

HEMATOMA MESENTÉRICO

ESPONTÁNEO.

HALLAZGOS RADIOLÓGICOS Y

REVISIÓN DE LA LITERATURA

Objetivos

Los objetivos de este trabajo son describir los hallazgos radiológicos del hematoma mesentérico espontáneo y realizar una breve revisión de esta entidad.

Revisión del tema

Se define como hematoma mesentérico espontáneo al sangrado intraabdominal sin antecedente traumático o iatrogénico previo.

Fue descrito por primera vez en 1909 habiéndose reportado unos 110 casos desde entonces, siendo más prevalente en **varones mayores de 50 años** [1,2].

Las **causas potenciales** incluyen el tratamiento anticoagulante, la rotura de aneurismas viscerales, las enfermedades del tejido conectivo, las pancreatitis crónicas, la enfermedad de Crohn y las hernias inguinales incarceradas, aunque hasta en el 40% de las ocasiones no se encuentra causa alguna (idiopáticas).

Revisión del tema

❖ Anticoagulantes orales

La extendida utilización de los anticoagulantes orales (ACO) en múltiples patologías, especialmente las cardíacas, ha dado lugar a un aumento de las complicaciones derivadas de su uso, entre ellas las hemorragias espontáneas. Aunque normalmente suelen aparecer debido a sobredosis, se han descrito casos en la literatura de hematomas mesentéricos en pacientes con INR normal [3]. La localización más habitual es la **pared del intestino delgado**, siendo menos frecuente en el peritoneo (figura 1). La mayoría de los casos descritos en la literatura de hematomas mesentéricos secundarios a ACO es por el empleo de Warfarina, aunque recientemente Hirano et al. han descrito un caso por el empleo de rivoraxaban, un inhibidor del factor Xa [4]. (figura 2)

