

Hematoma mesentérico espontáneo: reporte de caso

Verónica Argüello Ramírez^{a,§,*}, Dalia Araceli Martínez Rentería^b, Saúl Iván Gómez López^a



Resumen

El hematoma mesentérico espontáneo es una rara condición médica, usualmente asociada a patologías agudas que suelen pasar desapercibidas, con una incidencia en pacientes entre 8 y 60 años, con un pico entre los 55 y 56 años, sin identificarse predilección de género. Se asocia a presentación clínica inespecífica, como dolor abdominal difuso, náuseas y vómitos, la cual se irá modificando dependiendo de la localización y extensión del sangrado. Todo lo anterior la convierte en una entidad de difícil diagnóstico, tanto clínico como radiológico. Debido a la poca frecuencia de esta patología, se decide su reporte para que se tenga en cuenta como diagnóstico diferencial ante la presencia de lesiones mesentéricas.

Palabras clave: Hematoma; mesenterio; abdomen; agudo; dolor.

Spontaneous Mesenteric Hematoma: A Case Report

Abstract

Spontaneous mesenteric hematoma is a rare medical condition, usually associated with acute pathologies that often go unnoticed, with an incidence in patients between 8 and 60 years, peaking at 55–56 years, without gender predilection. It is associated with nonspecific clinical presentation such as diffuse abdominal pain, nausea, and vomiting, which vary depending on the location and extent of bleeding. All this makes it a difficult entity to diagnose, both clinically and radiologically. Due to its rarity, we decided to report this case, to be considered as a differential diagnosis in the presence of mesenteric lesions.

Keywords: Hematoma; mesentery; abdomen; acute; pain.

INTRODUCCIÓN

El hematoma mesentérico espontáneo es una entidad poco frecuente cuya etiología suele ser incierta, generalmente suele ser consecuencia de traumatismos, rotura de aneurismas aórticos, embarazos ectópicos, neoplasias erosivas o pancreatitis necrotizante, teniendo como diagnóstico diferencial la hemorragia intraperitoneal mesentérica espontánea¹. Es una entidad difícil de diagnosticar clínica

^a Servicio de Radiología e Imagen. Hospital Central Norte de Pemex. Azcapotzalco, Ciudad de México, México.

^b Médico residente de la especialidad de Imagenología Diagnóstica y Terapéutica. Hospital Central Norte de Pemex. Azcapotzalco, Ciudad de México, México.

ORCID ID:

[§] <https://orcid.org/0009-0008-3555-3373>

* Autora para correspondencia: Verónica Argüello Ramírez.

Correo electrónico: veronica.arguello@pemex.com

Recibido: 12-junio-2025. Aceptado: 10-agosto-2025.

y radiológicamente; los signos y síntomas suelen ser inespecíficos, los síntomas con mayor frecuencia presentados son el dolor abdominal difuso, las náuseas y el vómito², sin embargo, los síntomas serán dependiendo del tamaño y la localización del hematoma

CASO CLÍNICO

Varón de 36 años, con antecedente de amigdalectomía con utilización de transfusión, tabaquismo positivo a razón de 10 cigarrillos al día, así como pérdida ponderal del 10% en 6 meses. Inició 3 días previos con dolor abdominal en epigastrio que se irradiaba a hipocondrio derecho y hacia región dorsal, de tipo transfixivo, que se intensificaba posterior a la ingesta de colecistoquinéticos.

A la exploración física: Murphy positivo, sin datos de irritación peritoneal.

Signos vitales: tensión arterial 130/80 mmHg, frecuencia cardíaca de 120 latidos por minuto, frecuencia respiratoria de 20 respiraciones por minuto, temperatura de 36 °C, saturación de oxígeno de 97% con puntas nasales a 1 litro por minuto.

Se decidió la realización de estudios de laboratorio, que se muestran en la **tabla 1**.

