

Hematoma espontaneo de pared abdominal en gestante con leucemia mieloide crónica: reporte de caso

Spontaneous hematoma of abdominal wall in a pregnant woman with chronic myelogenous leukemia: a case report

Gastón Ramos Butrón¹, Alexander Chávez Huamani², Pilar Bandres Sanchez³, Otto Guillen Lopez³

RESUMEN

Se presenta el caso de una paciente de 43 años, con cuadro de Leucemia Mieloide Crónica en tratamiento con Imatinib, a quien se le suspende tratamiento por gestación de 15 semanas, no recibiendo medicación alguna el resto del embarazo. En la semana 26 de gestación cursa con dolor abdominal brusco, en hipocondrio derecho, opresivo, asociado a masa renitente, de crecimiento progresivo, a lo largo de recto abdominal derecho, que no pasa línea media, persiste con la contractura muscular y con caída del nivel de hemoglobina. Sometida a tratamiento quirúrgico, se encuentra un hematoma que es drenado, presentando sobreinfección del mismo y desarrollando un absceso de pared abdominal. Recibe tratamiento antibiótico prolongado y tiene una evolución favorable.

PALABRAS CLAVES: Hematoma, pared abdominal, leucemia mieloide crónica.

ABSTRACT

We present the case of a 43-year-old patient with Chronic Myelogenous Leukemia in treatment with Imatinib. Treatment was suspended for a 15 week of pregnancy and any treatment was offered considering pregnancy. During 26 week she experienced severe oppressive abdominal pain in right upper quadrant associated with a mass which progressively expands to right abdominal rectum, muscle tenderness and a decrease in hemoglobin levels. An hematoma was discovered in a surgical procedure, and was drained with a secondary infection and an unfavourable evolution to abdominal abscess. She received prolonged antibiotic therapy with a favourable evolution.

KEYWORDS: hematoma, abdominal wall, chronic myelogenous leukemia.

INTRODUCCIÓN

Las patologías que comprometen a la pared abdominal, se pueden dividir en cuatro grandes grupos: Las hernias, los procesos infecciosos (celulitis, miositis, abscesos, flemones, seromas o fistulas), hematomas (traumáticos o espontáneos) y las tumoraciones (cloromas en el caso de LMC), cada uno de ellos con una clínica, historia y descripción tomográfica propia de cada patología.

Los hematomas de pared abdominal suelen ser secundarios a un trauma directo en aproximadamente un 90% de los casos¹. Pero debemos considerar al hematoma espontaneo de pared abdominal, un cuadro clínico poco frecuente, que suele originarse por la rotura de la arteria epigástrica inferior o bien de pequeños vasos del músculo recto anterior del abdomen³, en el contexto de un paciente con factores de riesgo de sangrado y un factor desencadenante.

1. Residente Tercer Año UPCH Medicina Interna-HNAL.
2. Residente Segundo Año Oncología-UPCH INEN.
3. Profesor UPCH. Médico Internista HNAL.



Se suele ver como una complicación en pacientes que siguen tratamiento con dicumarínicos y/o heparinas de bajo peso molecular a dosis altas¹⁻³. También se han relacionado con enfermedades infecciosas, discrasias sanguíneas, enfermedades del colágeno, hipertensión arterial, etc.⁴. Junto con estos factores de riesgo, se ven los desencadenantes, que suelen causar aumento de la tensión de la musculatura abdominal (tos persistente, vómitos, embarazos, ascitis, estreñimiento) o el trauma directo sobre el músculo (laparotomías, paracentesis e inyecciones intraabdominales)⁵.

Si bien la gran mayoría de casos de hematomas espontáneos de pared abdominal corresponden a pacientes tratados con anticoagulantes, en este caso, se asocia a la presencia de una neoplasia hematológica, Leucemia Mieloide Crónica (LMC), la cual se asocia con alteraciones en la función plaquetaria, y el desencadenante que corresponde a la gestación.

CASO CLÍNICO

Paciente mujer de 43 años, a quien, 1 año antes del ingreso, es diagnosticada de Leucemia Mieloide Crónica e inicia tratamiento con Imatinib. A los 5 meses de tratamiento, es diagnosticada de un embarazo de 15 semanas y se suspende tratamiento. La paciente continúa con controles prenatales y no recibe ningún otro tratamiento.

