

Hematoma Intramural Espontáneo de Intestino Delgado debido al uso de Anticoagulantes Orales: Reporte de Caso y Revisión de la Literatura

Hans Reyes Garay*, Martín Tagle Arróspide*

RESUMEN:

A continuación describimos un caso de una mujer de 78 años anticoagulada que presentó dolor abdominal, náuseas, vómitos y niveles elevados de tiempo de protrombina (INR= 9.07). La ecografía y tomografía abdominal mostraron un engrosamiento de las paredes del intestino delgado dependiente de duodeno y yeyuno. La endoscopia mostró un aspecto equimótico del duodeno y yeyuno. La paciente recibió tratamiento médico conservador logrando que sus síntomas remitieran espontáneamente.

PALABRAS CLAVE: hematoma intramural de intestino delgado, terapia anticoagulante

Rev. Gastroenterol. Perú; 2010; 30-2: 158-149

ABSTRACT:

We describe a case of 78 year-old woman under anticoagulant therapy who presented abdominal pain, nausea, vomiting and an elevated prothrombin time levels (INR = 9.03). The ultrasound and abdominal CT showed a thickened small bowel wall mainly involving duodenum and jejunum. The endoscopy showed an ecchymotic aspect of duodenum and jejunum. The patient received conservative medical treatment and her symptoms spontaneously subsided.

KEY WORDS: intramural small bowel hematoma, anticoagulant therapy

* Clínica Anglo Americana
Lima, Perú

INTRODUCCIÓN

El uso de anticoagulantes orales cada vez es más frecuente entre pacientes que tienen embolismo pulmonar, fibrilación auricular, válvulas protésicas, trombosis venosa profunda, entre otros.¹⁻³ El sangrado es la principal complicación de los anticoagulantes orales, incluso puede comprometer la vida del paciente si se produce un sangrado masivo u ocurre dentro de órganos vitales. El hematoma intramural intestinal es otra complicación de la terapia anticoagulante.¹⁻⁴

Los hematomas intramurales de intestino delgado son una entidad rara capaz de producir sintomatología similar al de una obstrucción intestinal con dolor abdominal, náuseas y vómitos debido al engrosamiento de las paredes del intestino y a la disminución de la luz intestinal.¹⁻⁴

Describimos a continuación un caso de una mujer que presentó un hematoma intramural espontáneo de intestino delgado secundario al uso de anticoagulantes orales que remitió espontáneamente con el tratamiento médico y hacemos una revisión de la literatura.

REPORTE DE CASO

Una paciente mujer de 81 años fue admitida al hospital por presentar desde 3 días previos al ingreso dolor abdominal difuso de manera intermitente agregándose náuseas y vómitos un día antes del ingreso. En el departamento de Emergencias se hidrató a la paciente con líquidos endovenosos cediendo el dolor parcialmente, se tomaron exámenes de laboratorio e imágenes por lo cual se decidió su hospitalización.

La paciente tenía como diagnósticos previos diabetes mellitus, hipertensión arterial, enfermedad coronaria, hipotiroidismo, asma, demencia tipo Alzheimer con deterioro cognitivo progresivo, neoplasia de mama operada hace 9 años, portadora de marcapaso bicameral, válvula aórtica protésica por estenosis severa desde hace 6 años por lo cual tomaba warfarina 2.5 mg vía oral entre otros medicamentos.

Como un antecedente adicional, la paciente presentó un año y medio antes del ingreso un hematoma en glúteo derecho secundario a un trauma, en esa oportunidad tenía un INR (international normalized ratio) de 8.3.

Sus signos vitales al ingreso fueron PA: 110/60 mmHg, FC: 70 x', FR: 16x' y una temperatura de 37°C. La paciente presentaba mucosas secas, el examen cardiovascular y pulmonar estuvo dentro de los límites normales, el abdomen se encontró levemente distendido con un dolor difuso no localizado, con ruidos hidroaéreos normales, no se palparon masas, no hubo hepatoesplenomegalia, al examen neurológico se evidenció el deterioro cognitivo de la paciente.