Se encontró leucocitosis, por lo que se pensó en colecistitis aguda, solicitando ultrasonido, en el que se observó lesión heterogénea de predominio

Tabla 1. Estudios de laboratorio	
Estudio	Resultado
Leucocitos	16.8 miles/μl
Neutrófilos	12.7 miles/μl
Hemoglobina	17.10 g/dl
Hematocrito	49.8 %
Plaquetas	296 miles/μl
Creatinina	0.73 mg/dl
Sodio	136 mmol/L
Cloro	100 mmol/L

hipoecoico, con zonas anecoicas difusas en su interior, ovoidea, de bordes lobulados, localizada en epigastrio con extensión hacia flanco derecho, con dimensiones en sus ejes mayores de 10.8 × 15 × 7 cm. En Doppler color se observó aumento de la vascularidad periférica, de origen por determinar, sin descartar etiología neoplásica (**figuras 1a, 1b y 2**).

Con estos hallazgos se decidió realizar tomografía simple y contrastada de abdomen, en la que se identificó tumoración en epigastrio, extendida a hipocondrio y flanco derechos, hipodensa, ovoidea, de bordes lobulados, con atenuación en fase simple de 38 UH. Al paso del medio de contraste mostró realce de hasta 59 UH en fase arterial, que se mantuvo en fase venosa, con presencia de vaso

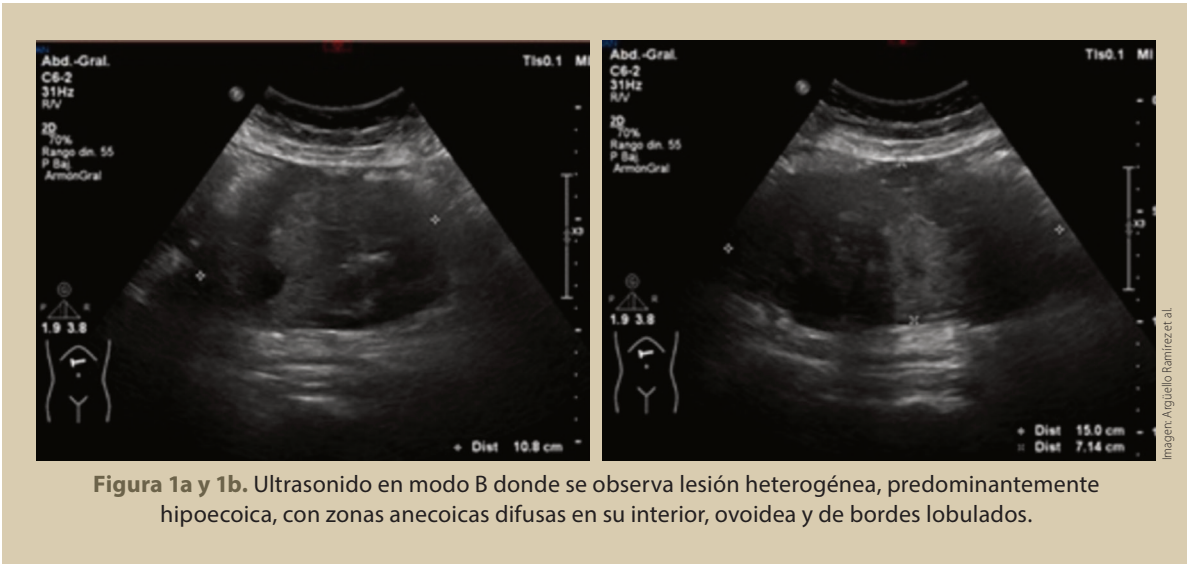


Figura 1a y 1b. Ultrasonido en modo B donde se observa lesión heterogénea, predominantemente hipoecoica, con zonas anecoicas difusas en su interior, ovoidea y de bordes lobulados.

