

HEMATOMA ESPONTÂNEO DE RETO ABDOMINAL: RELATO DE CASO

Priscila Maciel Silvério Alves¹, Ana Beatriz Esteves Batista², Richard Raphael Borges Tavares^{2,3}, Ana Luiza Aguiar Guimarães^{2,3}, Joaquim Ferreira De Paula^{3,4,5} e Carlos Augusto Marques Batista^{3,4,5}

RESUMO

Introdução: O Hematoma espontâneo do músculo reto abdominal é uma condição incomum, causada pela concentração de sangue em sua própria bainha muscular e sem associação com traumas, embora outras condições tivessem sido relacionadas à entidade. O quadro clínico geralmente é inespecífico e possui semelhança com outras condições abdominais agudas, o que requer, na maioria das vezes, confirmação diagnóstica através de exame de imagem, evitando desta forma intervenções cirúrgicas desnecessárias. **Objetivo:** Descrever um caso clínico desta entidade pouco comum na prática médica, ocorrido e conduzido no Hospital Escola Luiz Gioseffi Jannuzzi da Faculdade de Medicina de Valença/RJ. **Relato de caso:** Mulher, idosa, queixando-se de dor mesogástrica e em flancos há cerca de uma semana, sem fatores desencadeantes ou de melhora, associada ao surgimento de equimoses periumbilical e em flancos há dois dias. Ao exame, havia abaulamento assimétrico em mesogástrio mais pronunciado à esquerda, sinais de Laffond e Fothergill e massa palpável volumosa, dolorosa, fixa, bem delimitada e mantida com a manobra de Smith-Bates. TC de abdome sugeriu hematoma espontâneo de reto abdominal, entidade de conduta expectante. Após manejo das demais condições clínicas, recebeu alta hospitalar em cerca de duas semanas após internação. **Conclusão:** O Hematoma espontâneo do músculo reto abdominal ainda é uma entidade pouco enfatizada, devido ao pequeno número de casos descritos. É importante tê-la em mente para sua correta identificação e conduta, evitando assim possíveis iatrogenias.

Palavras-chave: Hematoma espontâneo de músculo reto abdominal, hematoma de parede abdominal, equimose.

- 1- Programa de Residência de Cirurgia Geral do Hospital Escola Luiz Gioseffi Jannuzzi.
- 2- Discente da Faculdade de Medicina de Valença/RJ
- 3- Liga Acadêmica de Cirurgia da Faculdade de Medicina de Valença/RJ.
- 4- Cirurgião Geral do Hospital Escola Luiz Gioseffi Jannuzzi.
- 5- Docente da Faculdade de Medicina de Valença/RJ.

SPONTANEOUS HEMATOMA OF THE RECTUS ABDOMINAL: CASE REPORT

ABSTRACT

Introduction: Spontaneous hematoma of the rectus abdominis muscle is an uncommon condition, caused by the concentration of blood in its own muscular sheath and no association with trauma, although other conditions have been related to the entity. The clinical picture is usually non-specific and similar to other acute abdominal conditions, which requires, most of the time, diagnostic confirmation through imaging, thus avoiding unnecessary surgical interventions. **Objective:** To describe a clinical case of this unusual entity in medical practice, which was carried out and conducted at the School Hospital Luiz Gioseffi Jannuzzi of the Faculty of Medicine of Valença/RJ. **Case report:** An elderly woman, complaining of mesogastric and flank pain for about a week, without triggering factors or improvement, associated with the appearance of periumbilical and flank ecchymoses two days ago. At examination, there was asymmetric bulging in mesogastrium more pronounced to the left, Laffond and Fothergill signs and bulky palpable mass, painful, fixed, well delimited and maintained with the Smith-Bates maneuver. CT scan of the abdomen suggested spontaneous abdominal rectal hematoma, an entity of expectant management. After managing the other clinical conditions, he was discharged from hospital about two weeks after hospitalization. **Conclusion:** Spontaneous hematoma of the rectus abdominis muscle is still an under-emphasized entity due to the small number of cases described. It is important to keep it in mind for its correct identification and conduct, thus avoiding possible iatrogenies.

Keywords: Spontaneous hematoma of the rectus abdominal muscle, Abdominal wall hematoma, Ecchymosis.

