

Hematoma retroperitoneal

Int. Jaime Olivares Ligena¹. Prof. Dr. Humberto Flisfisch Fernández²

Introducción

El hematoma retroperitoneal (HR) es una entidad poco frecuente, potencialmente mortal y de diagnóstico difícil, definido como un sangrado en el espacio retroperitoneal, que puede deberse a traumatismo, manipulación iatrogénica, terapia anticoagulante o espontáneo. Su incidencia no supera los 45/10.000 casos y su repercusión clínica varía en función de la velocidad y la cuantía de la hemorragia: desde asintomático hasta complicado cuyos síntomas característicos son el dolor y el shock hipovolémico.

1.- Clínica

La situación clínica esperable frente a la acumulación de sangre en el retroperitoneo es la presencia de masa palpable, dolor abdominal, hipotensión y una caída en el hematocrito. El espacio retroperitoneal puede albergar sangrados de hasta 2000 mL. El dolor de muslo y cadera es homologable a la sintomatología de paresia y dolor de neuropatía femorocrural que en la literatura aparece hasta en 60% de los hematomas retroperitoneales.

¹ Universidad de Chile. Escuela de Medicina. Campus Sur Internado de Cirugía.

² Profesor Titular de Cirugía. Facultad de Medicina, Universidad de Chile

El síntoma más común es el dolor. En series el dolor abdominal representa el 70% de los casos, seguido de dolor en los muslos en 24%, 23% coxalgia, 22% lumbalgia. Aproximadamente el 10% de los pacientes refirió entumecimiento de miembros inferiores, debilidad, náuseas, cefalea, disnea, astenia y adinamia. Un 8,8% con masa abdominal, 6,3% livideces o equimosis de flancos (Signo de Grey Turner). Entre otros síntomas descritos están: síncope, alteración del estado mental, mareos, dolor precordial, palidez, ausencia de pulsos en extremidades inferiores.

2.- Diagnóstico

Es importante tener un alto grado de sospecha para realizar el diagnóstico ya que éste depende principalmente de las imágenes y los hallazgos intraoperatorios.

Distintas series muestran que en unidades de emergencia un 10% de pacientes no son diagnosticados y sus síntomas se atribuyen a causas musculo esqueléticas, apendicitis, diverticulitis complicada, pancreatitis, EPOC exacerbado y hemorragia digestiva.

El método de diagnóstico más utilizado fue la Tomografía Computada (TC) en el 98,8% de los casos, 22% lo mostraban en una Ecografía abdominal y 3% por RNM. Cabe destacar que dentro de las primeras dos semanas, la mayoría de los hematomas son hiperdensos cuando se los compara con el tejido circundante. En la medida que el hematoma va madurando, su densidad va disminuyendo progresivamente para llegar a ser una masa de tejido blando. Varias semanas después, la atenuación radiológica puede llegar a ser igual al nivel del suero, simulando una lesión quística. La resonancia magnética (RM) tiene poco valor para el diagnóstico de coágulos frescos, pero puede jugar un rol importante en la determinación de los hematomas antiguos y si se sospecha neoplasia.



Ilustración 1. TC abdominal: Hematoma retroperitoneal derecho que rechaza anteriormente la vena cava infra hepática.



Ilustración 2. TC abdominal: Gran hematoma retroperitoneal que ocupa todo el hemiabdomen derecho; la extravasación de contraste indica existencia de sangrado activo.

3.- Clasificación

Existen distintas clasificaciones propuestas para el hematoma retroperitoneal, dentro de ellas está por localización, por etiología del sangrado, según clínica del paciente, entre otras. La aproximación clínica nos permite definir conducta, por ejemplo el hematoma retroperitoneal que cursa con anemia importante, sangrado activo e inestabilidad hemodinámica requiere un manejo activo y agresivo.

a) **Hematoma Retroperitoneal Espontáneo (HRE, SRH sus siglas en inglés)**

Distintas series muestran una asociación entre el hematoma retroperitoneal espontáneo (HRE) y el uso de antiagregantes plaquetarios o anticoagulantes. No existe un manejo consensuado, y los que se proponen suelen ser anecdóticos.