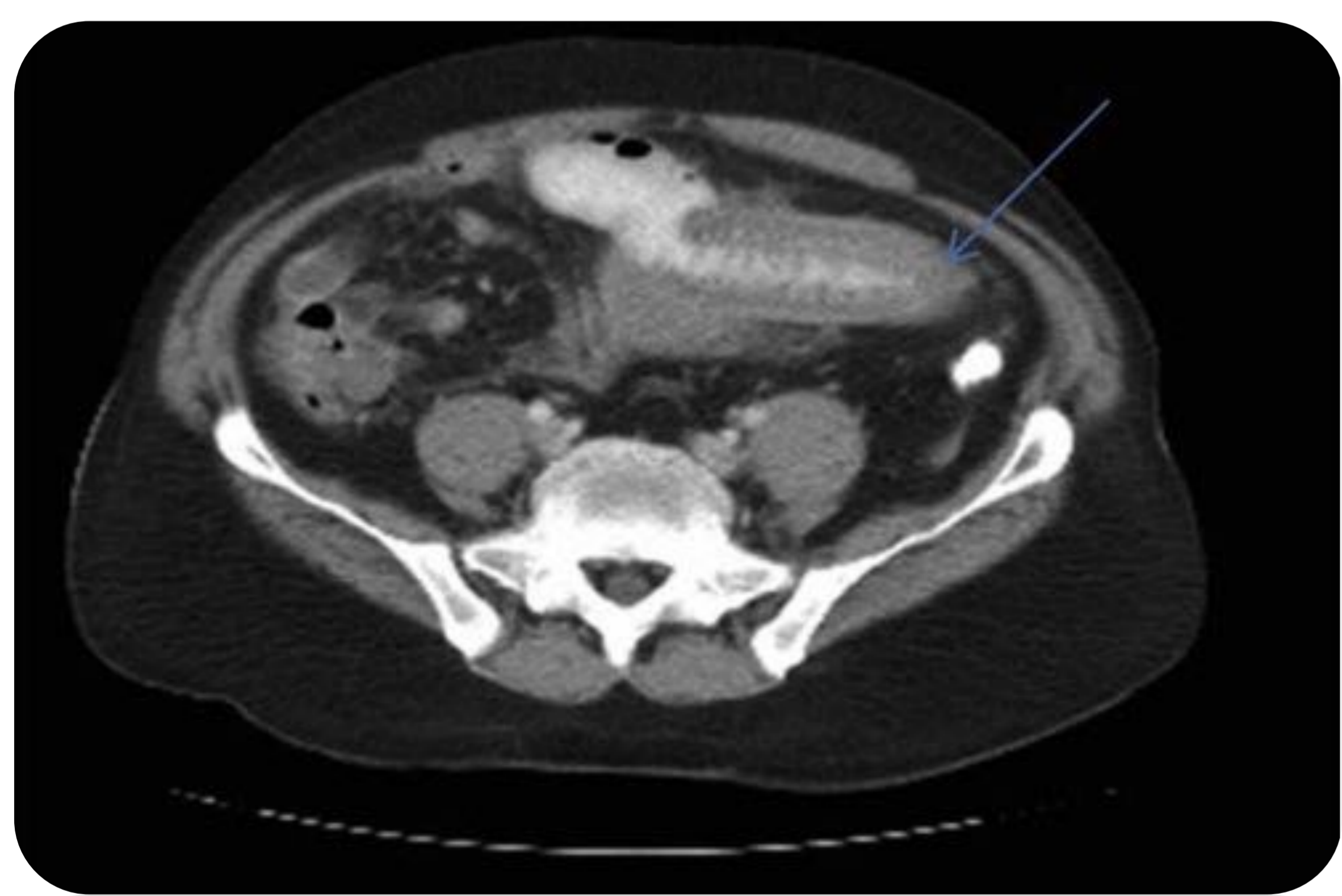
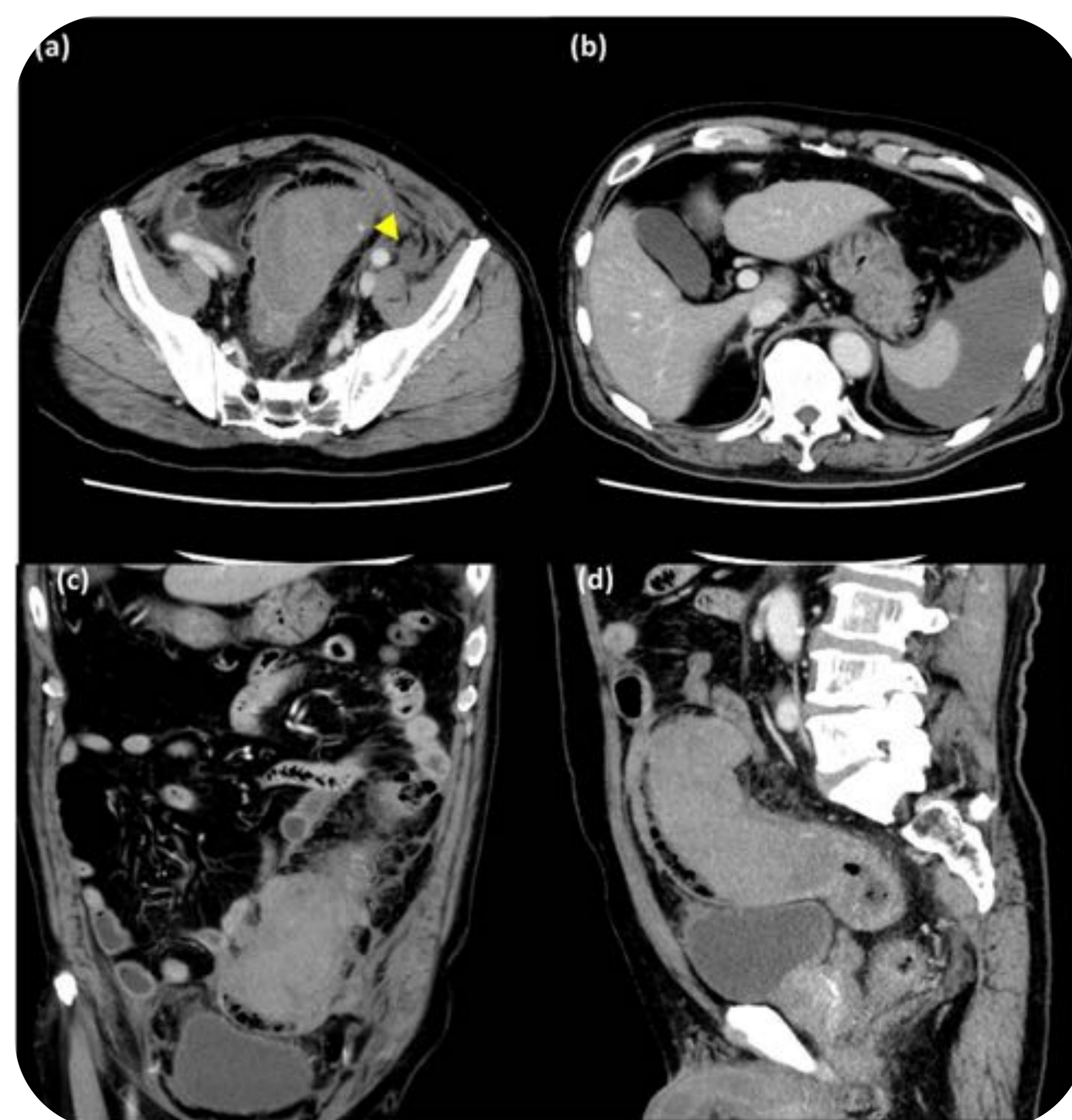


Fig 1. Paciente de 65 años con antecedentes de DM y en tratamiento con sintrom, que acude a urgencias por dolor abdominal difuso aunque más focalizado en FID. Analítica sin alteraciones salvo por un INR de 9. Ecografía no concluyente. TC abdominopélvico con contraste iv. muestra un engrosamiento de la pared del íleon terminal de unos 10 cm de longitud. Tras corregir el trastorno de la coagulación mediante plasma fresco congelado y vitamina K, los síntomas desaparecieron el segundo día.

Fuente: Bekheit M et al. Non-traumatic intramural hematomas in patients on anticoagulant therapy: Report of three cases and overview of the literature. African Journal of Emergency Medicine.2014; 4(4):1-4. Copyright © 2014 African Federation for Emergency Medicine. Published by Elsevier B.V.

