



# HEMATOMA MURAL ESPONTÁNEO DE INTESTINO DELGADO

María S. Fernández <sup>(1)</sup>, Juan J. Boretti <sup>(2)</sup>, David Biagiola <sup>(2)</sup>, Sebastian Giacosa <sup>(3)</sup>

(1) Médica Residente del Servicio de Cirugía General

(2) Médico Especialista en Cirugía General

(3) Médico Especialista en Diagnóstico por imágenes

Sanatorio Parque – Bv. Oroño 860, (2000) Rosario, Argentina

Correspondencia a: fernandezsol95@gmail.com

Fecha de publicación: 03/04/2023

**Citación sugerida:** Fernández MS, Boretti JJ, Biagiola D y col. Hematoma mural espontáneo de intestino delgado. Anuario (Fund. Dr. J. R. Villavicencio) 2023;30. Disponible en: <https://villavicencio.org.ar/anuario/30/hematoma-mural-espontaneo.pdf>. ARK: <http://id.caicyt.gov.ar/ark://smpir5qa1>

Este es un artículo de acceso abierto distribuido bajo los términos de Creative Commons Attribution License (<https://creativecommons.org/licenses/by-nc-sa/4.0/deed.es>), esto permite que Ud. lo use, lo distribuya y lo adapte, sin propósitos comerciales, siempre que se cite correctamente el trabajo original. Si crea un nuevo material con él, debe distribuirlo con la misma licencia.

## Resumen

**Introducción:** El hematoma mural espontáneo de intestino delgado es una entidad rara que debe sospecharse en pacientes con antecedentes de discrasias sanguíneas o en tratamiento con medicación anticoagulante, que se presenta con cuadro clínico de dolor abdominal. La realización de la tomografía abdominal con contraste tiene un gran valor diagnóstico.

**Objetivo:** Se expuso un caso clínico de hematoma mural espontáneo de intestino delgado, se puntualizaron métodos diagnósticos y posterior resolución terapéutica.

**Presentación del caso:** Paciente mujer de 71 años con antecedentes de trombosis venosa profunda en tratamiento crónico con anticoagulantes orales por más de 30 años. Por presentar cuadro infeccioso a nivel de vías aéreas superiores se le indicó claritromicina 250 mg cada 12 horas vía oral. Cinco días posteriores al comienzo de la ingesta, desarrollo dolor abdominal, continuo.

La analítica mostró hematocrito estable y alteración en los tiempos de coagulación.

Se realiza de tomografía axial computada sin signos de oclusión intestinal, se decide control médico. En su evolución desarrolló empeoramiento de sintomatología abdominal, se realiza video laparoscopia constatándose sangre libre en cavidad abdominal (hemoperitoneo). Compromiso de aproximadamente 25 cm de intestino delgado proximal que se encon-

## SPONTANEOUS MURAL HEMATOMA OF THE SMALL INTESTINE

### Abstract

**Introduction:** Spontaneous mural hematoma of the small bowel is a rare entity which should be suspected in patients with a history of blood dyscrasias or under anticoagulant therapy, it presents accompanied by abdominal pain. Contrast-enhanced abdominal computed tomography is of great diagnostic value.

**Objective:** A clinical case of spontaneous mural hematoma of the small intestine was presented; diagnostic methods and subsequent therapeutic resolution were indicated.

**Case presentation:** A 71-year-old female patient with a history of deep vein thrombosis under chronic treatment with oral anticoagulants for more than 30 years is presented. Clarithromycin 250 mg every 12 hours orally was prescribed due to upper airway infection. Five days after the beginning of the intake, the patient developed continuous abdominal pain. The blood test showed stable hematocrit and alteration in the coagulation times.

A computed axial tomography was performed without signs of intestinal occlusion; therefore a medical control was decided. During the evolution, the patient developed worsening of abdominal symptoms; a video laparoscopy was performed and free blood was found in the abdominal cavity (hemo-



traba aumentado de tamaño y el meso correspondiente presentaba un hematoma contenido.

Se reseca el segmento del intestino delgado involucrado con anastomosis. La paciente evolucionó favorablemente y fue dada de alta al cuarto día postoperatorio.

Conclusiones: La droga responsable más común resulto ser la warfarina (81%) y el sitio más frecuente donde los hematomas espontáneos se producen fue el íleon (46%). En caso de oclusión intestinal, signos de hemoperitoneo o isquemia, tiene indicación quirúrgica.