INTRODUÇÃO

O hematoma de músculo reto abdominal é uma condição incomum, causada pela concentração de sangue em sua própria bainha muscular, sem associação com traumas, mas pelo rompimento dos vasos epigástricos ou por lesão da própria musculatura (ALBINO; RIGGENBACH, 2014; PASCUAL, 2007; PINTO, 2014; SHARMAN, 2007). O fator mais comumente associado ao seu aparecimento é o uso de drogas anticoagulantes orais, além de tosse excessiva e gravidez (ALBINO; RIGGENBACH, 2014; ALLA, 2010; PASCHOU, 2017; PASCUAL, 2007). Outras associações raras incluem exercícios, injeções de insulina e cirurgias abdominais (SHARMAN, 2007).

É importante o reconhecimento do quadro na prática clínica, pois além de apresentar quadro inespecífico, o que dificulta a identificação da doença (PASCHOU,

2017), possui semelhança com outras condições abdominais agudas que podem levar a intervenções cirúrgicas desnecessárias (ALBINO; RIGGENBACH, 2014; ALLA, 2010; PASCUAL, 2007; SKELLY, 1999; VALENTIM, 2004). Pode apresentar dor aguda e massa superficial palpável e, eventualmente, surgem sinais de irritação peritoneal e sintomas urinários por compressão vesical (SKELLY, 1999). O hematoma de músculo reto abdominal ocorre usualmente de forma unilateral, embora em raros casos possa aparecer bilateralmente, o que foi relatado em associação com transplantes renais e doença hepática de origem alcóolica (PASCHOU, 2017).

O diagnóstico diferencial frequentemente é realizado através da ultrassonografia e da tomografia computadorizada (TC) de abdome, sendo a última considerada padrão ouro e com sensibilidade próxima a 100% (PINTO, 2014; SKELLY, 1999).

A patologia possui um largo espectro de severidade, que varia de condição autolimitada à fatal, dependendo do tamanho, etiologia e do desenvolvimento de complicações. Grandes hematomas podem alcançar índices de mortalidade global de até 4% e, para os indivíduos com uso de terapia anticoagulante, pode chegar até 25% (PINTO, 2014).

Quanto ao manejo desta condição, nos casos em que não existe repercussão hemodinâmica, que são em maior número, opta-se por conduta conservadora, utilizando-se analgésicos, compressa gelada no local do hematoma, monitorização seriada dos níveis de hemoglobina e repouso relativo do paciente (CASTELO; WRIGTH, 2005). A resolução total do quadro ocorre em aproximadamente 30 dias (GALYFOS, 2017).

O objetivo deste trabalho é apresentar um caso de hematoma do músculo reto abdominal, exaltando a importância do seu diagnóstico e tratamento no Hospital Escola Luiz Gioseffi Jannuzzi da Faculdade de Medicina de Valença (HELGJ-FMV). Procedeu-se então com busca de artigos científicos publicados em periódicos indexados ao PubMed, LILACS e Scielo e também coleta de dados adicionais no prontuário de atendimento durante a internação do paciente. Este trabalho obteve a aprovação do Comitê de Ética e Pesquisa em Humanos do Centro de Ensino Superior de Valença através do parecer número 2.523.728.

RELATO DO CASO

Paciente do sexo feminino, 81 anos, viúva, do lar e residente no município de Valença-RJ, deu entrada no Pronto Socorro do HELGJ-FMV com queixa de tosse seca, principalmente à noite, há cerca de um mês, além de dor em mesogástrio e flancos iniciada a 10 dias, de moderada intensidade, contínua, em queimação, sem fatores de melhora. Referia também que há dois dias houve aparecimento de manchas arroxeadas periumbilicais e em flancos, com intensificação progressiva, acompanhada de diminuição do apetite e desânimo. Negava relato de trauma, febre, náuseas, vômitos, alterações intestinais ou outros sintomas. Relatou hipertensão arterial sistêmica, cardiopatia, dislipidemia e demência senil. Referia passado de apendicectomia, colecistectomia, cesariana, ooforectomia direita e perineoplastia. Negava alergias, tabagismo e etilismo. Na internação, encontrava-se em bom estado geral, orientada, hipocorada (1+/4+), PA= 100 x 80 mmHg, FC = 89 bpm, FR = 19 irpm e SatO₂ = 98%Aa, MVUA com discretos sibilos em bases pulmonares. O abdome era globoso e apresentava abaulamento assimétrico em mesogástrio mais evidente à esquerda, onde havia equimoses que se estendiam aos flancos (Figuras 1 e 2). À palpação, na topografia do referido abaulamento, havia massa com cerca de 7 cm, dolorosa, fixa, bem delimitada e que persistia com manobra de Smith-Bates. Ademais, o exame do abdome era normal, assim como não havia sinais de irritação peritoneal.

