

**Hematoma del
músculo recto
del abdomen.
Reporte de un caso
clínico**

SALVADOR RODRIGUEZ M.
JAIME P. CONSTANTINER***

UNO DE LOS CUADROS que por su aparente gravedad y por las serias dudas diagnósticas a que da lugar, debe estar presente en la mente del clínico, a pesar de su poca frecuencia, es la hemorragia espontánea del músculo recto anterior del abdomen.

La escasa literatura nacional sobre el tema y el haber observado nosotros, un caso reciente, nos ha impulsado a comunicar éste caso para que el médico lo tenga presente ante toda sospecha de "abdomen agudo", cuadro con el que a menudo suele confundirse erróneamente¹.

El hematoma que se desarrolla dentro de los límites de la vaina del recto anterior del abdomen puede ser causado bien por la ruptura muscular, o bien por lesión vascular (vasos epigástricos)², condicionados ambas por una serie de factores etiológicos que analizaremos más adelante la hemorragia o la ruptura muscular pueden ser de muy poca severidad, o llegar hasta la rotura completa, y hemorragia masiva³: de ahí la presentación gradual o brusca de la sintomatología, y el consiguiente e interesante problema diagnóstico que a menudo éste cuadro presenta.

Existen citas en la literatura⁴, de que el hematoma del recto anterior del abdomen fue ya motivo de estudio para Hipócrates y Galeno en la segunda y tercera centuria de nuestra era.

En 1882, Mayal, citado por Halperin⁵, reúne 14 observaciones de la literatura mundial entre los años de 1809 a 1880: Thorex⁶ señala que quizás el primer caso reportado en detalle fue el de Richardson, en 1857.

Entre nosotros conocemos los reportes de Flores Espinosa⁷ y de Steimle⁸.

* Cirujano del Hospital General.

** Cirujano del Hospital General. F. A. C. S.

CASO CLINICO

S. B. de 55 años de edad, casada, fue vista por primera vez por uno de nosotros el día 14 de agosto de 1961, a las 2 p.m. El día anterior como a las 6 p.m., la paciente empezó con dolor de presentación brusca en hemiabdomen inferior, el que hasta el momento de la primera visita continuó con bastante intensidad, sin irradiaciones y acompañado de distensión abdominal moderada: la temperatura había sido normal y durante todo ese tiempo la enferma no canalizó gases por vía rectal.

Relató la enferma que la noche anterior al inicio de su padecimiento, levantó un frasco grande y pesado, que al hacerlo sintió que algo "tronó" en su vientre: dos semanas antes había sufrido una caída sobre su espalda de la que se recuperó pronto, habiendo notado durante 3 ó 4 días, dolor en este sitio y ambas regiones inguinales.

A la exploración física se encontró una enferma en decúbito dorsal con el vientre ligeramente distendido, observándose una cicatriz quirúrgica de tipo Mayo en abdomen superior (colecistectomía) y otra infraumbilical media (ooforectomía): pulso, respiración y presión arterial normales. Al palpar el abdomen se encontró un empastamiento muy doloroso inmediatamente a la izquierda infraumbilical: ésta tumoración difusa, con la maniobra de Smith y Bates, citado por Flores E.⁷, dio la impresión de estar situada en la pared abdominal: el resto del abdomen era timpánico: área hepática y esplénica dentro de límites normales.

La radiografía simple del abdomen demostró el colon lleno de gases —sin niveles líquidos—: la biometría hemática y el examen general de orina fueron normales. Seis horas después de la primera visita la enferma se encontró en las mismas condiciones.

Al día siguiente hubo mejoría: el dolor disminuyó de intensidad y empezó a canalizar gases por el recto. A las 72 horas siguientes su tránsito intestinal era normal y el dolor había disminuido notablemente. En este momento se palpó por primera vez una tumoración, alargada en su porción superior como de 4 x 1.5 ctms. y su extremidad inferior redondeada de 4 ctms. de diámetro, en el sitio señalado en la figura No. 1. La tumoración daba la impresión de que en su borde inferior estaba en contacto con el pubis.

Un estudio radiológico de colon por enema fue reportado normal, excepto por la mínima diverticulosis encontrada.

