

Hemoperitoneo espontáneo idiopático

Esmer-Sánchez D,¹ Álvarez-Tostado-Fernández F,¹ Carmona-Sánchez R,² Alfaro-Sousa A.¹

1 Departamento de Cirugía, Hospital Central "Dr. Ignacio Morones Prieto". San Luis Potosí, SLP, México.

2 Servicio de Gastroenterología, Departamento de Medicina Interna, Hospital Ángeles, Centro Médico del Potosí. San Luis Potosí, SLP, México.

Correspondencia: Dr. Ramón Carmona-Sánchez. Hospital Ángeles-Centro Médico del Potosí, Antonio Aguilar 155, interior 510, Col. Burócratas, CP 78200, San Luis Potosí, SLP. Tel: 444-8340552, *Correo electrónico:* rcarmonas1@prodigy.net.mx

Fecha recibido: 31 mayo 2007 • Fecha aprobado: 26 febrero 2009

Resumen

La hemorragia intraperitoneal se presenta frecuentemente en pacientes con trauma abdominal o con enfermedades ginecológicas benignas, pero sólo en raras ocasiones puede ser idiopático. El objetivo de esta comunicación es presentar el caso de una mujer con hemoperitoneo espontáneo idiopático (HEI).

Presentación del caso: Mujer de 28 años que ingresó con abdomen agudo de 12 horas de evolución. Los exámenes de laboratorio al ingreso mostraron Hb 9.0 g/dL, leucocitos de 8.9×10^9 /dL y prueba inmunológica de embarazo negativa. El ultrasonido detectó líquido libre intraperitoneal. Se sometió a laparoscopia exploradora encontrándose hemoperitoneo masivo que fue resuelto y después de una exploración minuciosa de la cavidad abdominal no se encontraron evidencias del sitio de sangrado. Durante 2 años de seguimiento estrecho no se informaron recurrencia o complicaciones relacionadas al cuadro descrito. Se realizó una búsqueda bibliográfica de esta entidad en la literatura mundial.

Concluimos que el HEI es una entidad rara, que habitualmente se presenta como una emergencia médica y cuyo diagnóstico se establece en ausencia de factores predisponentes y por exclusión de lesiones en los vasos y órganos abdominales. Requiere una intervención inmediata, lo que es crucial para la sobrevivencia del paciente.

Palabras clave. hemoperitoneo, espontáneo, idiopático, hemorragia, laparoscopia, México.

Abstract

Intraperitoneal bleeding is common in patients with abdominal trauma or in those with benign gynecologic diseases, but it is very rare to occur spontaneously. The purpose of this communication is to report a female patient with idiopathic spontaneous hemoperitoneum (ISH).

Case presentation: A 28-year-old patient was admitted with 12-hour acute abdominal pain. Laboratory tests upon admission showed: Hb 9.0 g/dL, WBC 8.9×10^9 /dL and negative immunologic pregnancy test. The ultrasound showed free intraperitoneal fluid. She underwent exploratory laparoscopy with findings of massive hemoperitoneum, which was resolved and, after a thorough exploration of the abdominal cavity, no evidence of the bleeding site was found. She was closely followed-up for 2 years without any recurrence or complications related to the ISH. An extensive review of the literature was performed.

We conclude that ISH is a rare entity that usually presents as a surgical emergency and whose diagnosis is made in the absence of predisposing factors and excluding lesions in the abdominal blood vessels and organs. It warrants immediate intervention, which is crucial for patient survival.

Key words: hemoperitoneum, spontaneous, idiopathic, bleeding, laparoscopy, Mexico.