Se realizaron exámenes de laboratorio al ingreso. (Tabla 1)

VARIABLES	Valores normales	Ingreso
Leucocitos	4100 - 10900 /mm ³	13850
Abastionados	0 - 4 %	3
Hemoglobina	12 - 15.5 gr/dl	12.7
Tiempo de protrombina	12.5 segundos	55.8
INR	1.00	9.07
Glucosa	60 - 100 mg/dl	310
Creatinina	0.6 - 1.2 mg/dl	1.4
Urea	20 - 40 mg/dl	50
Amilasa	28 - 100 U/l	97
Sodio	135 - 145 mEq/l	140
Potasio	3.5 - 5 mEq/l	4.5
PCR	0 - 0.5 mg/ml	2.61

Tabla 1. Valores de laboratorio al ingreso

Se realizó una ecografía abdominal que fue descrita como: "masa tubular intestinal aparentemente dependiente de intestino delgado con trayecto retroperitoneal y luego intraperitoneal de 20mm de grosor."

Posteriormente se realizó una tomografía abdominal contrastada la cual fue informada como: "engrosamiento de aspecto tumoral de las paredes aparentemente de la región pilórica pero principalmente del duodeno a nivel del ángulo de Treitz y del yeyuno, dejando una fina luz por donde pasa el contraste sobre una longitud de aproximadamente 8cm. No adenopatías, no líquido libre." (Figura 1 y 2)



Figura 1. Pared engrosada del duodeno con un pasaje fino de la sustancia de contraste



Figura 2. Pared engrosada del duodeno a nivel del ángulo de Treitz y del yeyuno, longitud aprox 8 cm

Una vez hospitalizada y teniendo los exámenes descritos se le administró vitamina K 1mg, se suspendió la toma de anticoagulantes, se la hidrató vía endovenosa y se le suspendió la ingesta oral temporalmente.

Al tercer día de ingreso con el INR ya normalizado se realizó una endoscopia alta con colonoscopio pediátrico (enteroscopia) la cual mostró un aspecto equimótico en la 3era porción duodenal y yeyuno proximal, con preservación de pliegues. (Figura 3 y 4). Se tomaron marcadores tumorales CEA y CA19-9 los cuales fueron negativos.

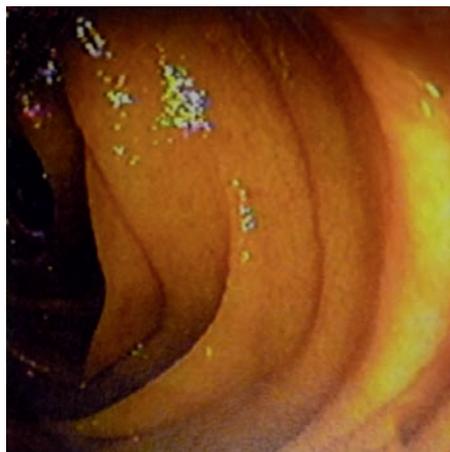


Figura 3. Intestino normal



Figura 4. Aspecto equimótico de la pared duodenal y yeyuno proximal

La paciente presentó fiebre el segundo y tercer día de hospitalización, encontrándose un incremento en el conteo de leucocitos totales que llegó hasta 17670/mm³ sin desviación izquierda, con una proteína C reactiva (PCR) que se elevó a 11.2 (rango normal < 0.5 mg/ml). Se descartó infiltrado neumónico, flebitis e infección urinaria como causa de fiebre, el dolor abdominal fue disminuyendo con los días y mejoró la tolerancia de la vía oral, fue dada de alta a los 12 días de hospitalizada. Los valores de laboratorio durante la hospitalización se evidencian en la Tabla 2.

VARIABLES	Rangos de referencia	Ingreso	1er día	2do día	4to día	5to día	7mo día
Hemoglobina	12 - 15.5 gr/dl	12.7		12.5	12.5	12.5	11.3
Leucocitos	4100 - 10900 /mm ³	13850		14210	17670	9610	7670
Abastionados	0 - 4 %	3		2	2	4	2
Tiempo de protrombina	12.5 segundos	55.8	54.6	15			13.9
INR	1.00	9.07	8.78	1.35	1.12		1.21
Glucosa	60 - 100 mg/dl	310	230	178	80		
Urea	20 - 40 mg/dl	50		33	58		
Creatinina	0.6 - 1.2 mg/dl	1.4		1.22	1.44		
Amilasa	28 - 100 U/l	97					
Lipasa	13 - 60 U/l	46					
PCR	0 - 0.5 mg/ml	2.61			11.21		
Potasio	3.5 - 5 mEq/l	4.5			4.1		
Sodio	135 - 145 mEq/l	140			143		
HbA1c	< 6%			8.5%			
CEA	0 - 5 ng/ml			2			
Ca19.9	10 - 37 U/ml			12			
Leucocitos en orina	< 5 x campo	1 - 2		4 - 5			

