

Obstrucción intestinal secundaria a hematoma intramural espontáneo: Caso clínico

NICOLÁS BESSER P.¹, CHRISTOPHE RIQUOIR A.¹,
FELIPE BELLOLIO R.¹

Bowel obstruction secondary to a spontaneous intramural hematoma. Report of one case

Spontaneous intramural hematoma (IMH) is an uncommon cause of bowel obstruction, generally secondary to trauma. Even rarer is the spontaneous hematoma, mainly described in anticoagulated patients. We report a 73-year-old female in anticoagulant therapy who presented with a bowel obstruction. A computed tomography (CT) of the abdomen showed a segmentary wall thickening of the distal jejunum, compatible with an IMH which obliterated the lumen and produced dilatation of the proximal bowel loops. Support management was initiated, achieving satisfactory evolution, allowing her discharge 12 days after admission.

(Rev Med Chile 2022; 150: 1681-1684)

Key words: Anticoagulants; Hematoma; Intestinal Obstruction.

¹Departamento de Cirugía Digestiva, Pontificia Universidad Católica de Chile. Santiago, Chile.

Trabajo no recibió financiamiento.

Los autores declaran no tener conflictos de interés.

Recibido el 16 de noviembre de 2022, aceptado el 23 de enero de 2023.

Correspondencia a:
Felipe Bellolio
Pontificia Universidad Católica de Chile.
Diagonal Paraguay 362, Santiago, Chile.
fbelloli@med.puc.cl

El diagnóstico de obstrucción intestinal da cuenta de alrededor del 15% de las hospitalizaciones por dolor abdominal en la urgencia, de las cuales, las obstrucciones intestinales altas representan el 70%. Si bien más del 90% de los casos corresponde a bridas y hernias, existe un gran abanico de causas menos frecuentes que cobran importancia en subgrupos específicos de pacientes^{1,2}.

A continuación, se presenta un caso infrecuente de obstrucción intestinal secundario a hematoma intramural (HIM) espontáneo en un paciente en tratamiento anticoagulante oral.

Caso clínico

Presentamos el caso de una mujer de 73 años con antecedentes de médicos de hipertensión arterial y fibrilación auricular en tratamiento anticoagulante oral (TACO), y antecedentes quirúrgicos de embolectomía femoropoplítea y recambio valvular mitral hace más de 10 años.

Consultó por un cuadro de 18 horas de dolor abdominal difuso de predominio periumbilical asociado a vómitos y 48 horas de ausencia de gases y deposiciones. La paciente refería un tratamiento anticoagulante irregular con acenocumarol, alcanzando INR > 20 en dos controles consecutivos en los últimos 6 días previos, motivo por el cual se había suspendido la terapia, pero sin administración de agentes de reversión.

Clínicamente, estaba en buenas condiciones generales, pero con distensión abdominal y signos de irritación peritoneal. Se realizó Eco-FAST que mostraba escaso líquido libre en los recessos hepatorenal y esplenorrenal, sugerentes de hemoperitoneo.

Se realizó una tomografía computarizada (TC) de abdomen y pelvis que evidenciaba un engrosamiento segmentario de la pared de asas de yeyuno distal, junto con material intraparietal espontáneamente denso que obliteraba el lumen, compatible con un hematoma intramural (HIM) que determinaba dilatación de asas de intestino

hacia proximal, compatibles con una obstrucción intestinal mecánica. No se identificaron signos claros de isquemia transmural pero se observaba presencia de líquido libre perihepático, periesplénico y en la excavación pelviana, sugerentes de hemoperitoneo (Figura 1).

