospital de Clínicas casuistry from 1979 to 1987. This pathology's low frequency is established; the clinic's little use for positive diagnosis and the present importance of imagenological studies (ultrasonography and computerized axial tomography) is pointed out. Although surgical treatment is sometimes indicated, it is usually the result of diagnostic mistakes. Diagnostic confirmation makes possible the adoption of medical treatment with frequent favourable evolution.

Departamento de Emergencia del H. de Clínicas. Director: Profesor Doctor José Trostchansky.

<sup>1</sup> Profesor Adjunto Cirujano. <sup>2</sup> Residente de Cirugía (M.S.P.). <sup>3</sup> Residente de Cirugía (CASMU). <sup>4</sup> Médico Postgrado.

Trabajo presentado a la Sociedad de Cirugía el 3 de mayo de 1989.

**Correspondencia:** Dr. F. Schneeberger. Rbla. Rpca. de México 5973. Montevideo.

### Introducción

El hematoma de la vaina del recto constituye una entidad patológica cuyo conocimiento se remonta a la misma antigüedad<sup>(1)</sup>.

Se trata de una afección poco común, aunque su curva de incidencia revela un ascenso progresivo vinculado al uso creciente de la terapia anticoagulante.

Históricamente el diagnóstico clínico puede resultar difícil lo que lleva a laparotomías innecesarias, a veces de graves consecuencias, particularmente en aquellos pacientes de alto riesgo<sup>(2,3)</sup>.

El advenimiento de nuevos procedimientos imagenológicos permite actualmente la correcta tipificación de esta enfermedad.

El tratamiento de una paciente operada por dos episodios sucesivos de esta patología nos lleva a efectuar una revisión de la casuística del Hospital de Clínicas con el fin de analizar la sintomatología; precisar el valor de los actuales procedimientos de diagnóstico y señalar las posibles opciones terapéuticas.

### Material clínico

Se analizan los casos tratados en el Hospital de Clínicas entre los años 1979 y 1987. Estos suman solamente 5 casos. Se agregan otros dos casos correspondientes a una misma paciente tratada por nosotros en la actividad extrahospitalaria.

Pensamos que resulta ilustrativo presentar nuestros dos casos clínicos (Tabla 1).

### Caso 1

O.A.L. (GREMCA). Ingresó el 23/4/83.

Mujer de 61 años, que lavando ropa, instala dolor

**Tabla 1.** Síntesis de los dos casos observados por los autores

	Caso 1	Caso 2
Edad	61	64
Sexo	Femenino	Femenino
Síntomas		
Dolor	Si	Si
Náuseas	Si	No
Tumor	Si	Si
Examen tumor	Si	Si
Dolor	Si	Si
Laboratorio hematocrito	41%	41%
Factor precipitante	Lavar ropa	Micción
Diagnóstico inicial	Eventración	Hematoma
Tratamiento quirúrgico	Si	Si
Evolución	Favorable	Favorable

en el hemiabdomen izquierdo, de tipo puntada, de intensidad creciente, con aparición en esa localización de una tumefacción que aumenta progresivamente de volumen. Náuseas, no vómitos. No deposiciones intestinales.

Antecedentes de cardiopatía isquémica tratada con betabloqueantes, digitálicos y antiaritmicos. Operada de hernia umbilical hace años. Niega eventración postoperatoria. En tratamiento actual por úlcera gástrica con cimetidina y antiácidos.

Al examen: Obesa, leve hipocoloración cutáneo-mucosa.

En abdomen: Cicatriz transversa centroabdominal con ausencia de cicatriz umbilical. En hemiabdomen izquierdo existe una gran tumefacción que deforma la cicatriz antedicha, persiste con la contracción abdominal y se presenta dolorosa tensa e irreductible.

Hematocrito: 41%.

Se opera de urgencia con el diagnóstico de eventración estrangulada.