Introducción

La presencia de hemorragia intraabdominal debe sospecharse en pacientes con factores predisponentes que presentan abdomen agudo asociado a hipovolemia o disminución súbita del hematocrito. Aunque el hemoperitoneo masivo se asocia más comúnmente a lesiones traumáticas del abdomen y a urgencias ginecológicas,¹ debe considerarse en el diagnóstico diferencial de todos aquellos sujetos tratados con anticoagulantes o que tienen un tumor abdominal de víscera sólida. El hemoperitoneo espontáneo idiopático (HEI) es una entidad rara cuyo diagnóstico se establece por exclusión y por lo tanto, no se sospecha en el periodo preoperatorio. El diagnóstico tardío de esta entidad puede ocasionar complicaciones.²

El objetivo de esta comunicación es presentar un caso de HEI resuelto en forma temprana con buena evolución.

Presentación del caso

Mujer de 28 años con antecedentes de un embarazo intrauterino que finalizó en parto vaginal eutócico dos años antes de su padecimiento. La paciente informó que su menstruación había iniciado seis días antes de su ingreso. Negó antecedentes de cirugías previas, traumatismos, trastornos de la coagulación o uso de anticonceptivos, anticoagulantes, antiinflamatorios no esteroideos o agentes hemorreológicos. Su padecimiento se inició 24 horas antes de su ingreso al presentar dolor abdominal intenso, difuso, de inicio súbito y espontáneo, asociado a distensión abdominal progresiva, sin fiebre ni vómito. A la exploración física se confirmó la presencia de distensión abdominal, con dolor generalizado a la palpación superficial y profunda, con resistencia muscular y rebote positivo, sin peristaltismo, frecuencia cardíaca de 110 latidos por minuto, con taquipnea, presión arterial normal y afebril. No se encontraron hematomas cutáneos ni signos de hemorragia reciente en narinas o encías. Los exámenes de laboratorio mostraron hemoglobina de 9.0 gr/dL, leucocitos de 8.9×10^9 células/dL y plaquetas de 455×10^9 células/dL. El tiempo de protrombina y el tiempo parcial de tromboplastina fueron normales. La prueba inmunológica del embarazo fue negativa y fracción beta de la gonadotropina coriónica humana se encontró en límites normales (20 UI/dL). El ultrasonido demostró la presencia de líquido libre intraperitoneal.

Inmediatamente se realizó laparoscopia encontrándose hemoperitoneo de 2000 mL que fue totalmente evacuado. Luego de su resolución se hizo una minuciosa revisión del útero, ambos ovarios y salpinges, bazo, hígado, estómago, intestino delgado en todos sus segmentos, colon, arteria y vena esplénica, vasos ilíacos, se movilizó colon derecho y la arcada duodenal para observar grandes vasos incluyendo vena cava, vasos ilíacos y aorta, así como mesenterio, sin encontrar lesiones. No se encontró ninguna fuente evidente de hemorragia. Después de una cuidadosa observación se colocaron tubos de drenaje y se dio por terminado el procedimiento. Se transfundieron 4 paquetes globulares en el trans y postoperatorio inmediato. Se realizó un seguimiento estrecho durante su recuperación sin identificar signos o síntomas de reactivación de la hemorragia. La hemoglobina fue de 12 g/dL a las 24 horas de concluida su exploración quirúrgica. Su evolución postoperatoria fue satisfactoria. La paciente fue revisada a los 7 días de su cirugía y nuevamente un mes después sin encontrar cambios en la exploración física ni en las cifras de hemoglobina o hematocrito. Desde entonces se mantuvo en vigilancia periódica. A los 3 meses se le realizó una tomografía de abdomen contraste oral e intravenoso que fue informada como normal. Se continuó con revisiones cada 4 a 6 meses durante 18 meses más sin detectar complicaciones ni recurrencia.

