

# Caso Clínico

## Hematoma abdominal secundario a sobredosificación de Warfarina

P Tobajas Ruber\*, F. Comas Gallardo\*\*, J. Forteza-Rey\*\*\*

### Introducción

Existe un gran número de enfermos en la población general que toma anticoagulantes de forma crónica y es conocido que el sangrado es el mayor riesgo asociado a este tratamiento farmacológico. La forma más frecuente de estos sangrados es la hemorragia del tracto gastrointestinal alto. Existen otras formas que no por ser menos frecuentes dejan de ser importantes, como es el caso del hematoma intramural espontáneo, que será el caso que a continuación describiremos para saber reconocerlo.

### Caso aportado

Paciente varón de 47 años de edad de nacionalidad británica, en tratamiento con warfarina desde hace 20 años por un episodio de trombosis venosa profunda. Acude al hospital por presentar cuadro de dolor brusco en región inguinal derecha, que irradia a extremidad inferior homolateral y va acompañado de parestesias y

pérdida de fuerza. Refiere también de dolor a la extensión de la extremidad. Desde ese hospital el paciente es remitido al nuestro con los diagnósticos de Síndrome postflebítico femoral y el de masa intestinal a estudio.

En la exploración clínica presentaba un hematoma en hemiabdomen derecho, con resto de las exploraciones por aparatos normal. Temperatura de 37.5 y buen estado general.

En la analítica descartaba: VSG de 105, Quick del 17%, hematocrito del 28%, CPK 799, LDH 265 y creatinina de 0.9. Resto normal.

La radiografía de tórax fue normal.

La ecografía abdominal mostraba una masa en fosa ilíaca derecha de predominio hipoeoico compatible con hematoma. El TAC abdominal posterior objetivó reabsorción del hematoma con aumento del tamaño del psoas.

Desde el primer momento se suspendió el tratamiento con warfarina, actuando de forma conservadora. El paciente evolucionó favorablemente y fue dado de alta asintomático. El diagnóstico al alta, por la historia clínica, la evolución y los estudios de imagen, fue de hematoma secundario a sobredosificación de anticoagulantes.

### Discusión

Las indicaciones más frecuentes para el uso de anticoagulantes son el tratamiento y profilaxis de la enfermedad tromboembólica venosa, la profilaxis de trombos murales después de un IAM, la profilaxis de pacientes con fibrilación auricular, la profilaxis tras la colocación de prótesis valvulares cardíacas y en los accidentes cerebrovasculares (1,4).

Existe una larga lista de fármacos que interaccionan con los anticoagulantes orales (tabla 1), aumentando o disminuyendo el efecto anticoagulante, bien sea por alteraciones del metabolismo hepático, desplazamiento de la unión a protei-

\* Unidad Docente de Medicina Familiar y Comunitaria. Hospital Son Dureta.

\*\* Servicio de Farmacia. Hospital Son Dureta.

\*\*\* Servicio de Medicina Interna. Hospital Son Dureta.

nas plasmáticas, aumento o disminución de la absorción intestinal del fármaco o incluso potenciación del efecto anticoagulante en el caso de los fármacos con efecto antiagregante plaquetar (Aines). (tabla 1)

Fármacos que interactúan con los anticoagulantes
Disulfiram
Metronizadol
Trimetropin-sulfametoxazol
Fenilbutazona
AAS
Barbitúricos
Sulfonirulea
Rifalpicina
Anticonceptivos orales

Tabla 1

También son conocidos los fármacos que no interactúan con los anticoagulantes (5,6) (tabla 2):

- Adrenalina, Diacepam, Digital, Ibuprofeno, Metadona.
- Analgésicos: Metamizol, Diclofenaco, Paracetamol, Acido mefenámico.
- Antibiótico: Penicilina G sódica, Mampicilina, Amoxicilina, Tetraciclina y Aminoglucósidos.

Tabla 2

Las complicaciones hemorrágicas que se pueden presentar como consecuencia del tratamiento con anticoagulantes varían de fatales e intrascendentes: muerte, requerimiento de intervención quirúrgica o angiografía para cortar el sangrado, parada cardiorespiratoria, secuelas irreversibles como IAM, hemorragia intracraneal sobre todo más frecuente en ancianos, ceguera, fibrotorax, etc... (1).

Una vez revisados los criterios de exclusión para iniciar un tratamiento con

anticoagulantes, se resumen principalmente en los siguientes: el más importante es la incapacidad para llevar el tratamiento correctamente, tanto por falta de colaboración del paciente como por desconocimiento; otros son la diatesis hemorrágica, úlcera gastrointestinal, HTA grave, encefalopatía, gravidez y lesiones del parénquima hepático o renal (6).

Nuestro paciente cumplía con los requisitos, ya que había sufrido un episodio de TEP secundario a una TVP hacía 20 años presentando un síndrome postflebítico residual, y además refería que no tomaba otros fármacos que pudieran producir interacciones.