Se decidió hospitalización inicialmente en unidad de paciente crítico, tratándose con analgesia intravenosa, volemicación e instalación de sonda nasogástrica. Se realizó reversión de la anticoagulación mediante Octaplex® 1.000 UI, logrando INR < 2,0 de forma precoz en menos de 3 horas. Al segundo día de estadía hospitalaria se inició realimentación progresiva y se reanudó la anticoa-

gulación con heparina de bajo peso molecular el día posterior. Al quinto día se realizó una nueva TC que mostraba regresión parcial del hematoma y resolución de la dilatación intestinal (Figura 2). Evolucionó favorablemente, con resolución del dolor, recuperación del tránsito intestinal, caída pequeña del hematocrito que solo condicionó una anemia leve y un traslape a TACO hasta alcanzar un INR en rango terapéutico, dándose de alta a los 12 días del ingreso en buenas condiciones. A 5 meses de seguimiento, la paciente se mantiene asintomática y con niveles adecuados de anticoagulación.

El paciente firmó consentimiento informado



Figura 1. Tomografía computada al ingreso. Flecha indica hematoma intramural. Asterisco indica hemoperitoneo perihepático y periesplénico.

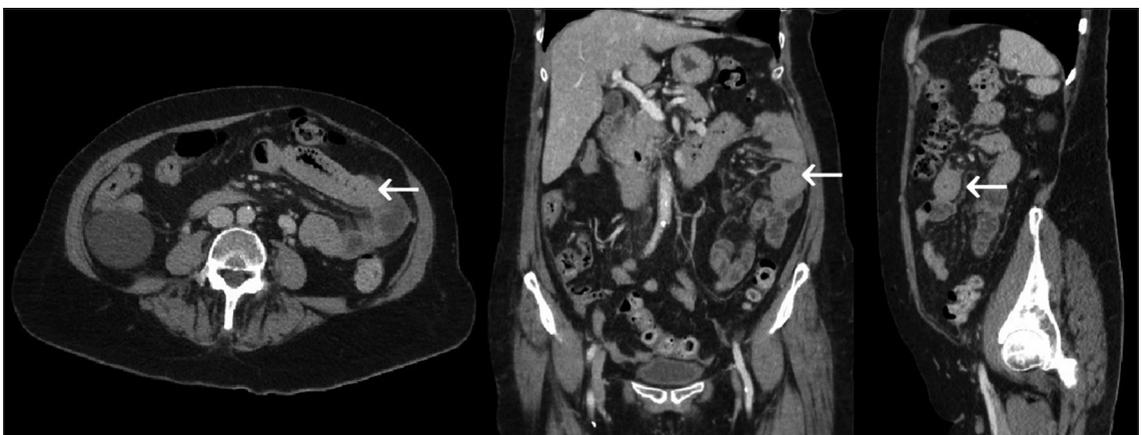


Figura 2. Tomografía computada de control al 5º día de hospitalización. Flecha indica regresión de hematoma intramural. Además, se evidencia resolución de hemoperitoneo.

para participar de estudios científicos y el manuscrito cuenta con la aprobación del comité de ética de nuestra institución.

Discusión

El HIM corresponde a un hematoma secundario a sangrado en la capa submucosa del intestino, normalmente asociado a un trauma abdominal³. Es una causa rara de obstrucción intestinal, existiendo pocos estudios acerca de su real epidemiología. Su incidencia se estima en 1 de cada 20.000 ingresos hospitalarios o en 1 de cada 2.500 pacientes sometidos a tratamiento anticoagulante al año⁴. El HIM espontáneo es aquel que ocurre en ausencia de un trauma evidente, siendo aun menos frecuente como causa de obstrucción intestinal. Normalmente, se presenta con dolor abdominal y clínica de obstrucción intestinal en pacientes añosos sometidos a tratamiento anticoagulante oral con pruebas de coagulación excesivamente alteradas, siendo frecuente un INR mayor a 10⁵. También es frecuente la presencia de hemorragia digestiva en forma de melena y hematemesis en alrededor de 40% de los casos, aunque la mayoría se presenta sin caídas significativas del hematocrito^{5,6}.