Tabla 2. Valores de laboratorio en el tiempo

DISCUSIÓN

Los hematomas intramurales de intestino delgado son en su mayoría de origen traumático, donde se ve afectado el duodeno principalmente pero también existen los hematomas intramurales espontáneos donde la principal causa ya descrita es la anticoagulación oral, en estos casos es el yeyuno el segmento con mayor afectación.^{1,5-7}

El hematoma espontáneo intramural de intestino delgado es una patología rara que principalmente ocurre en pacientes que reciben terapia anticoagulante oral, además puede ocurrir en otras entidades como en los desórdenes hematológicos tales como hemofilia o púrpura trombocitopénica idiopática, neoplasias como leucemia y linfoma, enfermedades inmunológicas como vasculitis o también en pacientes que reciben quimioterapia.^{1,5,7} Se han reportado también casos, aunque en menor cantidad, por el uso de heparina de bajo peso molecular.⁸

El cuadro clínico es generalmente inespecífico, por lo que puede variar desde síntomas leves como estreñimiento, náuseas y vómitos hasta formas más graves como dolor abdominal, obstrucción intestinal y abdomen agudo.^{5,6,9,10}

Nuestra paciente presentó un hematoma intramural espontáneo de duodeno y yeyuno con sintomatología semejante a una pseudo-obstrucción intestinal con dolor abdominal, náuseas y vómitos que son los síntomas que se describen con mayor frecuencia según los casos previamente descritos. Sin embargo, es necesario mencionar que existen casos en los cuales los pacientes ameritan tratamiento quirúrgico debido a que presentan un abdomen peritoneal, la obstrucción no cede a pesar de tratamiento médico, habiéndose reportado hemoperitoneo y necrosis de la pared intestinal en la cirugía.^{4,11}

Si bien el diagnóstico diferencial clínico y radiológico inicial apuntaba a una neoplasia intestinal difusa tipo linfoma, el hallazgo de equimosis marcada de la mucosa en la endoscopia en el contexto de un INR muy por encima del rango terapéutico, hicieron el diagnóstico de hematoma de pared intestinal.

El hematoma intramural intestinal es una complicación rara que sucede en pacientes anticoagulados, con una incidencia de 1/2500.¹² La condición clínica puede variar de acuerdo a la localización del hematoma pero pueden predominar los síntomas de obstrucción alta o baja.^{9,13,14}

Durante la hospitalización presentó fiebre, su hemograma se alteró y elevó valores de PCR no encontrándose ningún foco infeccioso, estos cedieron espontáneamente luego del 4to día. Estos datos los atribuimos al propio hematoma localizado en intestino.

Esta complicación de la anticoagulación no guarda relación con el tiempo que lleva el paciente en terapia anticoagulante, habiéndose reportado a los pocos meses como a los varios años de su utilización.⁹ De igual manera los valores de INR pueden encontrarse incluso dentro del rango terapéutico.^{2,4}

Para el diagnóstico es necesario el uso de imágenes, se ha descrito que la ecografía y la tomografía abdominal contrastada son las principales pruebas a usar, donde se puede apreciar un engrosamiento de las paredes intestinales que pueden llegar inclusive a 20mm, como también un estrechamiento intraluminal redundante.^{2,11,15,16} Además de un sangrado intramural o intraluminal, puede ocurrir un sangrado intramesentérico y retroperitoneal especialmente si el duodeno se ve comprometido.^{1,5}

El tratamiento médico inicial cuando un paciente acude con un hematoma intramural causado por sobreanticoagulación debe enfocarse en la reversión de la anticoagulación con vitamina K y a veces plasma fresco congelado o crioprecipitado. Complementariamente, pueden ser necesarios la suspensión de la vía oral, el uso de sonda nasogástrica, la hidratación endovenosa, la reposición de electrolitos, ocasionalmente transfusión de glóbulos rojos.^{1,5,6} Si ocurre deterioro clínico pese a estas medidas conservadoras se debe recurrir a la cirugía.^{4,5,10,11}