Fig 2. Paciente de 71 años en tratamiento con rivoraxaban por fibrilación auricular paroxística que acude a urgencias por sangrado en heces de 3 días de duración. Analítica: Hemoglobina 9,3 g/dl, INR 1,4 UI, resto sin otras alteraciones. TC abdominopélvica con contraste iv mostró un lesion de unos 10 cm de tamaño adyacente al sigma, que condicionaba un disminución de calibre de éste así como una discreta extravasación de contraste en el interior de la lesion que se correspondía con sangrado arterial activo (cabeza de flecha). Así mismo se apreció importante cantidad de líquido libre intraperitoneal de alta densidad en relación a hemoperitoneo.



Fuente: Hirano K et al. Spontaneous mesenteric hematoma of the sigmoid colon associated with rivoraxaban: A case report. Int J Surg Case Rep. 2018 Feb 10;44:33-37. Copyright © 2018 The Authors. Published by Elsevier Ltd on behalf of IJS Publishing Group

Revisión del tema

❖ Rotura de aneurismas viscerales

La rotura de los aneurismas viscerales es la causa más frecuente de hematoma mesentérico secundario, siendo la arteria esplénica la localización más habitual, ya que aunque son la tercera en frecuencia tras los aneurismas de aorta y arterias iliacas, hay que recordar que la rotura de estos últimos dan lugar a un hematoma retroperitoneal y no mesentérico. Son más prevalentes en mujeres y aunque de etiopatogenia incierta, se han descrito como principales factores de riesgo la fibrodisplasia de la capa media, embarazo, hipertensión portal, esplenomegalia, cirrosis, aterosclerosis, pseudoquistes pancreáticos y la poliarteritis nodosa [5]. (figura 3)

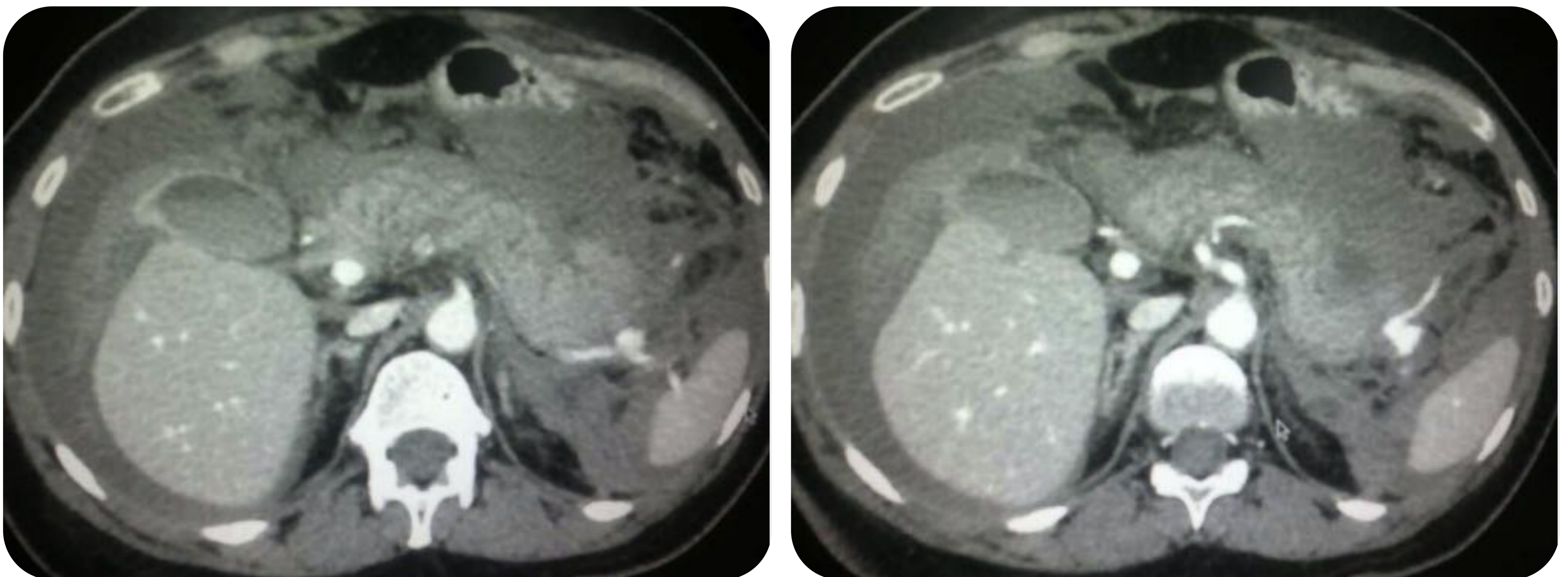


Fig 3. Paciente de 58 años en tratamiento con sintrom por antecedentes de trombosis del seno cavernoso, que acude al servicio de Urgencias por dolor abdominal epigástrico con náuseas y vómitos. Analítica: Hemoglobina 13,6 g/dl, INR 6,6 UI, resto sin otras alteraciones. Después de 12 horas de observación la paciente experimentó una reagudización del dolor con descenso del hematocrito, se realizó una TC abdominopélvica con contraste iv. que mostró una rotura de un aneurisma de la arteria esplénica con sangrado arterial activo y un importante hemoperitoneo.