En este momento la enferma empezó con síntomas urinarios como tenesmo y polaquiuria: por este motivo se solicitó la participación del urólogo. Este concluyó que la paciente presentaba anomalía congénita de riñones y ureteros (dobles riñones y duplicación ureteral bilateral), anomalía de la rotación externa de los riñones inferiores y trastornos asintomáticos de su vaciamiento: cistocele importante, asintomático, hipertrofia de labio posterior de cuello y estenosis uretral relativa, trigonitis crónica y "probable participación vesical en el proceso tumoral de fosa ilíaca izquierda" que se manifiesta endoscópicamente por una área de congestión en pared póstero inferior". Señaló el urólogo que podría tratarse de un proceso de pared vesical de punto de partida de tejido conjuntivo, o bien proceso extraurinario con dicha participación vesical, por vecindad.

Unos días ms tarde la enferma se encontraba prácticamente asintomática, pero persistían las tumoraciones abdominales: por este motivo y en vista de que la enferma se encontraba en condiciones quirúrgicas satisfactorias, se procedió a explorarla quirúrgicamente el día 5 de septiembre de 1961.

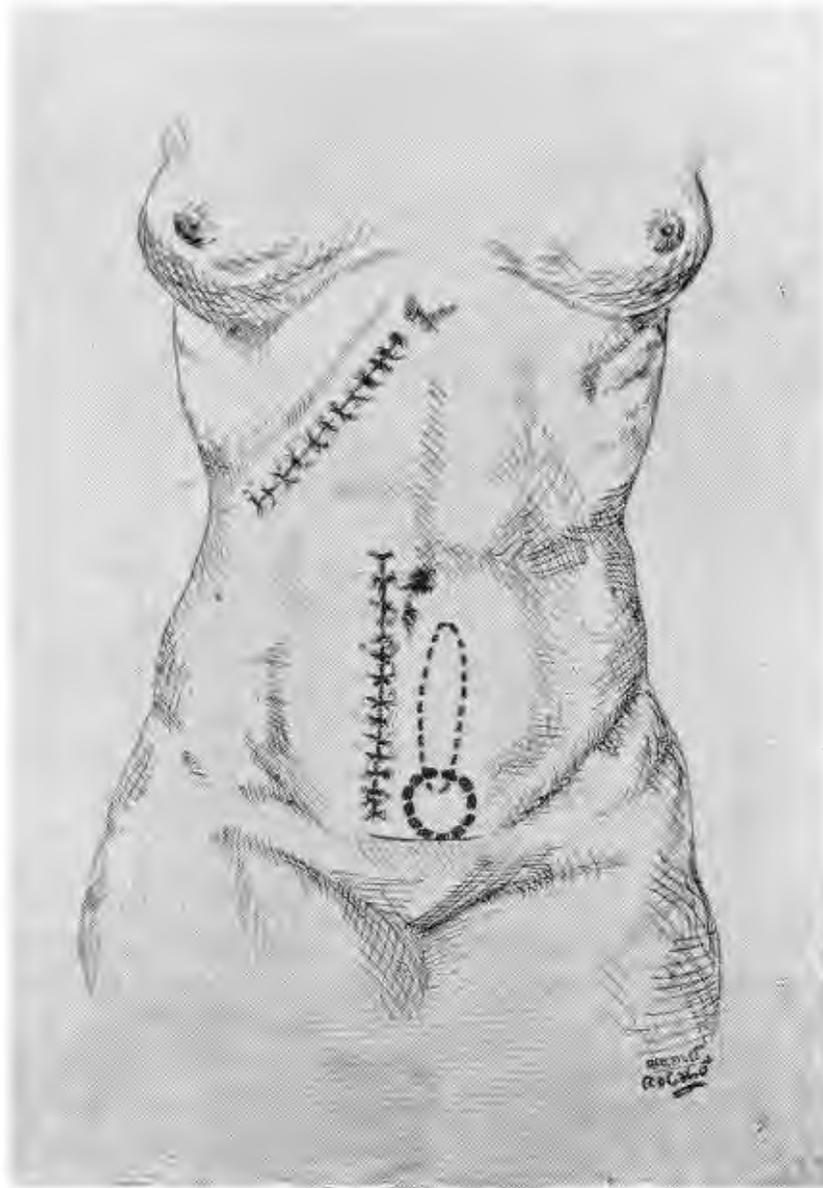


Fig. 1

OPERACIÓN

Se hizo una incisión vertical infrumbilical sobre la tumoración: al abrir la hoja anterior de la vaina del recto se apreció un hematoma entre los haces musculares de 4 x 1.5 ctms. en la parte superior de la porción infraumbilical del músculo, y otro hematoma bien encapsulado como de 6 ctms. de diámetro, en la parte inferior. Am-

bos se extirparon incluyendo los fascículos musculares afectados. No se encontró hemorragia activa de los vasos epigástricos o sus ramas.

Se procedió a la reconstrucción de la pared abdominal según técnica habitual, dejando una canalización en la vaina del recto la cual fue retirada al tercer día. En vista de que la evolución postoperatoria de la enferma fue satisfactoria, se le dio de alta del hospital al 4º día.

ESTUDIO ANATOMOPATOLÓGICO

Descripción macroscópica: Tejido de músculo recto anterior que consta de una masa de 25 gms. de peso y dos pequeños fragmentos. Estudio histológico: Se observa una extravasación masiva de eritrocitos que desorganiza las fibras musculares y en algunos puntos los fragmentos, en otros campos hay signos de organización de la fibrina.

DIAGNÓSTICO

Hematoma del músculo recto anterior, (ver figura 2).



Fig. 2

COMENTARIO