**Palabras clave:** Hematoma espontáneo, intestino delgado.

peritoneum). Almost 25 cm of the proximal small bowel was involved, which was enlarged and the corresponding meso showed a contained hematoma. The segment of small bowel involved was resected with anastomosis. The patient evolved favorably and was discharged on the fourth day after surgery.

Conclusions: The most common responsible drug turned out to be warfarin (81%) and the most frequent site where spontaneous hematomas occur was the ileum (46%). Surgery is indicated in cases of intestinal occlusion, signs of hemoperitoneum or ischemia.

**Keywords:** Spontaneous hematoma, small bowel.

### Introducción:

El hematoma mural espontáneo de intestino delgado es una entidad rara, que debe sospecharse en pacientes con antecedentes de discrasias sanguíneas o en tratamiento con medicación anticoagulante, que se presentan con cuadro clínico de dolor abdominal. La realización de la tomografía abdominal con contraste tiene un gran valor diagnóstico.

### Objetivos:

Se expuso un caso clínico de hematoma mural espontáneo de intestino delgado, se puntualizaron métodos diagnósticos y posterior resolución terapéutica.

### Presentación del caso:

Paciente mujer de 71 años con antecedentes de trombosis venosa profunda en tratamiento crónico con anticoagulantes orales por más de 30 años. Por presentar cuadro infeccioso a nivel de vías aéreas superiores se le indicó claritromicina 250 mg cada 12 horas vía oral. Cinco días posteriores al comienzo de la ingesta, desarrolló cuadro de dolor abdominal, continuo con exacerbaciones cólicas a predominio centro abdominal y en hipogastrio por lo cual decidió consultar a urgencias. La paciente se encontraba en buen estado general. Sin signos de respuesta inflamatoria sistémica, con dolor centro abdominal, sin defensa. Ruidos hidroaéreos conservados. Sin signos de oclusión intestinal.

La analítica mostró hematocrito 37%, hemoglobina 12 g/dl, recuento de plaquetas 482000/mm<sup>3</sup>, recuento de

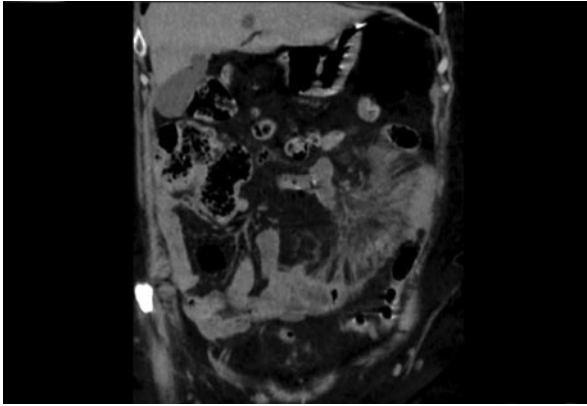
glóbulos blancos 13800/mm<sup>3</sup>, control de coagulación tiempo de tromboplastina parcial activada con caolín (KPTT) 89 segundos (valor de referencia 26-36 segundos), tiempo de protombina (TP) 120 segundos tasa 7% (valor de referencia 70-120 %), rango internacional normatizado (RIN) 10.

Se decidió la realización de tomografía axial computada (Figura 1), (Figura 2), (Figura 3).

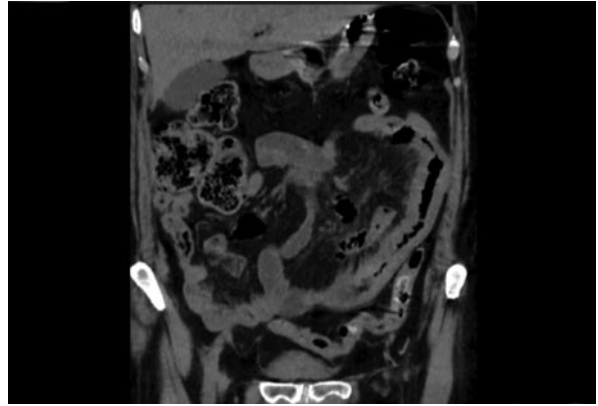
Con estas imágenes y la clínica de la paciente se decidió control médico. En su evolución desarrolló mayor dolor abdominal y agregó vómitos. A la palpación presentaba defensa en hipogastrio y fosa ilíaca derecha. Se decidió la reversión de su anticoagulación con plasma fresco congelado y vitamina K y realización de video laparoscopia.