Revisión del tema

❖ Enfermedades del tejido conectivo

Las enfermedades del tejido conectivo son una causa poco frecuente de hematoma mesentérico, habiéndose descrito en la literatura únicamente dos casos secundarios a la enfermedad de Ehlers – Danlos tipo vascular (tipo IV), que se caracteriza por el adelgazamiento y fragilidad de la pared de los vasos tendiendo a romperse con mínimos traumatismos [6].

❖ Pancreatitis crónica

Las pancreatitis crónicas pueden dar lugar a una degeneración aneurismática de las arterias gastroduodenal o pancreaticoduodenal debido a los episodios inflamatorios de repetición. Estos aneurismas pueden romperse hacia el mesenterio o hacia el tracto gastrointestinal, dando lugar en el último caso al denominado “haemosuccus pancreaticus” [7]. (figura 4)

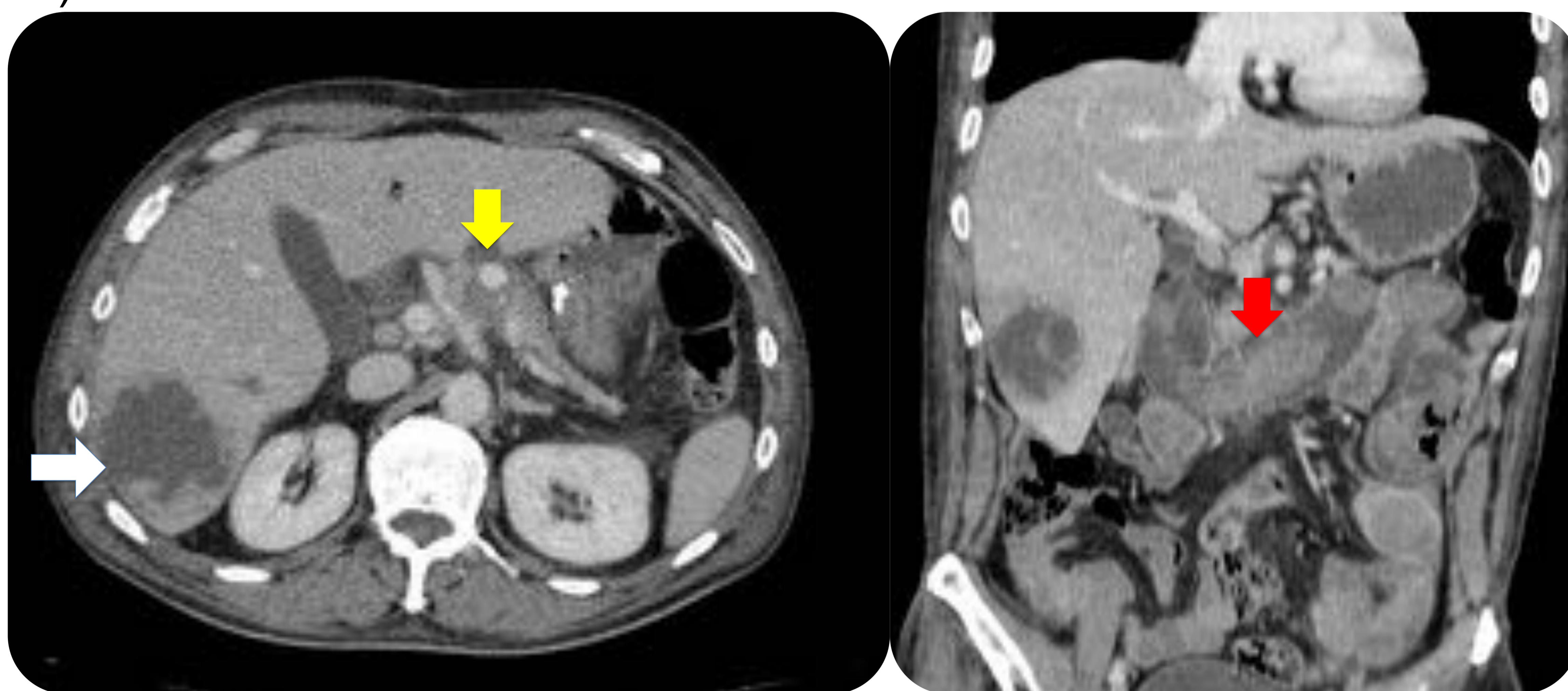


Fig 4. Paciente de 55 años con antecedentes de pancreatitis crónica, que acude al Servicio de Urgencias por fiebre, dolor epigástrico, náuseas, sudoración y hematemesis de 24 horas de evolución. Analítica: 18.000 leucocitos, Hb: 9,5 g/dl, sin alteración de las enzimas pancreáticas. Fig. 4a) imagen axial de TC abdominopélvico con contraste iv en el que se observa un área de necrosis en el cuerpo del páncreas con un nódulo hiperdenso en su interior (flecha amarilla) que se corresponde con un punto de sangrado arterial activo. En LHD existía una lesión hipodensa de paredes gruesas e hipercaptantes compatible con absceso (flecha blanca). Fig. 4b) reconstrucción coronal de TC abdominopélvica con contrastes iv que muestra una dilatación de las asas de intestino delgado, con contenido hiperdenso en su interior en relación a sangrado (flecha roja), que provenía del punto hemorrágico entrapancreático que drenaba al conducto de Wirsung y de ahí a la papila duodenal, diagnosticándose de “hemosuccus pancreático”.

