

HEMATOMA INTRAMURAL GÁSTRICO EN PACIENTE NO ANTICOAGULADO

A. Flores-Cucho, M.L. Morales-Barroso, F.J. Romero-Vázquez, A. Caunedo-Álvarez, R. Romero-Castro, F. Pellicer-Bautista, J.M. Herrerías-Gutiérrez

Hospital Universitario Virgen Macarena. Sevilla.

Resumen

Se presenta el caso de un paciente varón de 42 años que ingresa inicialmente con dolor abdominal y vómitos persistentes, presentando en las pruebas de imágenes un hematoma intramural en la pared posterior del antro gástrico, además de varices gástricas. El paciente evoluciona favorablemente clínica y radiológicamente con tratamiento conservador. El hematoma intramural gástrico es una entidad poco habitual y solo unos pocos casos describen esta condición, aún más raro en paciente no anticoagulado.

Palabras clave: Hematoma, intramural, gástrico (HIG).

Abstract

We report the case of a 42 year old male patient initially admitted with abdominal pain and persistent vomiting, showing at imaging tests an intramural hematoma in the posterior wall of the gastric antrum, along with gastric varices. The patient progressed well clinically and radiologically with a conservative treatment. Gastric intramural hematomas is a rare entity and only a few cases describe this condition, even rarer in non anticoagulated patients.

Keywords: Gastric, intramural, hematoma.

Introducción

El hematoma intramural del tracto intestinal es una enfermedad rara, y la mayoría se localiza en esófago o en el duodeno¹. El hematoma intramural gástrico (HIG) es aún más raro, y se ha descrito con mayor frecuencia en asociación con coagulopatía, enfermedad úlcera péptica, trauma, microaneurismas entre otros. Solo unos pocos informes de casos describen esta condición^{2, 3}. Se presenta el caso de un HIG que se ha producido por la ruptura de varices gástricas secundaria a valsalva por vómitos persistentes y que ha evolucionado favorablemente con tratamiento conservador.

Presentación del caso

Paciente varón de 42 años, con antecedente personal de pancreatitis aguda de etiología enólica sin tratamiento actual. Ingresó a nuestro servicio por epigastalgia, náuseas y vómitos persistentes de 3 semanas de evolución. El examen físico mostró un buen estado general, tensión arterial 112/73 mmHg, frecuencia cardíaca 83 latidos/min. En las pruebas de laboratorio, el hemograma fue normal. PCR 87 mg/l. (normal <5). Amilasa 298 U/L (normal 30-120 U/L). Las Pruebas de función hepática y de coagulación fueron normales. Ante la clínica que presentó se realizó tomografía axial computarizada (TAC) de abdomen que mostró engrosamiento de la pared del cuerpo y antro gástrico donde se ubica contenido hiperdenso en su interior compatible con contenido hemático, además de líquido libre en ligamento gastrohepático, falciforme, periesplénico y subfrénico izquierdo (Figura 1), se realizó gastroduodenoscopia apreciándose un marcado edema y eritema de la mucosa desde la región prepilórica hasta el bulbo duodenal; 1 semana después del ingreso se realizó AngioTAC de abdomen donde se visualizó a nivel de la pared posterior del antro gástrico en el espacio intramural una lesión de 5 cm que corresponde al HIG, signos de pancreatitis crónica, colaterales de derivación porto sistémicas en abdomen superior y varices intramurales gástricas. La Ecoendoscopia que se practicó no mostró varices gástricas,

CORRESPONDENCIA

Alexander Flores Cucho
alefix11@gmail.com

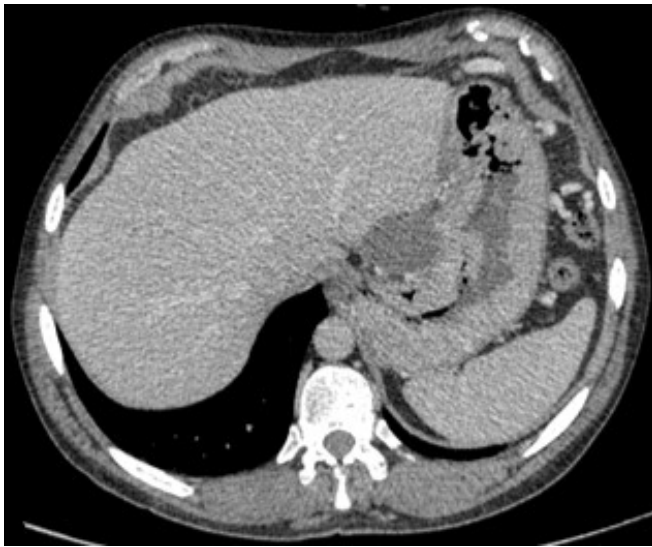


Figura 1

Se observa engrosamiento de la pared del antro gástrico, además de líquido libre en ligamento gastrohepático y falciforme, compatible con contenido hemático.