En la cirugía se constató sangre libre en cavidad abdominal (hemoperitoneo). Compromiso de aproximadamente 25 cm de intestino delgado proximal que se encontraba aumentado de tamaño, con paredes engrosadas e intensamente hiperémicas. En un segmento de menos de 2 centímetros, presentaba colon violeta oscuro, con solución de continuidad serosa y salida espontánea de sangre roja a cavidad abdominal. El meso correspondiente presentaba un hematoma contenido (Figura 4).

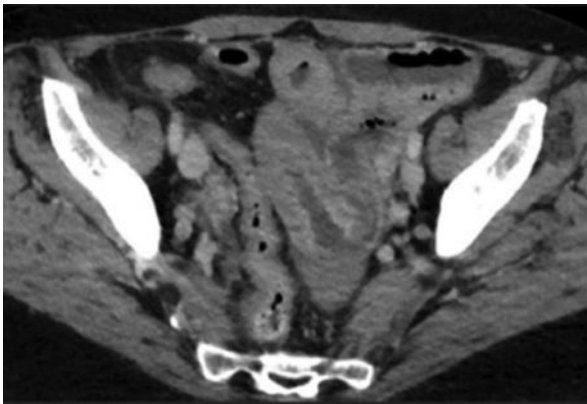
Por todos estos hallazgos y la evolución clínica de la paciente, se decidió la resección segmentaria del intestino delgado involucrado con anastomosis. La paciente evolucionó favorablemente y fue dada de alta al cuarto día postoperatorio.

**Figura 1:** Hallazgos tomográficos

Alteración de la grasa del mesentérica segmentaria.

**Figura 2:** Hallazgos tomográficos

Engrosamiento segmentario de asa de intestino delgado en región de fosa ilíaca derecha.

**Figura 3:** Hallazgos tomográficos

Cambios inflamatorios con realce mucoso y subseroso marcado. Moderada cantidad de líquido libre a nivel de fondo de saco de Douglas.

**Figura 4:** Imagen operatoria

Imagen operatoria que muestra el compromiso segmentario del intestino delgado con su mesenterio correspondiente. En uno de los extremos se visualiza la solución de continuidad serosa, origen del hemoperitoneo.

La anatomía patológica informó: resección de intestino delgado con hemorragia transmural disecante de la pared, asociada a exulceraciones y necrosis irregular de la mucosa (infarto). Meso congestivo, hemorrágico. No se reconoce trombosis vascular (Figura 5), (Figura 6), (Figura 7).

**Discusión:**

El hematoma mural del intestino delgado fue descrito en 1838 por McLaughlan, se la relaciona en la gran mayoría de las veces a la ingesta de drogas anticoagulantes.

La droga responsable más común es la warfarina (81%), seguido por el ácido acetil salicílico (13,5%), clopidogrel (2,7%) y heparina de bajo peso molecular (2,7%). Otros factores de riesgo incluyen la hemofilia, púrpura trombocitopénica idiopática, insuficiencia hepática, leucemia, linfoma, Von Willebrand, pancreatitis y cáncer de páncreas.<sup>1,2</sup>

Los hematomas espontáneos se producen en el yeyuno (43%), íleon (46%), duodeno (11%), pudiendo ser múltiples en 2,7 % de los caso.<sup>1</sup>

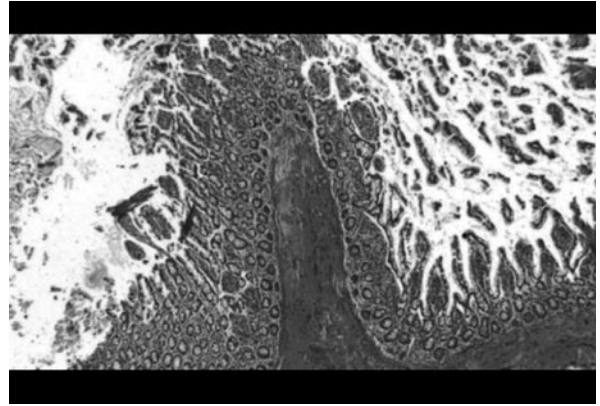
Se presenta con dolor abdominal, náuseas y vómitos,

**Figura 5:** Preparado anatomopatológico de pieza quirúrgica



Corte transversal del intestino delgado donde se aprecia el engrosamiento secundario al hematoma mural.