Se define como Hematoma del retroperitoneo o del mesenterio que ocurre sin historia reciente de trauma o intervención quirúrgica. Un estudio realizado en 2012 en el departamento de emergencias de la Clínica Mayo mostró que el HRE no tiene una diferencia significativa respecto al sexo. La media de edad de presentación es aproximadamente 72 años, un 85% de los pacientes refiere tratamiento antiagregante o anticoagulante y el 54% tiene antecedente de utilizar terapia anticoagulante, dentro de estos un 15% no usaba ninguno de los dos tratamientos.

Datos relativos de 72 pacientes en el mismo estudio mostró que al momento de la consulta los niveles de hemoglobina en promedio fueron 9,6 g/dL, con un intervalo entre 3,8 y 15 g/dL. Respecto a laboratorio de coagulación, con INR disponible en 51 pacientes, valores encontrados estaban en rango entre 0,9 y 8, fue > 3 en 27,4% de los casos, la media de INR fue 2,6. TTPK en rango desde 20 hasta 214 segundos, > 70 segundos en 34,6% de los casos, la media fue de 58,5 segundos. En el 75% de los casos se transfundió con unidades de glóbulos rojos, la media de transfusión fue 2 UGR, 42,7% recibió vitamina K y plasma fresco congelado, 5,6% recibió transfusión de plaquetas.



Ilustración 3. TC abdominal: Hematoma retroperitoneal izquierdo que desplaza anteriormente el bazo.

Tabla 1.- Clasificación etiológica del hematoma retroperitoneal.

| Espontáneo | Traumatismo Abdominal | Iatrogénico |
|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------|
| LOCALES: 1.- Vasculares: Aneurisma de Aorta abdominal roto, Aneurisma gastroduodenal, Aneurisma Pancreatoduodenal (Ej. Complicación local de Pancreatitis Aguda) 2.- Renales: Angiolipoma, Adenocarcinoma renal, | Traumatismo Abdominal Penetrante Traumatismo Abdominal Cerrado | Cirugía Endovascular Cirugía Endourológica |

| | | |
|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--|--|
| <p>Pielonefritis, Rechazo Agudo de Trasplante, Metástasis renal, Urolitiasis.</p> <p>3.- Glándula Suprarrenal: Sepsis, Cirugía Mayor, Gran quemado, Corticoterapia prolongada, Feocromocitoma, Adenoma, Carcinoma, Mielolipoma Metástasis.</p> <p>SISTEMICOS: Trastornos de la Coagulación y Terapia Anticoagulante Vasculitis.</p> | | |
|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--|--|

b) Hematoma Retroperitoneal Traumático

Del total de casos vistos en un estudio realizado en Honduras, el 68% de los casos fue trauma abdominal por arma de fuego (8,7% del total de trauma abdominal por arma de fuego), 24% de casos por arma blanca (11% de trauma abdominal por arma blanca) y 8% por trauma abdominal cerrado (11% de los casos de trauma cerrado abdominal). Solo un 9% de los casos de trauma abdominal desarrolló un hematoma retroperitoneal. La causa más común es la fractura de pelvis y debe sospecharse en todo paciente que presente shock hipovolémico post traumático.

Cabe destacar que la epidemiología no es aplicable a otros contextos, no se hace diferencia de localización urbana o rural, no se divide el traumatismo por la cantidad de energía.

¿Es bueno explorar o no explorar el hematoma retroperitoneal traumático? Si bien no existe consenso mundial, es bien sabido que existen indicaciones para manejo del hematoma retroperitoneal. La exploración está indicada en traumatismo penetrante abdominal, inestabilidad hemodinámica o signos de sangrado activo.