Revisión del tema

❖ Enfermedad de Crohn

La enfermedad de Crohn es una enfermedad inflamatoria que puede aparecer en cualquier tramo del tracto gastrointestinal, siendo el íleon distal la localización más frecuente. Las complicaciones más prevalentes son la formación de úlceras, fistulas, estenosis, obstrucción intestinal y cáncer. Sólo hay un caso descrito en la literatura de hematoma mesentérico secundario a enfermedad de Crohn [8]. La causa de éste se cree que fue debido a una rotura vascular desencadenada por la inflamación de la grasa mesentérica durante el episodio agudo. (figura 5)

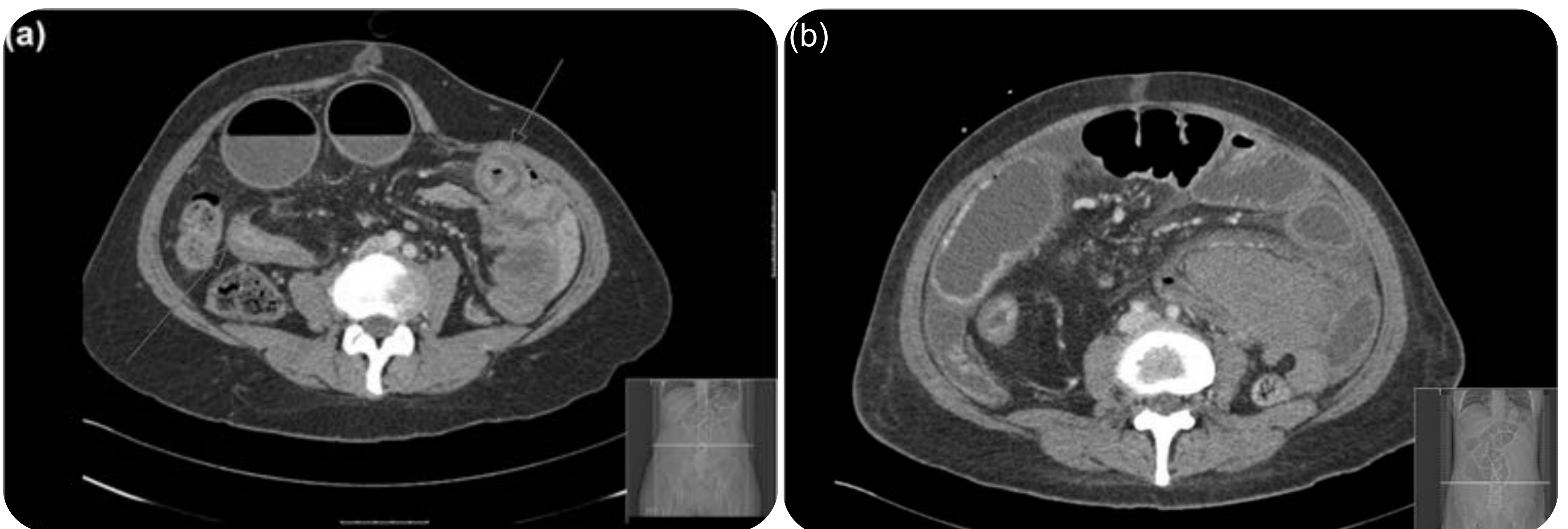


Fig 5. Paciente de 44 años con brote de colitis ulcerosa que no respondía al tratamiento médico con corticoides y azatioprina. En TC abdominopélvico previo se observaba un engrosamiento de la pared del colon de unos 3 cm de longitud, con estenosis de la luz y dilatación preestenótica, pero sin signos de hematoma (fig. 5a). La analítica de urgencias presentaba una hemoglobina de 8,6 g/dl por lo que se decidió realizar una TC abdominopélvica con contraste iv. en la que se observó una obstrucción de intestino delgado secundaria a un hematoma mesentérico que ejercía efecto masa sobre el íleon distal dando lugar a una disminución de calibre de la luz vascular (fig. 5b).

Revisión del tema

❖ Hernias inguinales incarceradas

Las hernias inguinales que contienen asas de intestino delgado o colon en su interior pueden incarcerarse, comprometiendo la microcirculación del mesenterio que en casos recurrentes pueden llegar a desembocar en una rotura vascular con la subsecuente formación de un hematoma mesentérico [9]. (figura 6)



Fig 6. Paciente de 67 años que acude a urgencias por dolor abdominal epigástrico de dos días de evolución sin náuseas, vómitos, hematemesis o melenas asociada. Como antecedentes quirúrgicos destacaba una hernia inguinal derecha intervenida 8 años antes con dos recurrencias posteriores que precisaron reintervención. La analítica no presentaba alteraciones significativas. Se realizó una TC abdominopélvica con contraste iv. donde se objetivó una nueva recidiva de la hernia inguinal derecha que contenía asas de intestino Delgado así como una masa mesentérica que se biopsió siendo compatible con un hematoma mesentérico. No se evidenciaron áreas de sangrado arterial activo.