Incisión transversa sobre la tumoración. La exploración revela un gran hematoma de la vaina rectal izquierda. Se realiza sección de la hoja anterior de la vaina y extracción de gran cantidad de coágulos. Lavado con suero y hemostasis dejando drenaje aspirativo. Cierre parietal por planos. Buena evolución postoperatoria. Nuevo hematocrito 35%. Alta el 28/4/83.

## Caso 2

O.A.L. (GREMCA).

Mujer de 64 años. Ingresa el 23/8/86.

Operada 3 años antes de un hematoma de la vaina de los rectos.

Pocas horas antes de su ingreso instala, luego de una micción, dolor tipo puntada en el hemiabdomen derecho, de intensidad progresiva, percibiendo en dicha topografía una tumefacción de volumen creciente.

No vómitos. Deposiciones intestinales normales.

Al examen: Obesa; no anemia clínica. Abdomen globuloso, presentando en el hemiabdomen derecho una tumoración de 16 cms x 12 cms, extendiéndose desde el hipocondrio derecho hasta el pubis, no sobrepasando la línea media.

No cambios en la piel. Presión arterial: 200/100 mms.

Los estudios realizados informan: electrocardiograma: Arritmia completa por fibrilación auricular. Hematocrito: 41%. Radiografía de abdomen: normal.

Se opera el 24/8/86 con el diagnóstico de hematoma espontáneo de la vaina rectal derecha. La exploración confirma el diagnóstico, encontrándose gran cantidad de coágulos y varias fibras musculares sangrantes.

Se evacúan los coágulos y se realiza la hemostasis. Lavado con suero dejando drenaje aspiratorio. Cierre parietal por planos.

Buena evolución postoperatoria con alta al cuarto día (27/8/86). El análisis de la casuística del Hospital de Clínicas entre los años 1979 y 1987, muestra 5 casos con el diagnóstico final de hematoma espontáneo de la vaina del recto. La distribución por sexos revela un predominio femenino con una tasa de 4 a 1. Las edades predominan en la quinta década con dos casos de 55 años y otro de 57; los restantes tienen 29 y 72 años. el dolor constituye el síntoma constante en todos los pacientes; no observándose náuseas ni vómitos. Al examen físico se palpa una tumoración abdominal en todos los casos. En uno de ellos el tacto vaginal presume su filiación genital. La tumoración está localizada en el hipocondrio derecho; en la región paraumbilical izquierda, en la fosa ilíaca derecha; en hipogastrio y fosa ilíaca derecha y en el último paciente tiene los caracteres de una masa abdominopélvica. El factor precipitante corresponde a una terapia anticoagulante sumada a un cuadro de tos en un paciente; a la hipertensión arterial en dos casos; al esfuerzo de tos en otro caso y al postparto inmediato en el restante.

El diagnóstico positivo de hematoma de la vaina del recto se realiza en tres pacientes. En los dos casos restantes se diagnostica erróneamente una colecistitis aguda y un quiste torcido de ovario.

La punción abdominal realiza el diagnóstico de hematoma en dos pacientes. La ecografía se efectúa en dos casos; en uno, confirma el diagnóstico de hematoma realizado por la punción; en el otro, informa un tumor solidoquistico paravesical pero no confirma el diagnóstico clínico de hematoma.

En dos pacientes el diagnóstico se basa funda-

mentalmente en la clínica y resulta equivocado siendo la laparotomía la que corrige ese diagnóstico.

En los tres pacientes con diagnóstico de hematoma se instala un tratamiento médico con buena evolución.

Posteriormente uno de ellos se pierde al seguimiento ya que no concurre nuevamente a Policlínica.

Se operan los dos pacientes con diagnóstico clínico erróneo de colecistitis aguda y de quiste de ovario en sufrimiento. En el primero el procedimiento quirúrgico consiste en evacuación del hematoma y hemostasis con una evolución final satisfactoria. En el restante, no se actúa sobre el hematoma presentando igualmente una buena evolución postoperatoria.