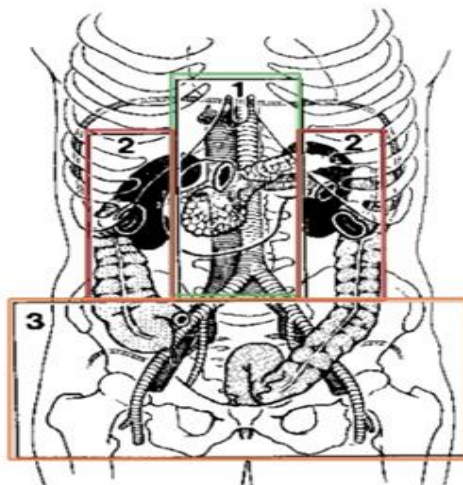


Ilustración 4. Clasificación de Kuds y Sheldon (1982):
Zona I: Línea media supra e infracólica (Aorta, Cava inferior, Páncreas y Duodeno)
Zona II: Flancos (Perirrenal, Paraduodenal, Pericólonico)
Zona III: Pélvica
Zona IV: Retro hepática

4.- Diagnóstico diferencial

Los tumores y las masas quísticas del retroperitoneo son diagnóstico diferencial del hematoma retroperitoneal. Los tumores retroperitoneales son poco frecuentes, representan entre 0,3% y 0,8% de todas las neoplasias. Entre los tumores, el liposarcoma es el tumor maligno retroperitoneal más frecuente. Otros tumores a considerar son el fibrohistiocitoma, los schwannomas y los paragangliomas.

Las lesiones quísticas del retroperitoneo pueden ser neoplásicas o no neoplásicas. Las neoplásicas incluyen una variedad amplia de lesiones donde está el linfangioma quístico, el cistoadenoma mucinoso y el teratoma quístico, entre otras. Las no neoplásicas incluyen al pseudoquiste pancreático, el linfocele y el urinoma.

Para el diagnóstico diferencial, algunas características de la TC, como la localización, el tamaño, la forma, las características de la pared, la presencia de tabiques o calcificaciones y el compromiso de las estructuras adyacentes pueden sugerir en algunas ocasiones el diagnóstico específico.

5.- Manejo

El manejo de los HR depende de la presentación clínica. Si los hematomas retroperitoneales son pequeños, estables y oligosintomáticos, podrían no requerir cirugía y evolucionar espontáneamente a la regresión.

5.1.- Manejo médico

Un paciente con hematoma retroperitoneal debe ser reanimado con cristaloides o expansores del intravascular y en caso de que lo requiera hemoderivados. Si el paciente está hemodinámicamente estable sin signos de anemia aguda ni signos radiológicos de sangrado activo es posible manejar en observación e incluso después de un seguimiento imagenológico, continuar el seguimiento al alta por aproximadamente 3 a 6 meses.

5.2.- Manejo radiológico

En pacientes con hemodinamia estable, pero con signos radiológicos de sangrado activo está indicada la embolización angiográfica. En algunas series hasta el 24% de los pacientes requirió manejo radiológico intervencional. Manejo quirúrgico indica la cirugía de urgencia si el paciente muestra signos de una importante pérdida de sangre o una complicación secundaria, tal como una isquemia intestinal, compresión de grandes vasos, compresión neurológica. Cuando se realiza cirugía, el procedimiento incluye la disección y evacuación del hematoma y la búsqueda de un punto sangrante.

La cirugía diferida está indicada en aquellos pacientes hemodinámicamente estables que no muestren regresión radiológica, que se sustente el diagnóstico en patología tumoral sin sangrado activo, ni que haya complicaciones secundarias. En algunas series la patología neoplásica renal representa el 60% de las causas de HRE, entre las que destacan el angioliipoma renal y el carcinoma renal. Cuando la causa es de origen renal y el paciente está hemodinámicamente estable o cuando no se sepa la causa renal originaria del sangrado se prefiere la nefrectomía.