Tres días antes del ingreso, y con 26 semanas de gestación, presenta cuadro de dolor abdominal en hipocondrio derecho, opresivo, brusco, por lo cual acude a emergencia obstétrica, donde se evidencia, por ecografía, una tumoración de 10x8cm en hipocondrio derecho. Posteriormente, entra en trabajo de parto y presenta un parto eutócico.

En el segundo día de puerperio, es trasladada al servicio de medicina para manejo de LMC. En la hospitalización en medicina se evidencia crecimiento progresivo de la tumoración hasta presentar 22x12x9cm de diámetro, siempre comprometiéndolo al área del recto abdominal derecho, renitente a la palpación, que persiste al examen incluso con la contractura muscular de la pared abdominal y una caída del nivel de hemoglobina (Imagen 1).



Imagen 1. Masa confinada a recto derecho. Firme, renitente, no pasa la línea media.

EXÁMENES AUXILIARES

La paciente ingresa con una hemoglobina de 8gr/dl, la cual, luego del parto y del crecimiento de la masa, llega a 6gr/dl, siendo necesaria la transfusión de sangre. El conteo de leucocitos siempre se mantuvo alrededor de 250000mm³, con presencia de 15% de blastos. El nivel de plaquetas fue de 1315000mm³ al inicio del cuadro y se mantuvo así hasta el final de la hospitalización.

Se toman tres ecografías en momentos distintos, al ingreso, cuando la gestación estaba en curso, en el puerperio de segundo día y en el día 8, todas ellas sugieren que la masa podía ser dependiente de fondo uterino y que correspondería a mioma.

Se toma una TEM de abdomino-pélvica donde se evidencia una masa heterogénea, dependiente de pared abdominal y confinada a recto abdominal derecho (Imagen 2, 3 y 4).

EVOLUCIÓN

La paciente fue sometida a drenaje percutáneo de la masa, evidenciándose contenido hemático y

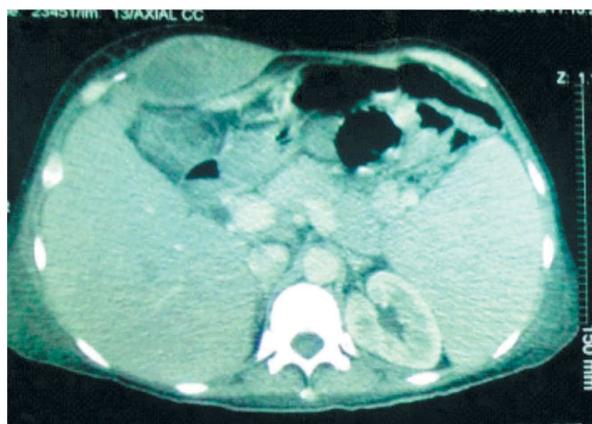


Imagen 2.

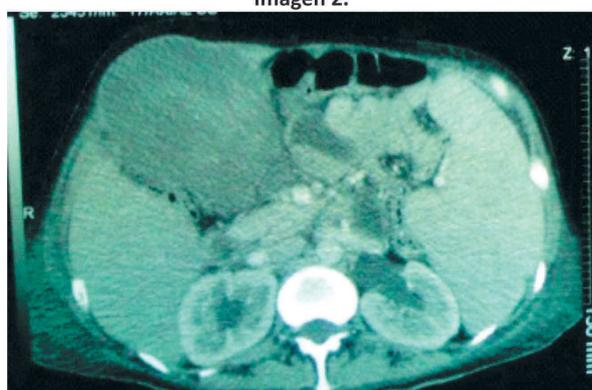


Imagen 3.



Imagen 4.

coágulos, no evidenciándose sangrado activo, se dejó drenaje laminar.

Posteriormente fue sometida a drenaje abierto ya que presento infección del hematoma, complicándose con un absceso de pared abdominal, siendo necesario el tratamiento antibiótico de larga duración.

Hospitalizada por 63 días, luego de los cuales fue dada de alta y continuó controles por consultorio externo con el diagnóstico de LMC en fase crónica.