Discusión

Aproximadamente el 90% de los casos de hemoperitoneo son resultado de trauma abdominal y secundarios a ruptura de bazo o hígado y corresponden a hombres.³⁻⁴ Luego del trauma, la hemorragia intraperitoneal se asocia frecuentemente a complicaciones ginecológicas y la causa más común es el embarazo ectópico en mujeres jóvenes. El hemoperitoneo espontáneo de origen no traumático es una patología poco frecuente⁵ que se ha encontrado en pacientes con aneurismas congénitos, principalmente de la arteria esplénica.⁶ En sujetos adultos se asocia a la ruptura de tumores sólidos frecuentemente hepáticos,⁷ a hemorragia variceal de localización atípica secundaria a hipertensión portal o a hemorragia asociada a diálisis peritoneal crónica.⁸⁻⁹ En casos excepcionales el hemoperitoneo se presenta espontáneamente como resultado de alteraciones en la coagulación como la hemofilia,¹⁰ aunque en la mayoría de los

pacientes la hemorragia intraperitoneal resulta de lesiones estructurales más que por trombocitopenia o defectos de los factores de coagulación.¹¹

Cuando todo lo anterior ha sido excluido se puede establecer el diagnóstico de hemoperitoneo espontáneo idiopático. Tal es el caso que aquí presentamos. El HEI es una patología rara y en nuestro conocimiento este es el primer informe de esta entidad en México. En una búsqueda realizada en las bases de datos Artemisa, Scielo e IMBIO-MED utilizando las palabras clave “hemoperitoneo idiopático”, “hemoperitoneo espontáneo” y “hemoperitoneo idiopático espontáneo”, sin restricción en la fecha de publicación, no se encontraron artículos publicados hasta abril del 2009. En una búsqueda en PubMed y MEDLINE utilizando las palabras clave “*idiopathic hemoperitoneum*”, “*spontaneous hemoperitoneum*” e “*idiopathic spontaneous hemoperitoneum*”, sin restricción por idioma y sólo limitando la búsqueda a artículos referentes a humanos, encontramos 22 citas en los últimos 34 años (01/1975- 05/2009). Sin embargo, al hacer la revisión de cada uno de los artículos se encontraron sólo 4 informes de esta entidad, con un total de 6 casos de hemoperitoneo espontáneo idiopático, dos de ellos en mujeres embarazadas.¹²⁻¹⁵ En ninguna de las búsquedas realizadas se encontraron series publicadas que incluyeran un gran número de casos.

El HEI puede tener una presentación clínica variable que frecuentemente consiste en dolor abdominal súbito y distensión asociada a una disminución aguda del hematocrito. Otros signos menos comunes incluyen el choque hipovolémico.¹³ Los signos y síntomas de hemorragia abdominal suelen ser confusos y en etapas tempranas no necesariamente orientan hacia el diagnóstico.¹⁴ La sangre es un irritante del peritoneo y la intensidad del dolor se relaciona con la rapidez y el volumen extravasado.¹⁵ Los signos clínicos obtenidos durante la exploración física en la hemorragia intraperitoneal, no siempre reflejan la gravedad de la hemorragia peritoneal. Por ejemplo, el signo de Cullen que se observa en el área peri-umbilical debido a la infiltración hemorrágica subcutánea, en ocasiones se hace evidente en etapas tardías de la hemorragia intraabdominal.¹⁶⁻¹⁸

En aquellos pacientes sin manifestaciones clínicas notables, los estudios de imagen como el ultrasonido y la tomografía computadorizada, tienen un papel importante en el diagnóstico.^{19,20} No

obstante, prácticamente todos los casos se convierten en una emergencia en algún momento de su evolución. No existe un acuerdo general de cuáles son los estudios mínimos necesarios para establecer el diagnóstico de “*hemoperitoneo espontáneo idiopático*”. Incluso algunos casos informados en la literatura han sido publicados sin siquiera haber sido sometidos a revisión quirúrgica.¹⁴ Aún cuando la revisión de la cavidad y órganos abdominales bajo visión directa no es indispensable para establecer el diagnóstico de HEI, se acepta que la cirugía excluye la presencia de causas identificables de hemorragia y establece el diagnóstico de “*idiopática*”. Además, la cirugía es el tratamiento de elección de esta patología potencialmente mortal.

