Rev Clin Esp. 2016;216(Espec Congr):706

Revista Clínica Española

https://www.revclinesp.es

V-118 - PERFIL CLÍNICO, TRATAMIENTO Y MORTALIDAD PRECOZ DE LOS PACIENTES HOSPITALIZADOS POR HEMATOMA ABDOMINAL ESPONTÁNEO

A. Martín Cascón, V. de la Rosa Valero, J. Gómez Verdú, F. Hernández Felices, M. Martínez Martínez, S. Valero Cifuentes, V. Callejo Hurtado, F. López Andreu

Medicina Interna. Hospital General Universitario Reina Sofía. Murcia.

Resumen

*Objetivos:*Conocer las características clínicas de los pacientes ingresados con hematoma abdominal espontáneo, el manejo realizado y la mortalidad precoz, de cara a trazar paralelismos y diferencias que ayuden al manejo futuro de estas entidades.

*Material y métodos:*Estudio transversal en el que se incluyeron todos los pacientes mayores de 18 años con diagnóstico de hematoma retroperitoneal (HRP) o hematoma del músculo recto mayor abdominal (HRA) atendidos en el Hospital Reina Sofía de Murcia, entre enero de 2006 y junio de 2015. Se definió como hematoma espontáneo (HE) aquel que no guardaba relación con práctica intervencionista, traumatismo o rotura de aneurisma aórtico.

*Resultados:*Se incluyó un total de 46 pacientes con una edad media de 75,89 (± 10,75) años, de los que la mitad fueron mujeres. Los FRCV más frecuentes fueron HTA (78,3%) e hiperlipemia (58,7%), y entre las entidades condicionantes de anticoagulación, predominaron la FA (56.5%) y la ETV (23,3%). Los dicumarínicos se emplearon en 25 (54,3%) pacientes, la HBPM en 20 (43,48%) –16 (34,8%) a dosis anticoagulantes y 4 (8,7%) como profilaxis– y la antiagregación en 17 (36,9%). En los individuos tratados con dicumarínicos se registró un INR medio de 4,44 (± 3,37) en el momento del diagnóstico. La manifestación clínica más frecuente fue el dolor (87%). Para el diagnóstico, las pruebas más empleadas fueron la TC (54,3%) y la ecografía (52,2%). La opción preferente de manejo fue la conservadora (80,4%); precisándose en 7 (15,2%) casos la embolización arterial. En conjunto, la estancia media fue prolongada (17,74 ± 13,53 días) y la mortalidad alcanzó el 10,9% (5 pacientes). En segundo lugar se realizó una comparativa entre HRP y HRA. En este sentido, destaca que la masa palpable fue más frecuente en los HRA (74,1% vs 0%; p = 0,000), mientras que el shock hipovolémico lo fue en los HRP (37,5% vs 3,7%; p = 0,007). La neuropatía femoral se manifestó en los HRP con 9 (43,36%) sucesos. La ecografía fue la prueba de imagen más empleada en los HRA (77,8% vs 18,8%; p = 0,000); a la vez que la TC (87,5% vs 29,6%; p = 0,000) y la angiografía (37,5% vs 0%; p = 0,001) lo fueron en los HRP. Por último, la estancia media fue superior en los HRP (21,19 ± 13,27 vs 13,74 ± 13,43; p = 0,017). En el análisis univariante, destacan como factores de riesgo de mortalidad la edad mayor de 75 años (OR 1,19 [IC95% 1,02-1,29]), la coronariopatía (OR 1,15 [IC95% 1,02-1,29]), el aclaramiento de creatinina menor de 15 ml/min/1,73 m2 (OR 1,13 [IC95% 1,02-1,25]), la hepatopatía crónica (OR 1,14 [IC95% 1,02-1,27]) y el cáncer abdominal (OR 13 [IC95% 1,32-127,71]).

*Discusión:*Los HE están ligados a una edad elevada y no siempre se asocian a tratamiento anticoagulante. En trabajos previos se recoge que un INR > 4 aumenta el riesgo de HE; pero el 44% de nuestros pacientes anticoagulados tenían un INR 3 en el momento del sangrado. El perfil de los mismos inclina a pensar que se trate de personas polimedicadas, lo que favorece la interacción entre los anticoagulantes y otros principios activos, hecho destacado por otros autores como facilitador de estos eventos. En cuanto a las manifestaciones clínicas, que la masa palpable fuese casi tan frecuente como el dolor en los HRA, no se traduce en que su diagnóstico resulte más sencillo, pues puede confundirse con otras patologías abdominales. La estancia media es elevada, más en los HRP, y se acompaña de importante mortalidad, dato destacado por otros autores. En cuanto al manejo, la experiencia acumulada demuestra que el tratamiento conservador tiene buenos resultados.

*Conclusiones:*Las características clínicas basales de los HRP y HRA son similares; sin embargo, encontramos una estancia media y mortalidad superiores en los HRP frente a los HRA, siendo el manejo conservador una buena opción en ambas entidades.

0014-2565 / © 2016, Elsevier España S.L.U. y Sociedad Española de Medicina Interna (SEMI). Todos los derechos reservados.