

# HEMATOMA ESPONTÂNEO DO MÚSCULO RETO ABDOMINAL ASSOCIADO À BAIXA DOSE DE ÁCIDO ACETILSALICÍLICO

*Spontaneous rectus sheath hematoma associated with low dose of acetylsalicylic acid*

André **WATANABE**, Diogo Borges **PEDROSO**, Fernando Marcus Felipe **JORGE**,  
Túlio Marcos Rodrigues da **CUNHA**, Aloísio Fernando **SOARES**

Trabalho realizado na Divisão de Cirurgia Geral, Hospital Regional da Asa Norte, Brasília, DF, Brasil.

## Correspondência:

André Watanabe

E-mail: andreluiswatanabe@yahoo.com.br

Fonte de financiamento: não há

Conflito de interesses: não há

Recebido para publicação: 18/09/2012

Aceito para publicação: 19/06/2013

## INTRODUÇÃO

**H**ematoma da bainha do músculo reto abdominal é causa incomum e mau diagnosticada de dor abdominal aguda<sup>3</sup>. Embora a incidência exata é desconhecida, Klingler et al.<sup>6</sup> observaram 23 casos (1,8%) de hematoma da bainha do músculo reto entre 1.257 pacientes avaliados por ultrassom para distúrbios abdominais agudos. É definida como espontânea em pacientes sem história de trauma abdominal. Nesses casos, a terapia anticoagulante é considerada um fator predisponente importante. Muitas séries têm descrito a associação entre hematoma espontâneo da bainha do reto e agentes anticoagulantes, especialmente varfarina e heparina<sup>1,3,9</sup>. No entanto, há poucos relatos de hematoma espontâneo em pacientes em uso exclusivamente de medicamentos antiplaquetários, como o ácido acetilsalicílico. Os autores relatam um caso de hematoma espontâneo da bainha reto em um paciente em dose baixa de ácido acetilsalicílico.

## RELATO DO CASO

Mulher de 62 anos apresentou-se ao serviço de urgência, com história de 12 horas de dor abdominal de início súbito no quadrante inferior esquerdo após um episódio de espirro. A dor aumentou gradualmente e uma massa no quadrante inferior esquerdo foi observada 30 minutos após a dor inicial. Sua história médica incluía obesidade, hipertensão, doença arterial coronariana e diabetes. Usava captopril, glibenclamida e uma dose baixa de ácido acetilsalicílico (100 mg por dia). Ela não tinha nenhuma história de trauma e negou febre, náuseas,

vômitos, tosse ou qualquer alteração no débito urinário. Intestino estava normal. Ao exame clínico, ela estava falando normalmente e seus sinais vitais eram estáveis. A palpação abdominal revelou massa firme e não pulsátil no quadrante inferior esquerdo, sem dor. A avaliação laboratorial revelou hemoglobina de 12,1 g/dL, hematócrito de 36,6%, contagem de células brancas 15.700/mm<sup>3</sup> e de plaquetas de 259.000/mm<sup>3</sup>. Tempo de tromboplastina parcial ativada (TTPA) e relação internacional normalizada (INR) estavam dentro dos limites normais. Raios- X de tórax e de abdome eram normais. Suspeitou-se de neoplasia intra-abdominal e a paciente foi internada para investigação adicional.

Um dia após a admissão, o exame físico revelou equimoses nos quadrantes abdominais inferiores (Figura 1). O nível de hemoglobina caiu ligeiramente para 11,8 g/dL e seus sinais vitais mantiveram-se estáveis. Foi realizada tomografia computadorizada do abdome que mostrou hematoma na bainha do reto do lado esquerdo medindo 7,0x9,5 cm, sem extensão para a cavidade peritoneal (Figura 2). Tratamento conservador foi adotado com a suspensão imediata de ácido acetilsalicílico, repouso completo e analgesia. Não foi necessária transfusão de sangue. A paciente recebeu alta após um follow-up de 48 horas na enfermaria cirúrgica. Sua recuperação foi sem intercorrências e o ácido acetilsalicílico foi reintroduzido sete dias depois. No ambulatório, ultrassonografia abdominal demonstrou a resolução completa do hematoma 30 dias após o diagnóstico.



FIGURA 1 – Equimose no abdome inferior

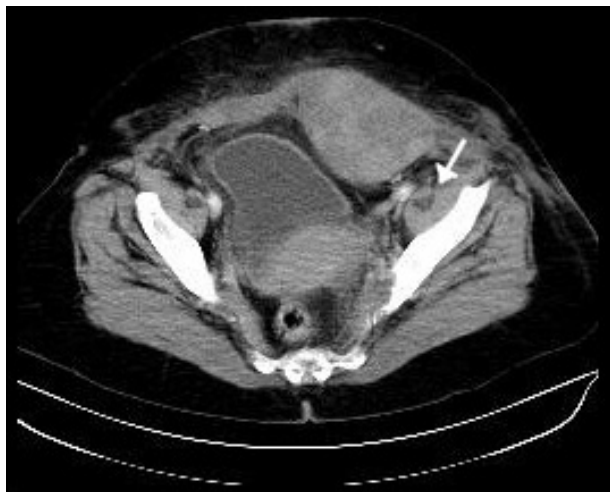


FIGURA 2 - Tomografia computadorizada mostrando hematoma do lado esquerdo da bainha do músculo reto abdominal (seta)

## DISCUSSÃO

Hematoma da bainha do reto é condição clínica bem documentada<sup>8</sup>, mas rara. Ela é causada por acumulação de sangue no interior da bainha reto, secundária à laceração dos vasos epigástricos ou ruptura direta das fibras do músculo reto. Trauma despercebido é considerado uma das possíveis causas para hematoma espontâneo deste local<sup>1</sup>. A contração vigorosa do músculo reto durante a defecação ou tosse podem gerar força de cisalhamento suficiente para danificar o próprio músculo ou rasgar os vasos epigástricos que correm na face posterior do músculo reto abdominal. No estudo de Cherry et al.<sup>2</sup> 29% dos 126 pacientes com hematoma da bainha do reto tinham histórico de tosse na época do diagnóstico. Neste relato, espirros aparentemente eram importante fator desencadeante.