## Comentarios

El hematoma espontáneo de la vaina de los rectos es objeto de múltiples denominaciones. Así, la literatura adopta indistintamente la terminología de ruptura del músculo recto; ruptura espontánea de la arteria epigástrica y/o hematoma espontáneo de la pared abdominal.

Del punto de vista etiopatogénico resulta de la rotura de las fibras del músculo recto abdominal o de un desgarramiento de los vasos epigástricos con hemorragia dentro de la vaina rectal.

Se considera una enfermedad de aparición relativamente poco frecuente. En efecto, no existen cifras exactas respecto a su real incidencia, si bien en la literatura existen más de 500 casos publicados<sup>(2)</sup>.

En una revisión autopsica de la Clínica Mayo de 20.520 necropsias correspondientes a 22 años, se reportan 17 hematomas de la vaina rectal<sup>(2)</sup>.

En nuestro medio encontramos solo dos publicaciones referentes a esta patología<sup>(4,5)</sup>.

Asimismo la revisión del Hospital de Clínicas (1979-1987) arroja un número reducido de casos.

De acuerdo a Titone<sup>(3)</sup> existe un factor precipitante en casi todos los casos, pudiendo reservarse la denominación de «espontáneo o idiopático» para la minoría.

La bibliografía consultada refiere que entre los jóvenes del sexo masculino los factores causales más importantes son los traumatismos y el ejercicio muscular; y entre las mujeres, el embarazo.

En la casuística del Hospital de Clínicas la única mujer joven corresponde precisamente a una puérpera de 36 horas de evolución. Actualmente existe una nueva etiología de incidencia aparentemente creciente vinculada a la difusión de la terapia anticoagulante. Uno de los casos del Hospital de Clínicas revela este factor precipitante.

El cuadro clínico se diagnostica mal con frecuencia, lo cual coincide con nuestro primer caso personal

y con dos de los casos revisados del Hospital de Clínicas.

El dolor está habitualmente presente (todos los casos analizados) y el examen físico está siempre centrado en la existencia de una tumoración, que se caracteriza por ser dolorosa, no pulsátil, fija con la contracción parietal y por delimitarse dentro de la vaina rectal. Por debajo de la arcada de Douglas la hoja posterior de la vaina está constituida únicamente por la fascia transversalis de manera que un hematoma puede irritar el peritoneo vecino y hacia abajo continuarse al Retzius y comprimir la vejiga, lo que explica la aparición de síntomas de irritación peritoneal y también de filiación genitourinaria que a menudo dificultan el diagnóstico clínico.

Puede existir una coloración azulada periumbilical o en el sector infraumbilical (signo de Cullen),<sup>(2,6)</sup> que no la observamos en nuestra casuística.

El diagnóstico clínico puede resultar difícil, lo que explica la confusión con otras patologías referidas en la literatura: apendicitis aguda, quiste de ovario, torsión de ovario en sufrimiento, embarazo ectópico roto, eventración estrangulada, colecistitis aguda como se observa en algunos de los casos analizados<sup>(1)</sup>.

La literatura afirma que el diagnóstico inicial correcto basado en la clínica se realiza solo entre un 17 y 40% de los casos<sup>(2,3)</sup>.

Nuestra casuística revela 3 diagnósticos erróneos, planteándose una colecistitis aguda, un quiste torcido de ovario y una eventración estrangulada.

La urografía de excreción, el colon por enema y la radiografía de abdomen, utilizados ampliamente en el pasado, permiten únicamente excluir otras patologías.

La punción abdominal diagnóstica, de valor positivo en dos de los casos del Hospital de Clínicas, tiene asignado un escaso éxito en la literatura<sup>(2,7)</sup>.

Muchas veces, sin embargo, la laparotomía exploradora es la que realiza finalmente el diagnóstico como ocurre en tres de las observaciones presentadas.