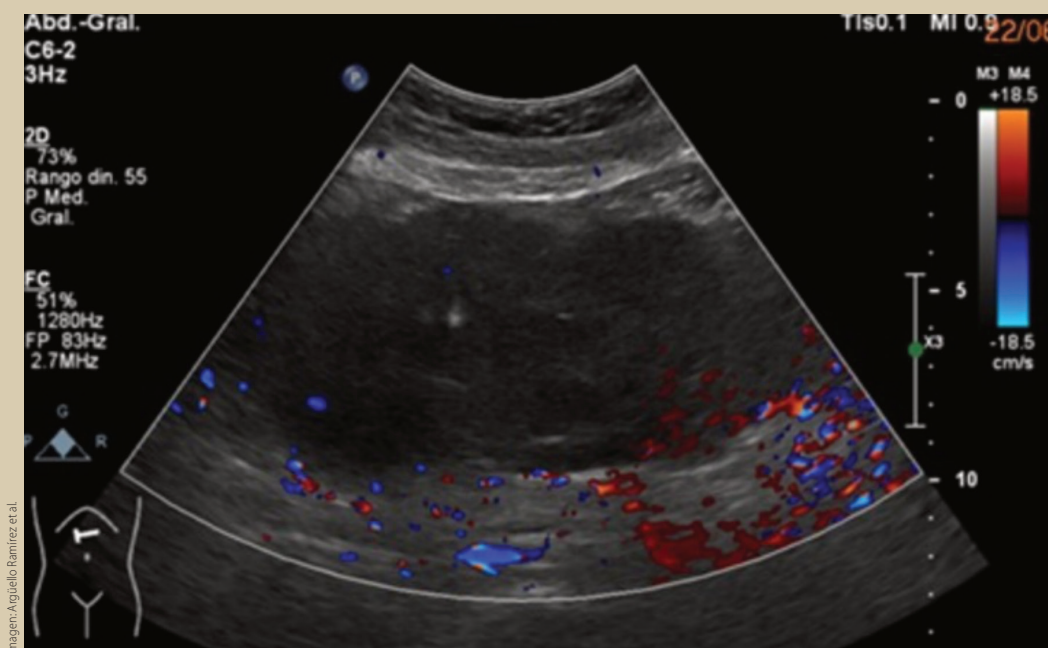


Figura 2. Ultrasonido Doppler color que muestra imagen heterogénea, con aumento de la captación periférica.

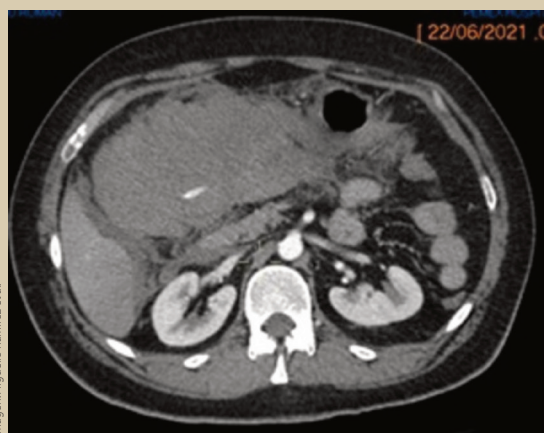


Figura 3a y 3b. Tomografía axial de abdomen con contraste intravenoso en fase arterial (izquierda) y venosa portal (derecha), donde se identifica tumoración hipodensa, con zonas de mayor densidad en su interior (flecha), que presenta mínimo realce al contraste, localizada a nivel mesentérico (estrella).

nutricio (neovaso), así como zonas compatibles con sangrado (**figuras 3a y 3b**).

Ante estos hallazgos, se decidió realizar cirugía laparoscópica programada, en la que se identificó hemoperitoneo (**figura 4**), motivo por el cual se

cambió a cirugía abierta, donde se visualizaron 2 vasos sangrantes del mesenterio, que fueron reparados.

