

Caso
Autores

(216) Dolor en FII... Más allá de la diverticulitis
Sonia Aranda Jarreta, Rubén Darío Viveros Vargas, Juan
Calvo Blanco, Luis Martínez Cambor, Miguel Martínez-

Centro

Hospital Universitario Central De Asturias

EXPOSICIÓN DEL CASO

Mujer de 79 años que acude a Urgencias por dolor abdominal difuso de 24 horas de evolución y vómitos. No diarrea ni otra clínica asociada.

Antecedentes

FA en tratamiento médico

Medicación

Anticoagulación y antiagregación

Exploración física

Hemodinámicamente estable. Afebril.

Dolor y defensa en flanco y FII. Murphy -. Blumberg -.

Analítica

11.500/mL leucocitos

PCR normal

Se solicita una TC abdomino-pélvica urgente por sospecha de diverticulitis aguda.

Observamos un segmento de 10 cm de yeyuno distal con engrosamiento mural submucoso que condiciona leve estenosis de la luz intestinal sin obstrucción. Asocia marcada ingurgitación vascular, estriación mesentérica y discreta cantidad de líquido libre en pelvis. Adecuado realce arterial y venoso sin otras alteraciones significativas.

Ante estos hallazgos revisamos la analítica y constatamos un TP de 148 segundos y un INR de 14,61, con lo que decidimos realizar una TC abdomino-pélvica retardada (30 minutos) sin CIV donde se confirma la hiperdensidad espontánea de la pared yeyunal (60 UH) además de aumento de densidad (48 UH) del líquido libre en la pelvis (previo de 21 UH).

Se decide ingreso para reversión de la anticoagulación y se solicita TC de control a los 18 días, donde se evidencia la resolución de la patología.

DISCUSIÓN

El hematoma intramural intestinal espontáneo es una entidad muy infrecuente de dolor abdominal agudo pero su incidencia aumenta en pacientes anticoagulados o con patología hematológica.

Clínicamente tiene una presentación muy inespecífica, siendo los síntomas más frecuentes el dolor abdominal, las náuseas u obstrucción intestinal, pudiendo conducir a errores diagnósticos.

En cuanto a los hallazgos radiológicos, también pueden resultar muy inespecíficos si no existe un contexto clínico-analítico adecuado. El radiólogo tiene un papel fundamental en el diagnóstico de esta entidad, por lo que debe tenerla presente y conocer su forma de presentación habitual.

En ecografía destaca un engrosamiento hiperecogénico submucoso de un segmento intestinal (frecuentemente yeyuno, seguido del duodeno) con disminución de la peristalsis.

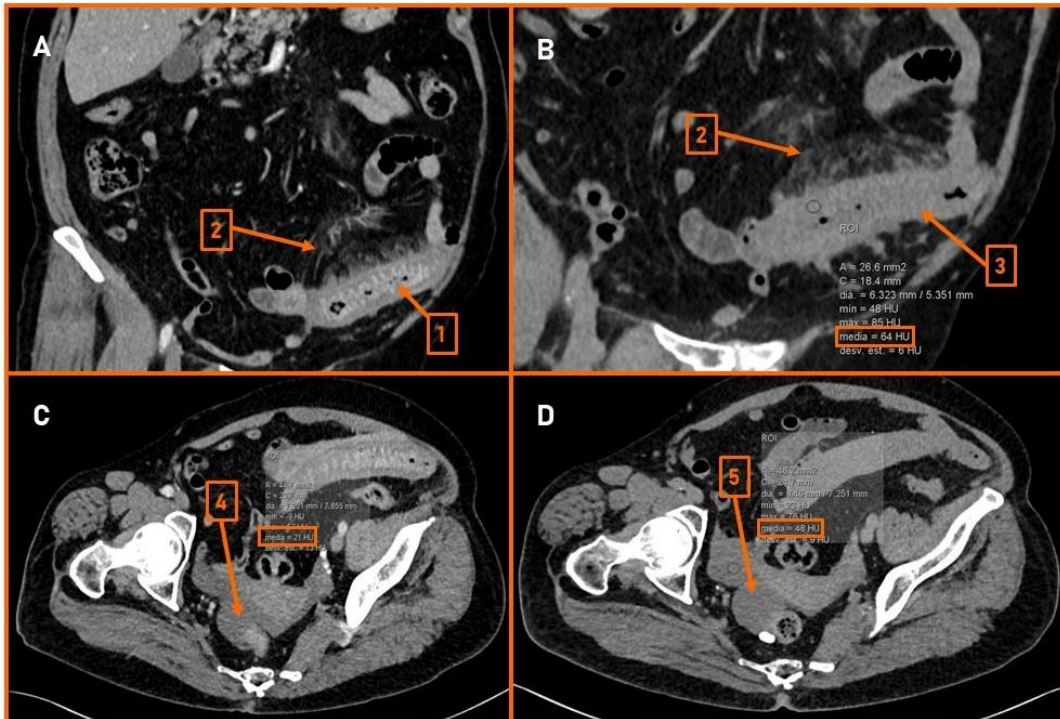
En TC suele observarse un engrosamiento mural circunferencial espontáneamente hiperdenso de un segmento de intestino delgado que puede condicionar o no estenosis de la luz y obstrucción intestinal. Otros hallazgos relativamente frecuentes son ingurgitación y estriación mesentéricas, hemorragia intraluminal o hemoperitoneo. La resolución de los hallazgos en el seguimiento es suficiente para el diagnóstico cuando la confirmación histológica no es posible.