Figura 1: Equimose periumbilical e em flanco esquerdo



Figura 2: Equimose em flanco esquerdo



Exames laboratoriais não revelaram alterações significativas, exceto por discreta leucocitose. Hematócrito = 34,3%, hemoglobina = 11,6 g; leucócitos = $12.800/\text{mm}^3$ (0/0/0/0/5/69/25/1), plaquetas = $271.000/\text{mm}^3$, ureia = 25mg/dL, creatinina 1 mg/dL, sódio = 142 mmol/L, potássio = 4,2 mmol/L e amilase = 26U/L.

A TC de abdome demonstrou densificação do subcutâneo ao nível do flanco e fossa ilíaca esquerda e assimetria do músculo reto abdominal (sendo maior a esquerda) que apresentam impregnação heterogênea pelo contraste (Figura 3). Demonstrou também moderado derrame pericárdico. A conclusão foi de que o aspecto da imagem não era totalmente específico, mas que poderia representar hematoma de bainha do músculo reto abdominal esquerdo.

Figura 3: TC de abdome sugestiva de hematoma de reto abdominal



A conduta adotada consistiu na prescrição de analgésicos e na manutenção dos medicamentos de uso habitual pela paciente. Evoluiu com persistência de tosse seca e aparecimento de crepitação pulmonar bilateral, edema de membros inferiores (2+/4+) e sinal de cacifo positivo e no quarto dia de internação, por orientação da Clínica Médica, iniciou-se restrição hídrica, associada à administração endovenosa de furosemida, monitorização diária do débito urinário e do peso. No sexto dia de internação hospitalar foi iniciado levofloxacino endovenoso em função da persistência da tosse, associada a roncos difusos e a leucocitose. Após doze dias de internação, mediante melhora da tosse, da leucocitose e da regressão das manifestações abdominais, a paciente recebeu alta hospitalar para acompanhamento ambulatorial. Retornou ao ambulatório para acompanhamento dez dias após a alta hospitalar sem apresentar sintomas respiratórios e com as equimoses quase imperceptíveis.

DISCUSSÃO

O hematoma espontâneo do músculo reto abdominal ainda é considerado uma entidade rara, com acometimento de cerca de 1/10.000 de todas as urgências (ALBINO; RIGGENBACH, 2014; PINTO, 2014). Sua incidência é maior em mulheres (2:1 a 3:1) (GALYFOS, 2017; PASCHOU, 2017; PINTO, 2014; VALENTIM, 2004). Em conformidade com a literatura, o presente caso ocorreu no sexo feminino, e ainda não havia sido relatado no HELGJ-FMV, evidenciando sua baixa incidência na prática médica. Estes hematomas situam-se preferencialmente abaixo da linha de Douglas (ALBINO; RIGGENBACH, 2014; VALENTIM, 2004). Esta localização específica ocorre devido à ausência da bainha tendinosa posterior do músculo reto abaixo da linha semilunar, onde o mesmo é apenas suportado pela fáscia transversalis e pelo peritônio parietal (PASCUAL, 2007; PINTO, 2014).

Para explicar a causa destes hematomas, existem inúmeros fatores predisponentes, sendo que o mais frequentemente citado é o uso da terapia anticoagulante profilática (ALBINO; RIGGENBACH, 2014; PASCUAL, 2007). Outros fatores são exercício físico vigoroso, vômitos, tosse, gravidez, parto, distensão abdominal, ascite e discrasias sanguíneas (LAOHAPENSANG; SIRIVANICHA, 2009; PASCHOU, 2017; PINTO, 2014; VALENTIM, 2004). Outras causas mais raras incluem acupuntura, injeções no subcutâneo, cateterização vesical, endometriose de músculo reto abdominal e até durante aspiração transvaginal de folículo para fertilização in vitro

(PASCHOU, 2017). No presente caso, como a paciente apresentou tosse persistente, é possível que esta tenha sido o fator predisponente por se tratar de um sintoma que gera aumento da pressão intra-abdominal, favorecendo assim o rompimento espontâneo dos vasos epigástricos ou até lesão da própria musculatura do reto abdominal, principalmente em idosos.