En vista de los antecedentes quirúrgicos de la paciente de la intensidad del dolor, de la persistencia del mismo durante varias horas, del empastamiento de la pared abdominal, y la distensión abdominal, se contemplaron las siguientes posibilidades diagnósticas.

1. Oclusión intestinal mecánica por brida: 2. Hernia encarcelada, por la proximidad de las tumoraciones a la cicatriz quirúrgica infraumbilical presente, y 3. Hemorragia en la vaina del músculo recto abdominal por el antecedente relatado por la paciente, y la palpación del empastamiento con la maniobra de Smith y Bates.

Se descartó la primera posibilidad en vista de la falta de otros síntomas que suelen acompañar el cuadro oclusivo intestinal, y del rápido restablecimiento del tránsito intestinal.

La segunda posibilidad tampoco era factible por la falta de apreciación por parte de la enferma de la existencia de eventración y porque éstas en caso de existir no suelen atascarse o estrangularse; porque a la exploración no se comprobó la existencia de anillo aponeurótico, y porque la tumoración no aumentaba de tamaño con los esfuerzos, nos quedamos, pues con la última posibilidad diagnóstica adoptando una actitud expectante con la esperanza de que la falta de ataque al estado general (anemia etc.), este caso podría resolverse sin intervención quirúrgica.

El que la enferma haya empezado con síntomas urinarios, la vecindad de la tumoración con el púbis, el reporte del urólogo, la edad de la paciente, la consistencia y límites precisos de la tumoración, no se excluyó la posibilidad de una neoplasia de vías urinarias bajas: por esto, aunque con la idea de que lo más probable era el diagnóstico de hematoma del músculo recto anterior del abdomen, se exploró quirúrgicamente la paciente para descartar esta última posibilidad.

ETIOLOGÍA

El hematoma del recto anterior del abdomen, de acuerdo con la literatura, predomina en el sexo femenino en la proporción de 3 a 1, y aunque puede presentarse en cualquier edad, la mayoría de los casos reportados se encuentran entre la 3a. y 7a. décadas de la vida.

Los factores etiológicos capaces de desencadenar la ruptura muscular en sus distintas variedades pueden ser producidos en un músculo enfermo por esfuerzos mínimos, o bien en un músculo sano por un gran esfuerzo.

Ya Virchow señalaba en sus trabajos la ruptura muscular y el hematoma subsecuente en el recto anterior del abdomen, en enfermos de fiebre tifoidea: Zenker, más tarde (1836), describió las lesiones histológicas de las fibras musculares en los enfermos atacados de este mismo

mal, conociéndose desde entonces a dichas lesiones como “degeneración (hialina) de Zenker”.