El paciente fue inicialmente valorado por el centro que nos lo remitió, como

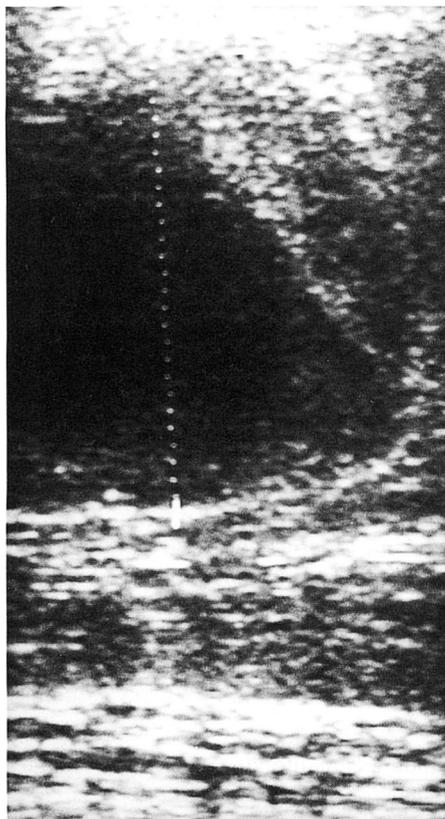


Fig. 1 Masa hipoeoica en FLD

paciente con hematoma en hemiabdomen derecho secundario a traumatismo; aunque él no recordaba este episodio. Clínicamente no cursaba con un tipo de sangrado frecuente en pacientes tratados con anticoagulantes. Valorado posteriormente por nosotros con una anamnesis dirigida, el paciente comentó que durante unos días se sintió "confuso" debido a problemas personales y modificó la pauta warfarina.

Por otro lado, la analítica mostraba un hemograma con tiempo de protrombina de 17%, Hto. 28%, bioquímica con VSG 105, CPK 799 y LDH 265.

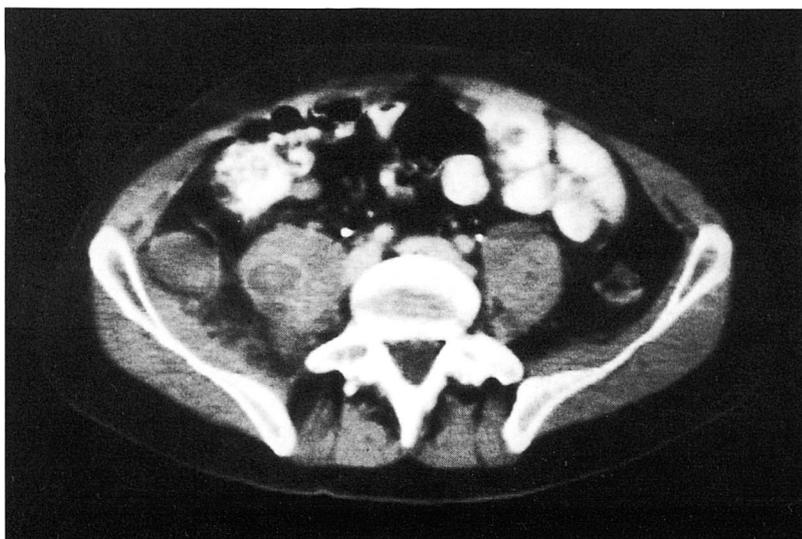
El informe de la ecografía abdominal (fig. 1) confirmó la presencia de una masa hipoecogénica que junto con los antecedentes de toma de anticoagulantes hacía pensar como primera posibilidad en un hematoma mural intestinal.

Posteriormente fue corroborado por el TAC abdominal (Fig. 2): aumento de tamaño del psoas derecho compatible con hematoma.

Todo esto nos hizo pensar en una dirección, era un sangrado especial debido

a una sobredosificación por anticoagulantes. Revisando la literatura encontramos descrito el hematoma intramural espontáneo en la pared del intestino y/o peritoneo visceral, causante en unos casos del llamado íleo anticoagulante (162 casos) y en otros de dolor periumbilical, distensión abdominal, empastamiento de la zona y febrícula (5). Nuestro paciente presentaba todos estos síntomas excepto los de obstrucción intestinal.

Ante las sobredosificaciones por anticoagulantes nos encontramos con varias actitudes terapéuticas alternativas a seguir: el uso de plasma frasco congelado, la administración de vitamina K o la disminución u omisión de la dosis (5, 7). El uso de PFC nos parecía desproporcionado para el caso que nos ocupaba. El uso de vitamina K tampoco nos pareció apropiado, ya que la elevación del INR (Relación normalizada Internacional) en poco espacio de tiempo no está exenta de riesgos, y además puede interferir en el subsiguiente intento para la anticoagulación (3, 7). De esta manera nos decidimos por un tratamiento conservador, consistente en la



*ig. 2: Tamaño psoas y psoas ílaco dcho. del hematoma*

omisión de la dosis de warfarina (3) y control por el seguimiento del tiempo de protrombina. Otra forma de control es el seguimiento del INR, puesto que la relación entre el tiempo de la muestra y el tiempo de protrombina de un plasma normal varía en función del reactivo utilizado, así pues se debe convertir la relación

obtenida en el paciente a unidades INR (valor terapéutico: 1.5 - 3.5) (7).

Nuestro enfermo evolucionó favorablemente siendo dado de alta asintomático.

En conclusión, cualquier signo o síntoma que aparezca en un paciente descoagulado, debe hacer pensar en la posibilidad de hematoma de localización visceral.

## Bibliografía

1. Management and prognosis of life-threatening bleeding during warfarin therapy. National Consortium of Anticoagulation Clinics. White RH y col. Arch Intern Med (United States). Jun 10 1996. 156 (11) p1197-201.
2. Conservative treatment of overanticoagulated patients. Glover JJ, Morrill GB. Chest (United States). Oct 1995. 108 (4) p987-90.
3. Bleeding during antithrombotic therapy in patients with atrial fibrillation. The stroke prevention in atrial fibrillation investigators. Arch Intern

Med (United States). Feb 26 1996. 156 (4) p409-16.

4 Principios de Medicina Interna. Harrison. 14 Edición interamericana MacGraw-Hill, Mexico 1994. Cap 11 p1753-57.

5. Meyler's Side Effects of Drugs. MGV DUKES. 12 edición Elsevier, Amsterdam 1992. Cap 37, p877-908.

6. Drug Information. American Hospital Formulary Service 1991.