DISCUSIÓN

Los hematomas de pared abdominal son cuadros de presentación, principalmente, asociada a un trauma sobre la pared abdominal, pero en caso de los hematomas espontáneos, siendo una minoría, corresponden a la presencia de un factor predisponente, en este caso la LMC y un desencadenante, que corresponde a la gestación y el mal funcionamiento plaquetario.

Es ampliamente estudiado, que los pacientes que cursan con cuadros de LMC, tiene, no solo tienen alteración a nivel leucocitario, sino también a nivel de la función plaquetaria.

Al analizar las características clínicas de los pacientes con LMC, se ha encontrado que hasta el 24% de ellos presentan, como complicación, el sangrado, y además se evidencia que alrededor del 85% de ellos presentan niveles normales o altos en el conteo plaquetario². Esto plantea que la alteración leucocitaria producto de BCR-ABL+, también repercute en otras líneas de la serie mieloide, lo cual explicaría el que en muchos estudios se reportan niveles de plaquetas mayores a 450000mm^3 (hasta en un 64% de pacientes), y una marcada presencia de sangrado sobre una casi nula presencia de eventos trombóticos²⁻⁷.

Esta última afirmación, llevó a pensar que un tratamiento con Imatinib tendría repercusión positiva sobre la alteración plaquetaria, pero varios estudios no han sido concluyentes⁷⁻⁸.

Actualmente se plantea que la disfunción plaquetaria sería a varios niveles y, en este caso, se toma como un factor clave en la presencia de un hematoma espontáneo.

La descripción radiológica (TEM), en estos pacientes, debe hacerse con contraste, ya que la presencia de imagen captadora del mismo, podría correspondería a un sangrado activo y plantearía la necesidad de un tratamiento quirúrgico eventual. Según muchas revisiones, los hematomas espontáneos de pared abdominal, no precisan de tratamiento invasivo, ya que muchos de ellos pueden reabsorberse solos. Esto último, debe ser individualizado.

Dado el estado hemodinámico estable de nuestra paciente y la poca posibilidad de un sangrado activo, es posible que el manejo más adecuado hubiera sido la conducta expectante y de soporte.



REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Spontaneous Hematomas of the abdominal wall. Rev. Chilena de Cirugía. Vol 59 – N° 1, Febrero 2007; págs. 5-9.
2. Clinical features at diagnosis in 430 patients with chronic myeloid leukaemia seen at a referral centre over a 16-year period. British Journal of Haematology 1997; 96, 111-116.
3. Zainea GG, Jordan F. Rectus sheath hematoma: their pathogenesis, diagnosis, and management. Am Surg 1998; 54: 630-633.
4. Rosell Pradas J, Guerrero Fernández-Marcote JA, Vara Thorbeck R. Hematoma del músculo recto abdominal como falso abdomen agudo (aportación de tres casos). Rev Esp Enf Ap Digest 1988; 74: 385- 387.
5. Simón Adiego C, Ferri Romero J, Molina Escobar B, Alarcón López A, Tortosa Sánchez A, Carrera Gutiérrez J, et al. Hematoma de la vaina de los rectos: aportación de cuatro nuevos casos. Cir Esp 2000; 67: 200-203.
6. Titone C, Lipsius M, Krakauer JS. Spontaneous hematoma of the rectus abdominis muscle: critical review of 50 cases with emphasis on early diagnosis and treatment. Surgery 1972; 72: 568-572.
7. Improvement of platelet dysfunction in chronic myelogenous leukemia following treatment with imatinib: a case report. J Med Case Rep. 2011 May 30;5:215. Doi: 10.1186/1752-1947-5-215.
8. Platelet Dysfunction in Patients with Chronic Myeloid Leukemia: Does Imatinib Mesylate Improve it?. Turk J Haematol. 2016 Jun 5;33(2):127-30. Doi: 10.4274/tjh.2014.0213. Epub 2015 Aug 6.

Correspondencia: Gastón Ramos Butrón

Correo electrónico: gaston.ramos.b@upch.pe

Fecha de recepción del trabajo: 30 de Setiembre 2016

Fecha de aceptación para la publicación: 28 de Octubre 2016