Más tarde, durante la primera guerra mundial, Forbus, citado por Gorostiaga⁴, hizo un estudio compuesto en 25 casos mortales de gripe ocurridos en tropas americanas en las cuales las lesiones musculares predominaban en el músculo recto anterior del abdomen, y demostró el aspecto de hialinización de la estructura estriada precedida de tumefacción y pérdida de esta misma, seguida por la etapa de regeneración en que hay eliminación de la substancia hialina por tejido conjuntivo, proliferación celular, hasta originar nuevas fibras contractiles.

Otros autores han señalado degeneración muscular en casos de neumonía e influenza: en estos casos si se agregan pequeños esfuerzos como toser, defecar, traumatismos externos, etc., fácil es comprender que se pueda precipitar la ruptura del músculo: desde luego que el esfuerzo muscular y la posible degeneración de las fibras, varía según el individuo, de ahí que existan una diversidad de traumatismos capaces de originar la lesión muscular.

En el músculo sano, una inusitada contracción muscular como en el caso de los gimnastas, acróbatas, etc., o al levantar objetos pesados (como en nuestro caso), una violencia externa como un golpe o una caída sobre el abdomen, etc., pueden desencadenar la ruptura del músculo.

Se han descrito algunos casos de hematoma de la vaina del recto, durante el 3er. trimestre del embarazo, durante el parto o el puerperio: en éstos la dilatación de las venas epigástricas y el estiramiento muscular juegan un papel importante en su producción⁹.

Los casos de hematoma del músculo recto anterior del abdomen originados por lesión de los vasos epigástricos pueden también ser provocados por pequeños o grandes esfuerzos: en los primeros ocurre en la mayoría de las veces en la senectud, donde los cambios arteriales y capilares, propios de la edad, aumentan su fragilidad y precipitan el cuadro: o bien por traumatismos extrínsecos de diversa magnitud, que junto con la significación de las discracias sanguíneas ya notadas por Broady, mencionado por Rogatz y Rubin⁹, y la de los enfermos con terapia anticoagulante, constituyen las principales causas del cuadro clínico que nos ocupa.

SINTOMATOLOGÍA Y DIAGNÓSTICO

En términos generales el cuadro es de presentación brusca, aunque puede instalarse gradualmente como en algunos casos reportados en la literatura.

Habitualmente el dolor es intenso y localizado a la parte inferior del vientre y a la derecha de la línea media, sitio de predilección de la hemorragia¹⁰, de carácter continuo y sin tendencia a generalizarse, que mejora al adoptar el enfermo la posición sentado y que se acentúa al pasarlo nuevamente a la posición de decúbito dorsal: éste en la mayoría de los casos se acompaña de náusea o vómitos, distensión abdominal y paresia intestinal, y de moderada leucocitosis y febrícula.

Quizás el hallazgo más constante es una masa tumoral palpable, casi siempre subumbilical, de tamaño variable según la pérdida de sangre, que cuando es muy abundante da lugar a los signos del shock: de límites precisos o difusos, que cuando se acumula por debajo del arco de Douglas (Fig. 3), la sangre se encontrará separada del peritoneo por la delgada *fascia transversalis*, dando lugar a signos de irritación peritoneal. De aquí, y debido a su predilección por el lado derecho de la parte baja del vientre, que la afección sea confundida en un muy alto porcentaje de las veces, con un "abdomen agudo" (cuadros ginecológicos o apendicitis agudas en la mayoría de los casos).

En ocasiones a la exploración es difícil decidir si se trata de una tumoración intraabdominal o de la pared, sobre todo en personas obesas: para ello nosotros recomendamos la maniobra de Smith y Bates o sus equivalentes como es el hacer sentar al enfermo contrayendo los músculos de la pared, sin apoyar los brazos, para decidir en el caso de no desaparecer la tumoración al efectuar la maniobra, que se trata de una masa en pared abdominal.