O hematoma espontâneo do músculo reto abdominal por ser uma condição rara, torna-se difícil e pouco pensado o seu diagnóstico, considerando também a similaridade do quadro clínico com outras causas de abdome agudo verdadeiro (ALBINO; RIGGENBACH, 2014; LAOHAPENSANG; SIRIVANICHA, 2009; PINTO, 2014), tais como apendicite aguda, patologias ovarianas (torção ovariana, cisto ovariano), pancreatite, patologias intestinais como diverticulite, obstrução, neoplasia, perfuração e até ruptura de aneurisma de aorta (ALLA, 2010; CASTELO; WRIGTH, 2005).

No presente caso, algumas hipóteses diagnósticas iniciais foram cogitadas, dentre elas a pancreatite aguda, a neoplasia intestinal e também o hematoma espontâneo do músculo reto abdominal. A pancreatite necro-hemorrágica e o hematoma espontâneo foram aventados pelo fato da dor abdominal ser intensa e pelas equimoses (Sinais de Cullen e Grey-Turner), que podem estar presentes em ambas as patologias. O hematoma de músculo reto abdominal, apesar de ser uma entidade rara, foi adicionado à lista de diagnósticos diferenciais devido à história de tosse prolongada e achado de exame físico. Já a suspeita de neoplasia de cólon foi pensada devido à presença de massa abdominal palpável e a faixa etária avançada da paciente.

O quadro clínico desta entidade é manifestado por dor súbita e intensa, podendo surgir posteriormente uma massa superficial palpável. A dor abdominal e a queda da hemoglobina com presença de fatores de risco (principalmente anticoagulação) constituem fatores que reforçam o diagnóstico (ALLA, 2010). Eventualmente podem existir sinais de irritação peritoneal, náuseas, febre baixa, sintomas urinários por compressão vesical, e mais raramente choque hipovolêmico (ALLA, 2010; VALENTIM, 2004). Nossa paciente não apresentou durante a internação queda da hemoglobina ou febre.

Ao exame físico, os sinais de Fothergill (que corresponde à imobilidade da massa durante a contração muscular abdominal), de Laffond (equimose sobre a massa ou periumbilical) e de Nadeu (aumento da dor com a elevação da cabeça ou

do membro inferior), podem estar presentes facilitando o diagnóstico diferencial (GALYFOS, 2017; VALENTIM, 2004). No caso em questão, os dois primeiros estavam presentes e o sinal de Nadeu não foi pesquisado.

O diagnóstico de hematoma espontâneo de reto abdominal pode ser confirmado com a ultrassonografia e a tomografia computadorizada de abdome, sendo esta considerada o padrão ouro e com sensibilidade próxima a 100% (GALYFOS, 2017; PASCHOU, 2017; PINTO, 2014; VALENTIM, 2004).

Para Galyfos (2017), a ultrassonografia é a primeira escolha devido ao baixo custo e por não ter exposição à radiação, apesar de a sensibilidade ser em torno de 70 a 90%. A ressonância nuclear magnética também pode ser útil para diferenciar o hematoma de tumores como lipomas, hemangiomas e neurofibromas difíceis de detectar com a tomografia computadorizada (PASCUAL, 2007). No caso em questão, a TC foi utilizada como método inicial de diagnóstico por imagem, pois era o mais acessível naquele momento.

A conduta terapêutica para o hematoma espontâneo do músculo reto abdominal pode ser baseada na classificação clínico-radiológica apresentada a seguir na tabela 1 (PERRY, 2001; VALENTIM, 2004).

Tabela 1: Classificação clínico-radiológica do Hematoma espontâneo do músculo reto abdominal.

Tipo	Descrição
I	Coleção unilateral, contida à musculatura, raramente necessitando de hemotransfusão
II	Coleção bilateral ou não contida, necessitando de hospitalização até sua estabilização
III	Invasão do espaço pré-vesical ou peritônio, geralmente requerendo hemotransfusão e acompanhamento clínico e de imagem

No caso em cena, a classificação clínico-radiológica foi a do tipo I e o tratamento instituído foi o conservador, sem a necessidade de hemotransfusão, sendo resolutivo, apesar da idade avançada e das comorbidades apresentadas pela paciente. O tratamento conservador abrange repouso, compressa gelada no local, analgesia, suspensão da eventual terapia anticoagulante, reposição volêmica e hemotransfusão, caso necessário (PASCUAL, 2007; VALENTIM, 2004).