Fuente: Sutton E, et al. Spontaneous mesenteric hematoma associated with recurrent incarcerated inguinal hernia. Am Surg. 2015 Jan;81(1):E3-5. Copyright © 2015 American Surgery

Revisión del tema

❖ Idiopáticas

No obstante, es posible no encontrar una causa del sangrado ni en las pruebas de imagen ni en la exploración quirúrgica hasta en un 40% de las ocasiones (idiopáticas), siendo estos casos un reto diagnóstico en los que la clínica, la exploración física, los datos analíticos y las pruebas de imagen deben ser valoradas en su conjunto [1,2]. (figura 7)

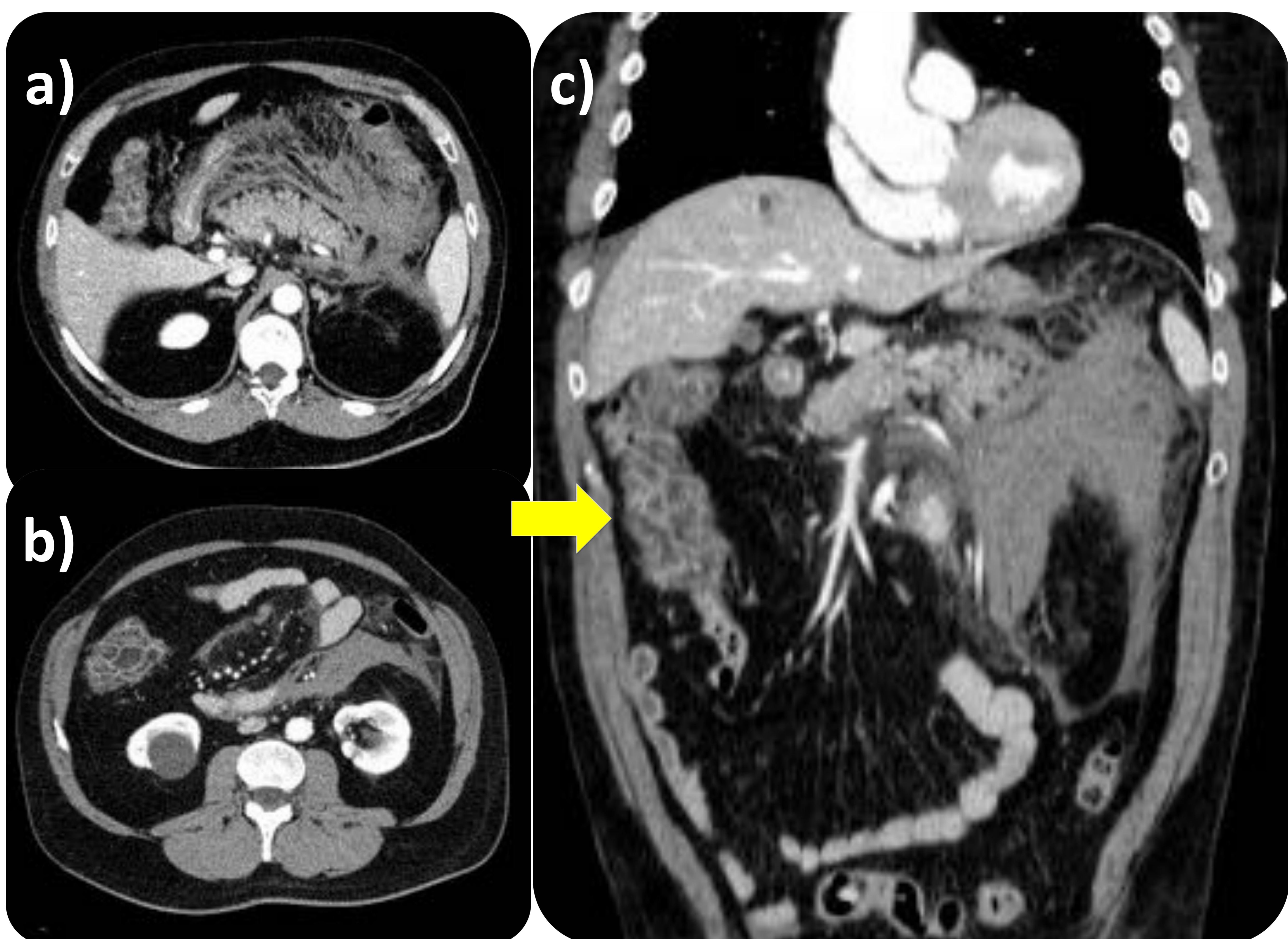


Fig 7. Paciente de 55 años sin antecedentes de interés, que acudió al Servicio de Urgencias por dolor centroabdominal sin náuseas o vómitos asociados. No refería traumatismo previo ni estar bajo tratamiento anticoagulante. Análítica: hemoglobina de 9,6 g/dl, resto sin otras alteraciones. Fig. 7a y b) imágenes axiales de TC abdominopélvico con contraste iv. que muestra un marcado aumento de densidad y trabeculación de la grasa mesentérica que se extiende por el espacio parrarenal anterior izquierdo, compatible con hematoma mesentérico. No se apreciaban imágenes sugestivas de aneurisma ni áreas de sangrado arterial activo. Fig. 7c) reconstrucción multiplanar coronal de TC abdominopélvico con contraste iv. que demuestra el hematoma mesentérico así como un engrosamiento de la pared del colon ascendente con hipercaptación de la mucosa que sugiere colitis por bajo gasto (flecha).

Revisión del tema

La **clínica** suele ser inespecífica y varía en función del tamaño y de la localización del hematoma, pudiendo ser asintomáticos aquellos pacientes con sangrado leve en el que los vasos lesionados son de pequeño calibre. Cuando la hemorragia es en mayor cuantía los síntomas varían desde el dolor abdominal, vómitos, masa palpable e hipotensión [1-9].

La mayoría de las **complicaciones** suelen aparecer como consecuencia de la extensión del hematoma hacia las estructuras anatómicas adyacentes (tracto digestivo, retroperitoneo, órganos sólidos o pared abdominal) o como efecto masa sobre éstas (obstrucción e isquemia intestinal) [10-11]. (figura 8)