Otro procedimiento muy útil para el diagnóstico y que ha sido recomendado por otros autores como Robertson, citado por Rogatz⁹, es la aspiración con jeringa de la tumoración, procedimiento que ya ha sido usado en nuestro medio⁷.

Otros síntomas y que como en nuestro caso pueden presentarse por vecindad, son los urológicos bajos.

La equimosis parietal, aunque desgraciadamente de aparición tardía, cuando se presenta, puede ser un signo precioso para el correcto diagnóstico del cuadro; éste puede aparecer periumbilical o en la piel por de-

lante de la tumoración, y en casos de hemorragias severas llega hasta los escrotos o los labios mayores en la mujer.

TRATAMIENTO

Este puede ser conservador o quirúrgico. La mayoría de los casos han sido explorados quirúrgicamente más que nada por su confusión diagnóstica con el "abdomen agudo".

Teske¹ junto con otros autores cree que la cirugía está indicada en casi todos los casos, sin embargo, ha sumariado las indicaciones para el

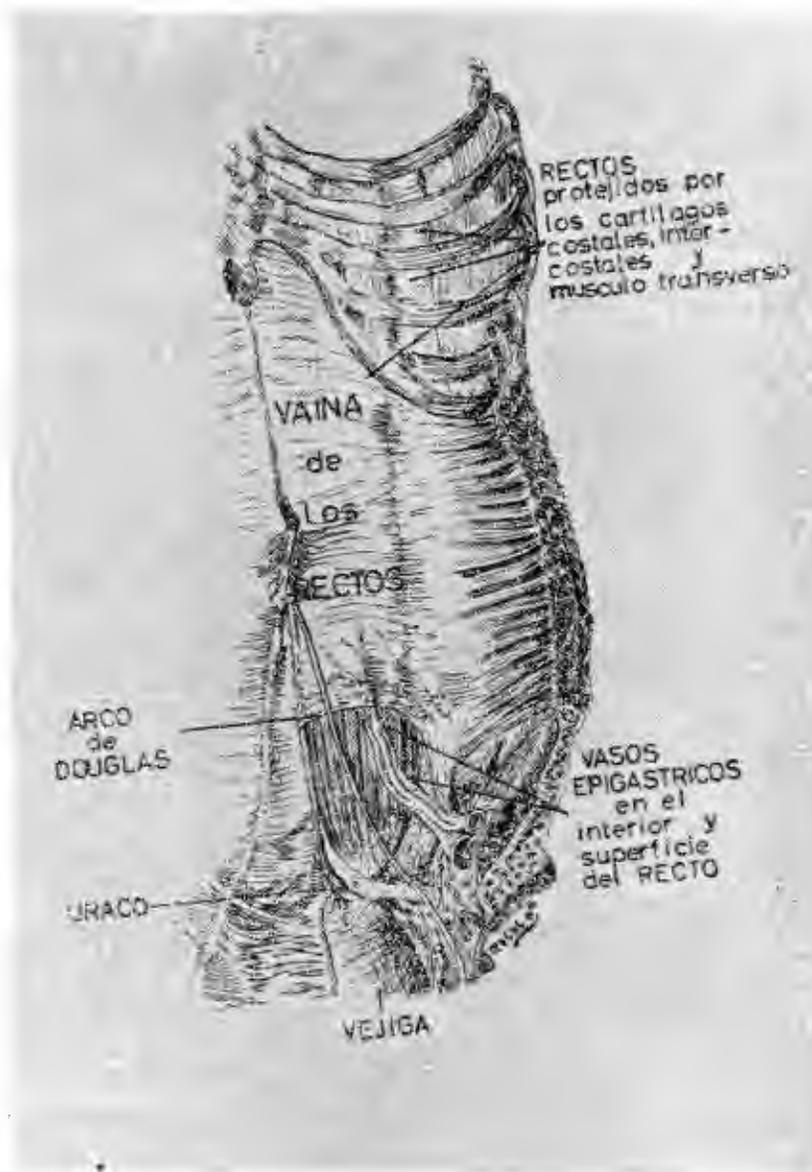


Fig. 3

tratamiento conservador; el paciente debe ser joven, el hematoma pequeño y de origen traumático, músculo y arterias deben ser normales.