El aumento de densidad del líquido intraperitoneal en la adquisición retardada (30 minutos) está descrito como un “pitfall” que puede ser confundido con hemoperitoneo y que debe ser considerado en estudios con fases retardadas (media de 33 minutos). Se especula que el paso del contraste intravenoso a la cavidad peritoneal puede reflejar una alteración de la permeabilidad capilar y parece consecuente por el dinamismo del peritoneo como órgano que equilibra sustancias entre el espacio vascular y peritoneal (base de la diálisis peritoneal).

Ante la sospecha de hematoma intramural intestinal espontáneo es recomendable evitar el uso de contraste oral y realizar inicialmente una TC abdomino-pélvica sin contraste intravenoso. Así evitamos que el contraste yodado enmascare la hiperdensidad submucosa espontánea y que el contraste oral nos impida identificar sangrados intraluminales.

CONCLUSIÓN

Ante un engrosamiento de pared intestinal hay que valorar la densidad de ésta ya que el hematoma intramural intestinal es una entidad a considerar en pacientes anticoagulados. En una gran mayoría de ocasiones la clínica es muy inespecífica y las técnicas de imagen van a determinar el diagnóstico y el manejo de estos pacientes.



A – TC abdomino-pélvico con CIV en fase venosa portal, plano coronal. Se identifica un segmento de 10 cm de yeyuno distal con engrosamiento submucoso que condiciona leve estenosis de la luz intestinal (1). Asocia una llamativa ingurgitación y estriación mesentérica (2). **B** – TC abdomino-pélvico sin CIV realizado de forma retardada (30 minutos), plano coronal. Se comprueba que el engrosamiento submucoso yeyunal es espontáneamente hiperdenso (media 64 UH) (3), apoyando el diagnóstico radiológico de hematoma mural intestinal espontáneo. **C** – TC abdomino-pélvico con CIV en fase venosa portal, plano axial. Discreta cantidad de líquido libre en pelvis (4), homogéneo y predominantemente hipodenso (media 21 UH) que sugiere trasudado. **D** – TC abdomino-pélvico sin CIV realizado de forma retardada (30 minutos), plano axial. En esta imagen se aprecia un aumento de densidad del líquido libre en pelvis (media 48 UH) (5). Se trata de un “pitfall” que puede llevarnos al diagnóstico erróneo de hemoperitoneo y que realmente refleja el dinamismo del peritoneo equilibrando las sustancias entre los espacios vascular y peritoneal.

BIBLIOGRAFÍA

1. Abbas M, Collins J, Olden K. Spontaneous intramural small-bowel hematoma: imaging findings and outcome. *AJR*. 2002;179:1389-1394.
2. Miras F, Martínez-Martínez A, Santiago A. Hallazgos en imágenes del hematoma intramural espontáneo. *Rev Argent Radiol*. 2016;80(1):39-44. <http://dx.doi.org/10.1016/j.rard.2015.05.006>
3. Cooper C, Silverman PM, Davros WJ, Zeman RK. Delayed contrast enhancement of ascitic fluid on CT: frequency and significance. *Am J Roentgenol* 1993; 161: 787-790.