En nuestra revisión de la literatura la recurrencia del hematoma intramural se ha descrito pero suele ocurrir muy esporádicamente,^{1,7} además no hay datos claros acerca del reinicio de la anticoagulación vía oral, este suele reiniciarse en la mayoría de los pacientes antes del alta hospitalaria, lo cual varía en cada paciente siendo un promedio de hospitalización de 10 a 14 días aproximadamente.^{1,2,4}

Dado que el uso de anticoagulantes orales es muy frecuente, debe existir un control estricto del tiempo de protrombina o INR por parte del médico tratante. Nuestro caso clínico ilustra la importancia de incluir al hematoma intramural intestinal en todo paciente anticoagulado (aún en rango terapéutico) que se presenta con un cuadro emético o semejante a obstrucción intestinal, ya que esta entidad requiere de un alto índice de sospecha para hacer el diagnóstico.

REFERENCIAS

1. ABBAS MA, COLLINS JM, OLDEN KW, KELLY KA. Spontaneous intramural small-bowel hematoma: clinical presentation and long-term outcome. *ArchSurg.* 2002;137:306-10.
2. POLAT C, DERVISOGLU A, GUVEN H, KAYA E, ET AL. Anticoagulant-induced intramural intestinal hematoma. *Am J EmergMed.* 2003;21:208-11.
3. HIRSH J: Oral anticoagulant drugs. *N Engl J Med* 1991;324:1865-1875.
4. UZUN MA, KOKSAL N, GUNERHAN Y, SAHIN UY, ET AL. Intestinal obstruction due to spontaneous intramural hematoma of the small intestine during warfarin use: a report of two cases. *Eur J Emerg Med.* 2007;14(5):272-3.
5. ALBERTO SF, SÁNCHEZ P, FELIX J, DEUS JR. Non-traumatic spontaneous intramural hematoma of the small bowel: an infrequent complication of anticoagulation therapy. *GastroenterolHepatol.* 2009;32(5):346-348.
6. MORISHIGE M, ET AL. Hematoma intestinal por warfarina. *Cir Esp.* 2009 Nov 13
7. SECIL M, UCAR G. Spontaneous duodenal hematoma. *J EmergMed* 2004;27:291-3.
8. SHAW PH, RANGANATHAN S, GAINES B. A spontaneous intramural hematoma of the bowel presenting as obstruction as obstruction in a child receiving low-molecular-weight heparin. *J Pediatr Hematol Oncol.* 2005;27:558-60.
9. BREWER RJ, GOLDEN GT, HITCH DC, RUDOLF LE, ET AL. Abdominal pain: An analysis of 1,000 consecutive cases in a university hospital emergency room. *Am J Surg.* 1976; 131:219-223.
10. FARIA J, PESSOA R, HUDSON M, VITOI S, VILLELA O, ET AL. Hematoma intramural duodenal como complicação de terapia anticoagulante comwarfarin: relato de caso e revisao da Literatura.*RadiolBras.* 2004;37:461-463.
11. RÍOS R, GARAULET P, RODRÍGUEZ M, LEÓN C, ET AL. Hematoma intramural espontáneo de intestino delgado. *Cir Esp.* 2005;78(4):275-6.
12. BETTER S, MONTANI S, BACHMANN F: Incidence of intramural digestive system hematoma in anticoagulation. Epidemiological study and clinical aspects of 59 cases observed in Switzerland. *Schweiz Med Wochenschr* 1983;113:630-636.
13. SORBELLO MP, UTIYAMA EM, PARREIRA JG, BIROLINI D, ET AL. Spontaneous intramural small bowel hematoma induced by anticoagulant therapy: review and case report. *Clinics* 2007;62(6):785-90
14. LOHN, JW, AUSTIN, RC, WINSLET MC. Unusual cases of small-bowel obstruction. *J RSocMed.*2000; 93:365-368.
15. HOSLI P, SCHAPIRA M. Spontaneous duodenal hematoma during oral anticoagulation. *N Engl JMed.* 2000;43:474.
16. SEO JY, JEON TJ, OH TH. Nontraumatic spontaneous intramural small bowel hematoma caused by warfarin-induced overanticoagulation. *ClinGastroenterolHepatol.* 2009;7:36.