No existe información suficiente respecto a la evolución a largo plazo de estos enfermos y los escasos informes publicados se limitan a seguirlos hasta su egreso hospitalario por mejoría o muerte.¹²⁻¹⁵ Nosotros tuvimos la oportunidad de seguir a esta paciente en forma periódica por tiempo prolongado sin que clínicamente haya mostrado indicios de recaída o recurrencia.

Concluimos que el HEI es una entidad rara, que habitualmente se presenta como una emergencia médica y cuyo diagnóstico se establece en ausencia de posibles situaciones predisponentes y por exclusión de lesiones en los vasos y órganos abdominales. El retraso en el tratamiento puede conducir a un evento fatal, pero la intervención temprana conduce a una buena evolución.

Referencias

1. Marschall J, Kennedy R, Kanthan R. Nontraumatic massive hemoperitoneum from melanoma metastatic to the uterus. *Can J Surg* 2002;45:461-2.
2. Schattner A, Kozack N, Friedman J. Idiopathic spontaneous hemoperitoneum. *Arch Int Med* 2001;161:1009-1010.
3. De Gribble M, Blair JS. Hemoperitoneum complicating malignant disease. *Br J Surg* 1962;49:432-5.
4. Fox L, Crane SA, Bidari C, et al. Intra-abdominal hemorrhage from ruptured varices. *Arch Surg* 1982;117:953-6.
5. Suber WJ Jr, Cunningham PL, Bloch RS. Massive spontaneous hemoperitoneum of unknown etiology: a case report. *Am Surg* 1998;64:1177-78.
6. Pollak EW, Michas CA. Massive spontaneous hemoperitoneum due to rupture of visceral branches of the abdominal aorta. *Am Surg* 1979;45:621-30.
7. Fidas-Kamini A, Busuttill A. Fatal intraperitoneal haemorrhage of hepatic origin. *Postgrad Med J* 1986;62:1097-1100.
8. Ben-Ari Z, McCormick AP, Jain S, Burroughs AK. Spontaneous haemoperitoneum caused by ruptured varices in a patient with non-cirrhotic portal hypertension. *Eur J Gastroenterol Hepatol* 1995;7:87-90.
9. Jones JJ, Kitchens CS. Spontaneous intra-abdominal hemorrhage in hemophilia. *Arch Intern Med* 1984;144:297-300.
10. Natelson EA, Allen TW, Riggs S, et al. Bloody ascites: Diagnostic implications. *Am J Gastroenterol* 1969;52:523-7.
11. Greenberg A, Bernardini J, Piraino BM, Johnston JR, Perlmutter JA. Hemoperitoneum complicating chronic peritoneal dialysis: single-center experience and literature review. *Am J Kidney Dis* 1992;19:252-6.
12. Vionnet M, Rostan O. Idiopathic spontaneous hemoperitoneum. *Swiss Surg* 2003;9:184-6.
13. Koifmann A, Weintraub AY, Segal D. Idiopathic spontaneous hemoperitoneum during pregnancy. *Arch Gynecol Obstet* 2007;276:269-70.
14. Schattner A, Kozack N, Friedman J. Idiopathic spontaneous hemoperitoneum. *Arch Intern Med* 2001;161:1009-10.

15. Soffer Y, Schreyer P, Caspi E. Idiopathic hemoperitoneum in young women. *J Gynecol Biol Reprod* 1975;4:971-4.
16. Carmona R, Kershenobich D, Márquez-Díaz F. Signo de Cullen. *Rev Gastroenterol Méx* 1996;61:273.
17. Chung MA, Oung C, Szilagyi A. Cullen's sign: it doesn't always mean hemorrhagic pancreatitis. *Am J Gastroenterol* 1992;87:1026-8.
18. Akriviadis E. Hemoperitoneum in patients with ascites. *Am J Gastroenterol* 1997;92:567-75.
19. McCott JJ. Intraperitoneal and retroperitoneal hemorrhage. *Radiol Clin North Am* 1976;14:391-405.
20. Scott WW, Fishman EK, Siegelman SS. Anticoagulants and abdominal pain: the role of computed tomography. *JAMA* 1984;252:2053-6.