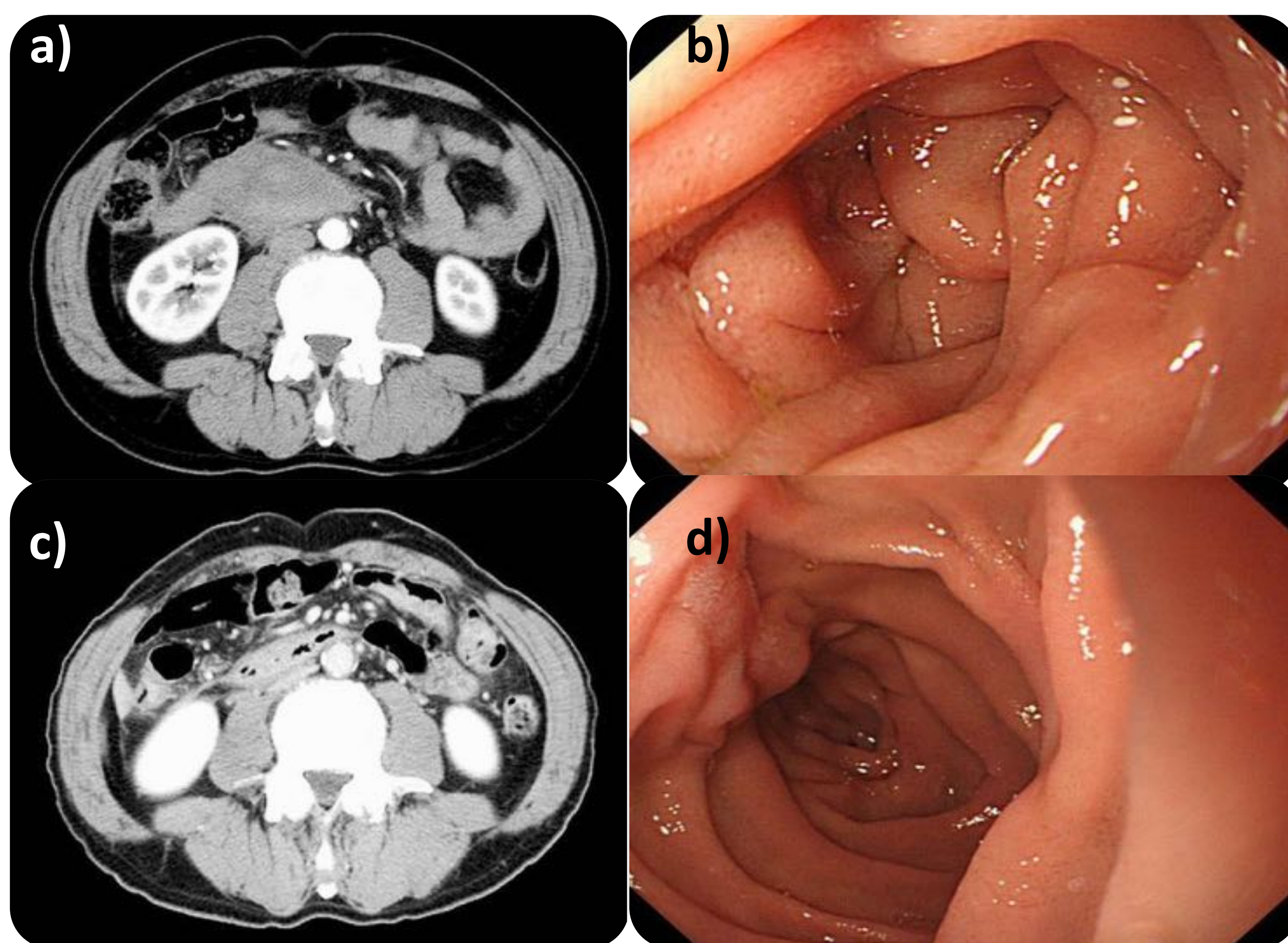


Fig 8. Paciente de 64 años que acude a urgencias por dolor epigástrico y náuseas, sin antecedentes de traumatismo previo. Analítica sin alteraciones. TC abdominopélvico con contraste iv. que muestra un hematoma periduodenal sin sangrado arterial activo o signos de rotura aneurismática (fig. 8a). Endoscopia digestiva alta en la que se evidenció una estenosis a nivel de la segunda porción duodenal (fig. 8b). Se realizó una TC de control tras tratamiento conservador mediante SNG y nutrición parenteral habiendo desaparecido el hematoma periduodenal a las tres semanas (fig. 8c) así como la estenosis secundaria a este nivel (fig. 8d)

Revisión del tema

El **diagnóstico** suele ser radiológico, siendo la TC la prueba de imagen de elección. En el estudio sin contraste intravenosos se identifica un aumento de densidad de la grasa mesentérica, con valores de atenuación entre las 35-40 UH si el sangrado es hiperagudo ó >60 UH si el sangrado es agudo - subagudo. En la TC con contraste iv en ocasiones se puede identificar sangrado arterial activo, aunque este hallazgo no es constante, debiéndose completar el estudio en estos casos con arteriografía para identificar la causa del sangrado [12].

El **tratamiento** varía en función de la estabilidad hemodinámica, pudiendo ser manejado de forma conservadora los pacientes estables sin evidencia de sangrado arterial activo. En el resto, suele ser necesario realizar una laparotomía exploradora [12].

Conclusión

El hematoma mesentérico espontáneo es una **entidad poco frecuente** con la que el radiólogo debe de estar familiarizado, dado que **la ausencia de antecedente traumático o quirúrgico** y la no visualización de sangrado arterial activo **no excluye su diagnóstico.**

Bibliografía

1. Shikata D, Nakagomi H, Takano A, Nakagomi T, Watanabe H, et al. Report of a case with a spontaneous mesenteric hematoma that ruptured into the small intestine. *Int J Surg Case Rep.* 2016;24:124-7.