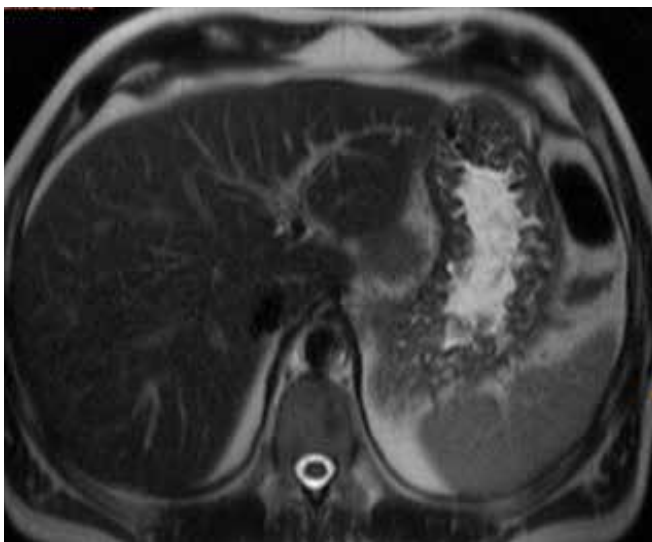


Figura 2

Se observan un menor engrosamiento parietal del antro gástrico sin colecciones dependientes de su pared y la colección hemática en ligamentos gastrohepático es de menor cuantía.

pero se identificó resto de lesiones descritas en TAC previo. Tras 5 semanas de evolución se realizó RMN abdomen observando un menor engrosamiento parietal del antro gástrico sin colecciones dependientes de su pared, la colección hemática en ligamentos gastrohepático era de menor cuantía (Figura 2). La evolución clínica del paciente fue satisfactorio desde el inicio permaneciendo asintomático. Aunque inicialmente hubo un aumento de tamaño de las lesiones descritas en el TAC abdominal, han ido disminuyendo de tamaño, siendo esto evidente en las pruebas de imágenes de control. Se realizó tratamiento conservador con hidratación intravenosa y analgesia, con evolución clínica y radiológica satisfactoria. Pensamos que se trata de hematoma por rotura de varices gástricas secundarias a vómitos persistentes y que en un primer momento sangraron a peritoneo y no a cavidad gástrica.

Discusión

Se realizó una búsqueda en PubMed de todos los casos de adultos reportados de HIG en la literatura inglesa y se identificaron 33 casos.

La incidencia del HIG no se ha descrito, sin embargo se ha reportado la incidencia del hematoma intramural de intestino delgado en pacientes anticoagulados siendo de uno cada 2500 enfermos. En los casos previamente reportados, los HIG pueden resultar de coagulopatía, aneurisma, trauma, enfermedad ulcerosa péptica, pancreatitis, después de procedimientos endoscópicos y hematomas espontáneos²⁻⁵. Sin embargo, la historia clínica de nuestro paciente fue totalmente negativa, y los exámenes de laboratorio mostraron perfiles de coagulación y recuento de plaquetas normales. En nuestro caso, las razones probables de HIG fueron la rotura de varices gástricas secundaria a vómitos y que en un primer momento sangraron a peritoneo y no a cavidad gástrica. Es bien sabido que hay pocos vasos sanguíneos en la capa de la mucosa gástrica, mientras que la submucosa y muscular contienen muchos vasos sanguíneos, hasta la actualidad no ha habido ningún caso de HIG en relación a ruptura de varices gástricas secundaria a emesis que pueden provocar un aumento de la presión intraluminal, pudiendo producirse una disección entre la capa mucosa y muscular; sin embargo la patogénesis exacta se desconoce.

El TAC es el procedimiento diagnóstico de elección para hematomas de la pared gastrointestinal ya que tiene la capacidad de diferenciar con precisión si una masa es sólida o líquida². La angiografía también se ha utilizado para diagnosticar los hematomas gástricos, aunque la razón principal para el uso de esta modalidad es terapéutica más que diagnóstica³. En nuestro paciente se realizó TAC y AngioTAC de abdomen obteniéndose un diagnóstico y control evolutivo óptimo del hematoma, también realizamos RMN abdomen en la evolución, que nos brindó una exactitud diagnóstica muy parecida al TAC.

No existe una terapia estándar establecido para el hematoma intramural gástrico. En informes anteriores, la mayoría de los pacientes se recuperaron tras un tratamiento conservador, sin embargo la cirugía o la embolización arterial puede ser necesario dependiendo del estado del paciente^{2, 3, 6}. Nuestro paciente evolucionó satisfactoriamente con tratamiento conservador, teniendo una mejoría radiológica del hematoma y remitiendo los síntomas que motivaron su ingreso.

BIBLIOGRAFÍA

1. Hughes CE 3rd, Conn J Jr, Sherman JO. Intramural hematoma of the gastrointestinal tract. *Am J Surg.* 1977 Mar; 133(3):276-9.
2. Vivek Dhawan, Ahmed Mohamed, Richard N Fedorak. Gastric intramural hematoma: A case report and literature review. *Can J Gastroenterol.* 2009 January; 23(1): 19-22.
3. Imaizumi H1, Mitsuhashi T, Hirata M, Aizaki T, Nishimaki H, Soma K, Ohwada T, Saigenji K. A giant intramural gastric hematoma successfully treated by transcatheter arterial embolization. *Inter Med.* 2000 Mar; 39(3):231-4.

4. Keum B, Chun HJ, Seo YS, Kim YS, Jeon YT, Lee HS, Um SH, Kim CD, Ryu HS. Gastric intramural hematoma caused by argon plasma coagulation: treated with endoscopic incision and drainage. *Gastrointest Endosc.* 2012 Apr; 75 (4):918-9.

5. Yang CW, Yen HH. Large gastric intramural hematoma: unusual complication of endoscopic submucosal dissection. *Endoscopy.* 2011;43 Suppl 2 UCTN:E240.

6. Sadio A, Peixoto P, Cancela E, Castanheira A, Marques V, Ministro P, Silva A, Caldas A. Intramural hematoma: a rare complication of endoscopic injection therapy for bleeding peptic ulcers. *Endoscopy.* 2011;43 Suppl 2 UCTN:E141-E142.