En el Hematoma Retroperitoneal traumático tienen indicación quirúrgica aquellos con heridas penetrantes abdominales, aquellos en que se verifique localización en la línea media por una alta sospecha de lesión vascular de grandes vasos, vena aorta o intestino. Si el paciente presenta un hematoma o hemorragia pélvica no se recomienda la cirugía abierta, sino manejo de estabilización de la pelvis para contener el sangrado, si el compromiso es de vena cava retro hepática es mejor dejar contenido ese hematoma, porque al explorar esa zona es fácil producir sangrado sin control.

6.- Pronóstico

La mortalidad del Hematoma Retroperitoneal de cualquier causa es 43% y un 13% desarrolló una secuela grave. No existe diferencia significativa respecto al uso de anticoagulación, ya que la mortalidad es un tercio para el grupo que usa anticoagulantes y un tercio para el grupo que no usa. Respecto al HRE la mortalidad fue de 5,6% dentro de los 7 días, 10% en 30 días y 19,1% en 6 meses. No hubo relación entre valores iniciales de TTPK, INR o hemoglobina inicial y mortalidad a 30 días.

La letalidad del hematoma retroperitoneal traumático supera el 60% sin manejo adecuado.

Tabla 2. Indicaciones quirúrgicas del HR.

| Indicaciones Quirúrgicas. |
|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <ul style="list-style-type: none">* Inestabilidad Hemodinámica* Riesgo de hemorragia masiva* Trauma abdominal abierto* Compresión de estructuras nerviosas* Compresión de vasos sanguíneos retroperitoneales* Aneurisma Aórtica complicado* Isquemia Mesentérica* Falla de manejo médico* Falla en el manejo radiológico* Patología neoplásica |

7.- Conclusión

El Hematoma Retroperitoneal es una entidad de difícil diagnóstico, necesita una alta sospecha clínica, y es potencialmente letal en el tercio de los pacientes, y debe considerarse en el diagnóstico diferencial de las masas del retroperitoneo. Los síntomas y signos más frecuentes son el dolor abdominal, masa palpable, debilidad de extremidades inferiores e hipovolemia.

Dentro del manejo que se postula, la indicación quirúrgica va a depender de las capacidades del centro y de la clínica del paciente, son indicaciones la hemodinamia inestable, signos de complicaciones como isquemia intestinal, compresión de grandes vasos y compresión neural.

Es importante tener en consideración que en la literatura no hay un consenso en el manejo del hematoma retroperitoneal, que los estudios actuales reconocen que el número de casos en sus series es muchas veces inferior para sacar conclusiones certeras y que existe un aumento de procedimientos radiológicos mínimamente invasivos.

BIBLIOGRAFÍA

1. Sunga, K et al. 2012, Spontaneous retroperitoneal hematoma: etiology, characteristics, management, and outcome. *The Journal of Emergency Medicine*, Vol. 43, No 2, mpp. 157-161 Department of emergency medicine, Mayo Clinic
2. Urbina, N et al. 1984, Manejo del hematoma retroperitoneal traumático. *Rev. Médica Hondur.* Vol. 52-1984
3. Álvarez C, Cerda C, Jadue A, Rojas F, Abelleira M, Hermansen C, et al. Hematoma retroperitoneal espontáneo. Caso clínico. *Revista Médica de Chile*, 2007; 135: 1044-1047.
4. Castro, M et al. 2013, Tratamiento y supervivencia en el hematoma retroperitoneal, *Rev. Clínica Española.* 213:1124
5. Valdivieso, E et al. 2001, Hemorragia retroperitoneal espontánea (syndrome de Wunderlich) en el diagnóstico diferencial del abdomen agudo, *Rev. Sdad Valenciana Patol Dig* 2001;20(1):13-16.
6. Suárez, G. et al. 2005, Etiología y diagnóstico del hematoma retroperitoneal complicado, actitud e indicación quirúrgica, *Cir Esp.* 2005;78(5):328-30