En el momento actual los estudios imagenológicos constituyen indudablemente el pilar diagnóstico fundamental.

La ecografía representa el método de elección para diagnosticar esta entidad. Suma las ventajas de ser accesible, rápida, no invasiva y económica. Permite localizar con precisión la tumoración dentro de los límites de la vaina rectal y puede establecer la existencia de sangre líquida y coágulos en su interior<sup>(6)</sup>. La fibrolaparoscopia puede constituir una alternativa válida y efectiva cuando el diagnóstico es incierto<sup>(8)</sup>. Puede resultar inconveniente por su carácter invasivo y por requerir un tiempo de protrombina adecuado, lo cual puede significar un impedimento en algún caso particular de enfermo, como ser en aquellos bajo terapia anticoagulante.

La tomografía axial computarizada constituye un método exacto, no invasivo, y cuando fracasa la ultrasonografía representa la segunda opción de procedimiento diagnóstico <sup>(1)</sup>.

Cuando se realiza el diagnóstico positivo de hematoma de la vaina del recto, el tratamiento quirúrgico puede probablemente evitarse <sup>(3)</sup>.

La tasa de curación lograda con un tratamiento conservador es alta.

Este consiste en: analgesia, reposo y hielo.

En los enfermos que la reciben, suspensión de la terapia anticoagulante.

La operación debe reservarse para aquellos pacientes jóvenes, sanos, con hematomas crecientes, o en aquellos casos en que otra patología aguda intraabdominal no puede descartarse <sup>(3)</sup>.

El tratamiento quirúrgico consiste en la exploración del hematoma, su evacuación y en la hemostasis de los vasos sangrantes pudiendo dejarse o no un drenaje aspirativo.

En nuestra revisión, de los cuatro casos en que se realiza el diagnóstico de hematoma, uno solo de ellos se somete a intervención quirúrgica. (Caso 2 de la casuística personal). En los otros tres pacientes se indica tratamiento médico obteniéndose una evolución satisfactoria.

La evolución resulta habitualmente favorable como

lo confirman las observaciones presentadas. Sin embargo, aunque el hematoma tiende en general a autolimitarse, en algún caso, sobre todo en los pacientes de alto riesgo y con patología cardiovascular grave, puede contribuir o aun determinar un desenlace fatal <sup>(2)</sup>.

## Bibliografía

1. **Gocke JE, Maccarty RL, Fouk WT.** Rectur sheath hematoma. Diagnosis by computed tomography scanning. *Mayo Clin Proc.* 1981; 56: 757.
2. **Ducatman BS, Ludwig J, Hurt RD.** Fatal rectus sheath hematoma. *JAMA.* 1983; 249: 924.
3. **Titone C, Lipsius M, Krakauer JS.** «Spontaneous» hematoma of de rectus abdominis muscle. Critical review of 50 cases with emphasis on early diagnosis and treatment. *Surgery.* 1972; 72: 568.
4. **Infantozzi J.** Hematoma retromuscular de la vaina del recto del abdomen y embarazo. *Arch. Urug. Med. Cir. Esp.* 1937; 11(2): 145-9.
5. **Grasso AR.** Hematoma espontáneo de la vaina del recto anterior del abdomen. *Bol. Soc. Cir. Urug.* 1945; 16:206.
6. **Wyath GM, Spitz HB.** Ultrasound in the diagnosis of rectus sheath hematoma. *JAMA.* 1979, 241: 1 499.
7. **Hamilton JV; Flinn G, Haynie ChC, Cefalo RC.** Diagnosis of rectus sheath hematoma by B-mode ultrasound. A case report. *Am J Obstet Gynecol* 1976; 125:562.
8. **Grossman MB, Friedman IH, Wolff Wi Wi.** Laparoscopic diagnosis of abdominal wall hematoma. *Gastrointest. Endosc.* 1976; 23: 93.