El lugar más frecuente de HIM espontáneo es el yeyuno, a diferencia del HIM traumático que afecta más comúnmente al duodeno⁶. El examen de elección es la TC con contraste, donde es posible observar un engrosamiento circunferencial e hiperdensidad del segmento intestinal afectado, con estrechez u obstrucción de su lumen a causa de un material espontáneamente denso, que corresponde al hematoma. Los hematomas traumáticos tienden a ser de extensión limitada, mientras que los hematomas espontáneos tienden a involucrar segmentos intestinales más extensos⁷. El manejo terapéutico es esencialmente médico, reservando la cirugía para casos de sangrado activo. Si bien, debido a lo infrecuente de la enfermedad, no existen estudios de buena calidad que avalen un tratamiento específico, se recomienda la suspensión del tratamiento anticoagulante y su reversión correspondiente, además de la corrección de posibles trastornos hidroelectrolíticos y el tratamiento sintomático con instalación de una sonda nasogástrica en presencia de vómitos⁶. Series de casos que han realizado exploración quirúrgica, por duda

diagnóstica, han descartado la resección intestinal al corroborar la vitalidad de las asas, apoyando la conducta expectante en esta entidad clínica⁸.

La resolución de los síntomas junto con la realimentación y reanudación satisfactoria del tránsito intestinal ocurre normalmente transcurridos 4-16 días, siendo importante considerar el uso de nutrición parenteral en los casos de ayuno prolongado⁶. La recurrencia de sangrado y complicaciones tardías como la estenosis son infrecuentes. Si bien la mortalidad es baja, está descrita secundaria a hemorragia digestiva asociada⁹.

Conclusión

El HIM espontáneo de intestino es una causa infrecuente de obstrucción intestinal que debe ser sospechada en pacientes sometidos a tratamiento anticoagulante oral con tiempos de coagulación considerablemente alterados que consultan con clínica de obstrucción intestinal.

Su manejo es eminentemente médico, siendo de suma importancia su diagnóstico precoz con el objetivo de evitar cirugías innecesarias.

Referencias

1. Gore RM, Silvers RI, Thakrar KH, Wenzke DR, Mehta UK, Newmark GM, et al. Bowel Obstruction. *Radiol Clin North Am.* 2015; 53 (6) :1225-40.
2. Csendes JA, Pereira P, Zamorano DM, Arratia I, Gonzalez J, Carriel F. Tratamiento médico o quirúrgico de la obstrucción intestinal alta. *Rev Chil Cir.* 2016; 68 (3): 227-32.
3. Creasy H, Meleagros L. Excess anticoagulation as a cause of small-bowel obstruction: a report of two cases. *J Surg Case Rep.* 2015; 2015 (4).
4. Bettler S, Montani S, Bachmann F. [Incidence of intramural digestive system hematoma in anticoagulation. Epidemiologic study and clinical aspects of 59 cases observed in Switzerland (1970-1975)]. *Schweiz Med Wochenschr.* 1983; 113 (17): 630-6.
5. Abbas MA, Collins JM, Olden KW. Spontaneous Intramural Small-Bowel Hematoma: Imaging Findings and Outcome. *Am J Roentgenol.* 2002; 179 (6): 1389-94.
6. Sorbello MP, Utiyama EM, Parreira JG, Birolini D, Rasslan S. Spontaneous intramural small bowel hematoma induced by anticoagulant therapy: review and case report. *Clinics.* 2007; 62 (6): 785-90.

7. Zammit A, Marguerat DG, Caruana C. Anticoagulation-induced spontaneous intramural small bowel haematomas. *BMJ Case Rep.* 2013;2013.
8. Yoldaş T, Erol V, Çalışkan C, Akgün E, Korkut M. Spontaneous intestinal intramural hematoma: What to do and not to do. *Ulus Cerrahi Derg.* 2013; 29 (2): 72-5.
9. Lorente-Ramos RM, Santiago-Hernando A, Valle-Sanz YD, Arjonilla-Lopez A. Sonographic diagnosis of intramural duodenal hematomas. *J Clin Ultrasound.* 1999; 27 (4): 213-6.