**Figura 6:** Preparado histológico



Preparado histológico de resección de intestino delgado con tinción de hematoxilina y eosina. Se visualiza hemorragia transmural disecante desde capa mucosa hacia capa muscular.

pudiendo acompañar una hemorragia digestiva en el 35 % de los casos o un verdadero abdomen agudo peritonítico.

Para el diagnóstico es importante la sospecha ante la ingesta de anticoagulantes orales. La valoración del estado de anticoagulación es clave. Un valor de RIN > 3 se asocia a riesgo de sangrado.

La ecografía puede mostrar un asa de intestino delgado engrosada, con hiperecogenicidad a nivel de la submucosa y disminución de la peristalsis.<sup>3</sup>

La tomografía axial computada sin contraste es de gran utilidad. Se describe engrosamiento simétrico, hiperdenso (50 – 80 UH), de un segmento del intestino delgado que habitualmente no es mayor a los 25 cm, disminución de la luz y signos indirectos de oclusión intestinal. En los casos que el hematoma haya producido una solución de continuidad en la serosa, se puede observar líquido libre en cavidad o hematoma del mesenterio.<sup>2,4</sup> La infusión de contraste endovenoso es muy importante para evaluar el estado de los vasos mesentéricos ya que uno de los diagnósticos diferenciales más importantes de esta patología es la isquemia mesentérica. Segmentos cortos con engrosamiento de más de 10 mm de la pared del intestino delgado es característico de hemorragia intramural.<sup>4</sup>

Frecuentemente responde bien con tratamiento conservador que consiste en discontinuar las drogas anticoa-

gulantes, ayuno, transfusiones en caso de ser necesario y vitamina k.

En 5 a 7 días la clínica revierte y en un par de meses se espera que también los cambios tomográficos. Pacientes desnutridos y con antecedentes de accidente cerebro vascular tienen más chances de tener estadías prolongadas.

El 20 % de los casos los pacientes deben ir a cirugía. Las razones son: oclusión intestinal, abdomen agudo peritonítico o duda diagnóstica.

#### **Conclusiones:**

El hematoma mural espontáneo de intestino delgado es una entidad rara, que debió sospecharse en pacientes con antecedentes de discrasias sanguíneas o en tratamiento con medicación anticoagulante, que se presentan con cuadro clínico de dolor abdominal.

La droga responsable más común resultó ser la warfarina (81%) y el sitio más frecuente donde los hematomas espontáneos se produjeron fue el íleon (46%).

Además se remarcó la importancia de la utilización de la tomografía sin contraste para su diagnóstico y seguimiento, ya que habitualmente el tratamiento es conservador.

#### **Conflicto de intereses:**

Los autores declaran no tener conflicto de intereses.



**Bibliografía:**

1. Kang EA, Han SJ, Chun J, et al. Clinical features and outcomes in spontaneous intramural small bowel hematoma: cohort study and literature review. *Intest Res.* 2019[citado 10/10/2019];17:135-143. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC6361017/>

2. Abbas MA, Collins JM, Olden KW. Spontaneous intramural small-bowel hematoma: imaging findings and outcome. *AJR Am J Roentgenol.* 2002[citado 01/02/2022];179:1389-1394. Disponible en: <https://www.ajronline.org/doi/full/10.2214/ajr.179.6.1791389>

3. Frisoli JK, Desser TS, Jeffrey RB, et al. Thickened submucosal layer: a sonographic sign of acute gastroin-

testinal abnormality representing submucosal edema or hemorrhage. 2000 ARRS Executive Council Award II. *AJR Am J Roentgenol.* 2000[citado 24/02/2000];175:1595-1599. Disponible en: <https://www.ajronline.org/doi/pdf/10.2214/ajr.175.6.1751595>

4. Macari M, Chandarana H, Balthazar E, et al. Intestinal ischemia versus intramural hemorrhage: CT evaluation. *AJR Am J Roentgenol.* 2003[citado 23/03/2002];180:177-184. Disponible en: <https://www.ajronline.org/doi/pdf/10.2214/ajr.180.1.1800177>