A anticoagulação é fator de risco conhecido para este hematoma. Acredita-se que o uso generalizado desta terapia deve ser razão potencial para o aumento dos relatos espontâneos desse hematoma<sup>1</sup>. Em uma revisão de 126 casos quase 70% dos pacientes estavam em terapia de anticoagulação, enquanto 24% estavam associadamente em tratamento anticoagulante e antiplaquetário. No entanto, apenas 6% dos pacientes estavam em terapia antiplaquetária exclusiva, como neste caso. De fato, os medicamentos anti-plaquetários são associados com um menor risco de complicações hemorrágicas do que os agentes anti-coagulantes.

Este hematoma ocorre mais frequentemente em mulheres nas 6ª e 7ª décadas de vida<sup>2</sup>. Esta disparidade do sexo é provavelmente devido à presença de uma maior massa do músculo reto em homens, a qual fornece proteção contra injúria muscular e vascular<sup>4</sup>. A alta incidência observada em pacientes idosos pode estar relacionada com o aumento do uso de agentes anticoagulantes entre esta população. Além disso, este hematoma é mais comumente visto na parte inferior do abdome. Em uma série recente, 70 % dos casos ocorreram

nos segmentos mais baixos da parede abdominal<sup>9</sup>. A ausência de aponeurose posterior abaixo da linha arqueada provavelmente deixa os vasos sanguíneos na área mais vulnerável a injúrias<sup>2</sup>. Dor abdominal aguda associada à massa abdominal palpável é um achado importante para o diagnóstico. Ao exame clínico, sinal de Fothergill é útil em distinguir massa intra- abdominal das resultantes na parede abdominal. Em pacientes com hematoma do reto, a massa abdominal palpável permanece quando o paciente tensiona a musculatura da parede abdominal anteriormente, levantando a cabeça enquanto estava deitado em uma posição supina<sup>5</sup>. Esta manobra simples poderia ter sido utilizada no paciente evitando atraso no diagnóstico. Equimoses da parede abdominal está presente em apenas 17% dos casos e indica ruptura intraperitoneal ou extensão extraperitoneal do hematoma<sup>2,8</sup>. Tanto a ultrassonografia como tomografia computadorizada têm reduzido operação desnecessária de hematoma na bainha reto<sup>7</sup>. No entanto, a CT é a modalidade de diagnóstico de escolha. Em duas séries recentes ela estabeleceu o diagnóstico em 100% dos casos<sup>4,9</sup>. Além disso, a CT pode excluir outra doença abdominal, se o diagnóstico não é inicialmente claro<sup>3</sup>.

Este hematoma é geralmente autolimitado e o tratamento conservador é viável na maioria casos<sup>8,9</sup>. Repouso, analgesia e descontinuação da terapia anticoagulante são aspectos importantes na cura<sup>4</sup>. Transfusão de sangue é indicada na presença de comprometimento hemodinâmico ou queda substancial na hemoglobina<sup>1</sup>. Quando o tratamento conservador falha, a embolização endovascular ou operação para a evacuação do hematoma e ligadura do vaso sangrante deve ser considerada<sup>8</sup>. Finalmente, ele raramente é fatal, com mortalidade global relatada de 1,6%<sup>2</sup>.

## REFERENCES

1. Alla VM, Karnam SM, Kaushik M, Porter J. Spontaneous rectus sheath hematoma. *West J Emerg Med.* 2010;11(1):76-9.
2. Cherry WB, Mueller PS. Rectus sheath hematoma: review of 126 cases at a single institution. *Medicine (Baltimore).* 2006;85(2):105-10.
3. Donaldson J, Knowles CH, Clark SK, Renfrew I, Lobo MD. Rectus sheath haematoma associated with low molecular weight heparin: a case series. *Ann R Coll Surg Engl.* 2007;89(3):309-12.
4. Fitzgerald JE, Fitzgerald LA, Anderson FE, Acheson AG. The changing nature of rectus sheath haematoma: case series and literature review. *Int J Surg.* 2009;7(2):150-4.
5. Fothergill WE. Haematoma in the abdominal wall simulating pelvic new growth. *Br Med J.* 1926;1(3413):941-2.
6. Klingler PJ, Wetscher G, Glaser K, Tschmelitsch J, Schmid T, Hinder RA. The use of ultrasound to differentiate rectus sheath hematoma from other acute abdominal disorders. *Surg Endosc.* 1999;13(11):1129-34.
7. Moreno Gallego A, Aguayo JL, Flores B, Soria T, Hernández Q, Ortiz S, González-Costea R, Parrilla P. Ultrasonography and computed tomography reduce unnecessary surgery in abdominal rectus sheath haematoma. *Br J Surg.* 1997;84(9):1295-7.
8. Salemis NS. Spontaneous rectus sheath hematoma presenting as acute surgical abdomen: an important differential in elderly coagulopathic patients. *Geriatr Gerontol Int.* 2009;9(2):200-2.
9. Salemis NS, Gourgiotis S, Karalis G. Diagnostic evaluation and management of patients with rectus sheath hematoma. A retrospective study. *Int J Surg.* 2010;8(4):290-3.