El tratamiento conservador consiste en reposo en cama antibióticos, tripsinas, bolsa de hielo local, y sedantes.

Ante la menor duda diagnóstica, aumento de volumen de la tumoración, ataque al estado general por hemorragia; generalización del dolor y formación de absceso, la indicación quirúrgica es precisa. Esta tiene por objeto el extraer los coágulos y a investigar el paquete epigástrico practicando su ligadura en caso de encontrarse hemorragia proveniente del músculo, debe hacerse la hemostasia con cátagut.

Si existe ruptura completa del músculo y los cabos se encuentran muy separados entre sí, no se suturan, ya que la gran separación de los mismos y su friabilidad hacen imposible la unión de dichos extremos; esto no trae aparejada ninguna consecuencia dado que lo positivamente importante es el cierre correcto de la vaina muscular⁴.

El drenaje, ante una hemostasia satisfactoria, no está indicado, pero en caso de duda debe aplicarse y dejarlo por 24 a 48 horas.

Durante el embarazo la hemorragia de la vaina del recto está asociada con alta mortalidad materna y fetal, por ello es que Rose no solamente recomienda el tratamiento quirúrgico sino que si ocurre al término del embarazo, aconseja la operación cesárea.

En el caso nuestro adoptamos una actitud mixta; si en un principio y por varios días nuestra actitud fue conservadora y expectante, a la postre nos inclinamos por la intervención quirúrgica por las razones arriba anotadas y que en resumen fueron; la edad de la paciente, los síntomas y hallazgos urológicos, y la posibilidad de infección del hematoma bien organizado. También tomando en cuenta que la intervención no constituía un riesgo grande para la enferma y por la duda diagnóstica que siempre existe en estos casos, decidimos que lo mejor era la exploración quirúrgica, y así lo hicimos.

RESUMEN

1. Se comunica un caso de hematoma del músculo recto anterior del abdomen, producido por un esfuerzo muscular, en una mujer de 55 años de edad.

2. Se señala la dificultad diagnóstica de este cuadro con los padecimientos intraabdominales conocidos como "abdomen agudo".

3. Se señala que este padecimiento es poco frecuente en nuestro medio; sólo encontramos 3 casos reportados en la revisión de la literatura nacional que se llevó a cabo.

4. Como tratamiento se recomienda una actitud conservadora y de expectación armada, si la sintomatología mejora o permanece estable; y la intervención quirúrgica, ante la menor duda diagnóstica o el agravamiento del estado general del enfermo.

5. El uso de tripsinas y antibióticos probablemente disminuya la exploración quirúrgica en este padecimiento.

REFERENCIAS

1. Teske, J. M.: "Hematoma of the rectus abdominis muscle; report of a case and analysis of one hundred cases from the literature"., Am. J. Surg. 71;689, 1946.
2. Chiodi, J. H.: "Abdomen agudo por hematoma del músculo recto ant. del abdomen". Prensa Med. Arg., 39;396-98, Feb., 1952.
3. Young, B. H.: Lancet 1;1165-66, June 5, de 1954.
4. Gorostiaga, J. B.: Día Méd. (Buenos Aires), 31.(25) Abril, 1959.
5. Halperin, G.: "Spontaneous hematoma of the abdominal Wall". Surg. Gyn. and OB., 47;861, 1928.
6. Thorex, M.: "Hematoma of the rectus abdominis muscle". Report of a case, discussion of the entity and review of ilustrative cases from the literature. The J. of the Int. Coll. of Surg. Vol. 22. 519-534, 1954.
7. Flores Espinosa, J.: Semiología del Ap. Digestivo, 413-415. Porrua 1946.
8. Steimle, P.: "Ruptura del músculo recto abdominal y del paquete vascular epigástrico". Rev. de Gastroenterología de México. Vol. 20, No. 115; 95-109. 1955.
9. Rogatz, P. and Rubin, I. L.: "Hematoma of the rectus abdominis muscle". New York J. of Med., 54;675-679, March, 1954.
10. Geoffre, and Mizbah.: "Hematoma of the rectus sheat". Am. J. of Surg., 88;964-66, Dec. 1954.