A paciente aqui relatada teve seu tratamento conforme preconiza a literatura, utilizando-se de analgésicos, hidratação endovenosa e repouso relativo. O antibiótico,

que é reservado para casos em que ocorre infecção do hematoma, só foi instituído devido ao quadro de pneumonia. O tratamento conservador deve ser a primeira escolha, reservando-se a cirurgia para aqueles casos em que existe alteração hemodinâmica importante, dúvida diagnóstica, refratariedade ao manejo conservador e casos de infecção sobreposta (ALBINO; RIGGENBACH, 2014; GALYFOS, 2017; LAOHAPENSANG; SIRIVANICHA, 2009; VALENTIM, 2004). Nos casos cirúrgicos realiza-se a drenagem do hematoma e hemostasia; outra opção é a embolização intravascular por técnica de radiologia intervencionista, que é de baixo custo, efetivo e menos invasivo (ALLA, 2010; MAGILL, 2014; PASCHOU, 2017; PASCUAL, 2007; PINTO, 2014).

A mortalidade geral em pacientes com hematoma espontâneo de reto abdominal foi relatada como sendo de 4% e está diretamente relacionada aos hematomas maiores, bem como a idade avançada e comorbidades significativas desses pacientes (GALYFOS, 2017). A paciente do caso em questão apresentou resolução total do quadro e no acompanhamento ambulatorial encontra-se assintomática no que refere à afecção aqui relatada.

CONCLUSÃO

No presente caso, embora houvesse dados sugestivos de hematoma do músculo reto abdominal, a tomografia computadorizada foi decisiva na confirmação diagnóstica dando sustentação a uma condução terapêutica não operatória, conforme preconizado pela literatura.

AGRADECIMENTOS

Nossos agradecimentos a Sra. Rosalynn Leite Teixeira, bibliotecária da Faculdade de Medicina de Valença, pela ajuda no levantamento bibliográfico do trabalho.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

ALBINO, R. M.; RIGGENBACH, V. Hematoma espontâneo do músculo reto abdominal: relato de caso. **Arquivo Catarinense de Medicina**, v. 33, n. 2, p. 45-47, 2014.

ALLA, V. M. et al. Spontaneous rectus sheath hematoma. **Western Journal of Emergency Medicine**, v. 11, n. 1, p. 76-79, 2010.

CASTELO, J.; WRIGTH, J. Rectus sheath haematoma: “a diagnostic dilemma?”. **Emergency Medicine Journal**, v. 22, p. 523-524, 2005.

GALYFOS, G. et al. Spontaneous rectus sheath hematoma in the elderly: an unusual case and update on proper management. **Hindawi Publishing Corporation – Emergency Medicine**, 2014. Disponível em: <https://www.hindawi.com/journals/criem/2014/675678/>. Acesso em 02 de maio de 2017.

LAOHAPENSANG, K.; SIRIVANICHA, C. An unusual complication of EVAR, spontaneous rectus sheath hematoma: a case report. **Annals of Vascular Diseases**, v. 2, n. 2, p. 122-125, 2009.

MAGILL, S. et al. Embolization of hemorrhaging rectus sheath hematoma. **Journal of General Internal Medicine**, v. 29, n. 2, p. 408-409, 2014.

PASCHOU, E. et al. An uncommon presentation of spontaneous rectus sheath hematoma with acute kidney injury due to obstructiveuropathy and prerenalazotemia. <https://www.hindawi.com/journals/criem/2014/164245/>. Acesso em 17 de agosto de 2017.

PASCUAL, R. C. et al. Hematomas espontâneos de lapared abdominal. **Revista Chilena de Cirurgia**, v. 59, n. 1, p. 5-9, 2007.

PERRY, CW. Rectus sheath hematoma: review of an uncommon surgical complication. *Hosp Physician*. 2001,56:35-37.

PINTO, A. C. S. et al. Hematoma espontâneo do músculo reto abdominal. Relato de caso. **Revista da Sociedade Brasileira de Clínica Médica**, v. 12, n. 4, p. 297-9, 2014.

SHARMAN, H. et al. Rectus sheath haematoma: a rare presentation of non-contact strenuous exercises. **Br J Sports Med**, v.41, p. 688-690, 2007.

SKELLY, R. T. et al. Rectus sheath haematoma. **The Ulster Medical Journal**, v. 68, n. 2, p. 100-102, 1999.

VALENTIM, L. F. et al. Hematoma espontâneo do músculo reto abdominal. **Rev Col Bras Cir**, v. 32, n. 3, p. 65-166, 2005.