2. Furlan A, Fakhran S, Federle MP. Spontaneous abdominal hemorrhage: causes, CT findings, and clinical implications. *AJR Am J Roentgenol.* 2009 Oct;193(4):1077-87.
3. Bekheit M, AlaaSallam M, Khafagy P, Corder R, Katri K. Non-traumatic intramural hematomas in patients on anticoagulant therapy: Report of three cases and overview of the literature. *African Journal of Emergency Medicine.* 2014; 4(4):1-4.
4. Hirano K, Bando T, Osawa S, Shimizu T, Okumura T, et al. Spontaneous mesenteric hematoma of the sigmoid colon associated with rivaroxaban: A case report. *Int J Surg Case Rep.* 2018 Feb 10;44:33-37.
5. Abdulrahman A, Shabkah A, Hassanain M, Aljiffry MRuptured spontaneous splenic artery aneurysm: A case report and review of the literature. *Int J Surg Rep.* 2014;5(10):754-7.
6. Hosaka A, Miyata T, Shigematsu H, Deguchi JO, Kimura H, Nagawa H, Sato O, Sakimoto T, Mochizuki T. Spontaneous mesenteric hemorrhage associated with Ehlers-Danlos syndrome *J Gastrointest Surg.* 2006 Apr;10(4):583-5.
7. Eckhauser FE, Stanley JC, Zelenock GB, Borlaza GS, Freier DT, Lindenauer SM. Gastroduodenal and pancreaticoduodenal artery aneurysms: A complication of pancreatitis causing spontaneous gastrointestinal hemorrhage. *Surgery.* 1980 Sep;88(3):335-44.
8. Ashrafian H, Manfield JH, Mitra A, Boyle DJ, Mathur P. Spontaneous mesenteric hematoma complicating an exacerbation of Crohn's disease: report of a case. *BMC Surg.* 2014 Jun 3;14:35.
9. Sutton E, Emuakhagbon V, Jones VM, McMasters K. Spontaneous mesenteric hematoma associated with recurrent incarcerated inguinal hernia. *Am Surg.* 2015 Jan;81(1):E3-5
10. Ono H, Tasaki T, Tanahashi J, Murakami K. Spontaneous mesenteric hematoma with duodenal stenosis. *Intern Med.* 2013;52(11):1267-8.
11. Peña Ros E, Ródenas Moncada FJ, Sánchez Cifuentes A, Albarracín Marín-Blázquez A. Spontaneous mesenteric hematoma: a diagnostic challenge. *Cir Esp.* 2014 Dec;92(10):61.
12. Parker SG, Thompson JN. Spontaneous mesenteric haematoma; diagnosis and management. *BMJ Case Rep.* 2012 Aug 2;2012