El paciente presentó mejoría clínica y fue dado de alta 2 días después, sin eventualidades. En consulta

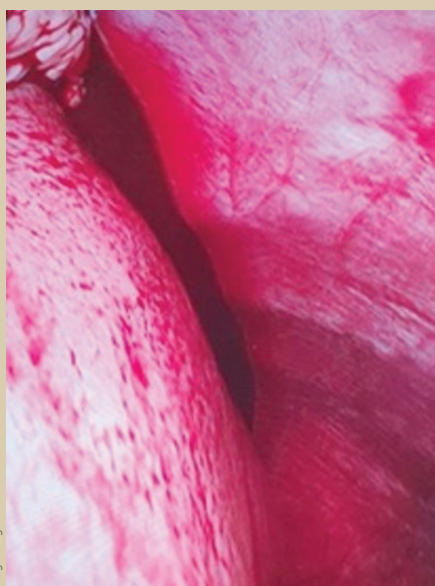
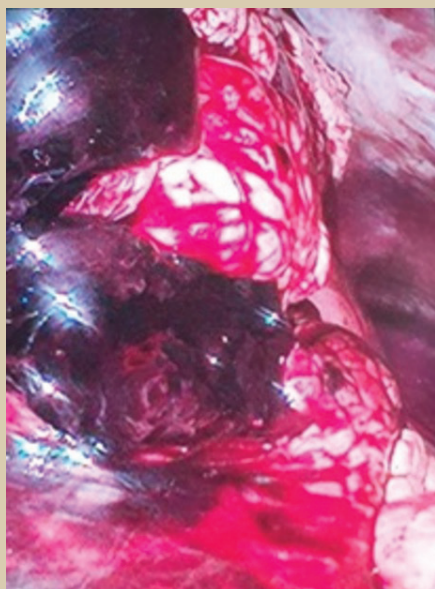


Imagen: Argüello Ramírez et al.

Figura 4. Hematoma coagulado con abundante sangre en cavidad peritoneal.

de control refirió mejoría de los síntomas previos al procedimiento quirúrgico.

DISCUSIÓN

El hematoma mesentérico espontáneo es una rara condición médica, usualmente asociada a patologías agudas que suelen pasar desapercibidas, como trauma cerrado de abdomen, pancreatitis aguda³ o uso de anticoagulantes. También puede estar asociado a complicaciones posteriores a procedimientos como la colonoscopia⁴.

Los signos y síntomas son inespecíficos, siendo los más frecuentes el dolor abdominal difuso, las náuseas y el vómito⁴. No obstante, estos dependen del tamaño y localización del hematoma³. Los vasos de menor calibre suelen provocar sangrado laminar activo, que en muchas ocasiones se resuelve o contiene de manera espontánea antes del diagnóstico clínico⁴. Si el tamaño es masivo (300 ml), puede encontrarse una masa palpable en la exploración abdominal, que condiciona compresión extrínseca de las asas intestinales, evolucionando a obstrucción intestinal³.

Suele presentarse entre los 8 y 60 años, con un pico de incidencia entre los 55 y 56 años, sin predilección por género o etnicidad⁵.

El diagnóstico debe realizarse antes de que el paciente presente repercusiones hemodinámicas, como hipotensión secundaria a bajo gasto por secuestro de volumen hacia el abdomen³⁻⁵. La tomografía computada de abdomen en fase simple y contrastada es el estándar de oro para la valoración de esta entidad⁵.

Según un estudio realizado por Takashimizu y colaboradores, los cambios tomográficos varían con el tiempo, lo que dificulta el diagnóstico cuando han pasado varios días desde el inicio de los síntomas, sugiriendo valorar las unidades Hounsfield (UH) en relación con el tiempo (**tabla 2**)⁵.

Tabla 2. Correlación de tiempo vs unidades Hounsfield (UH)

Días	Unidades hounsfield	Densidad
0 a 14 días	70 a 90 UH	Hiper o isodenso
14 a 28 días	20 a 30 UH	Densidad mixta
>28 días	20 a 30 UH	Hipodenso

Se producen principalmente en pacientes con traumatismos abdominales y, con menor frecuencia, bajo tratamiento prolongado con anticoagulantes. En casos raros, se han descrito asociadas a rotura de aneurismas o malformaciones vasculares que afectan arterias del territorio esplácnico. Cerca de 30% de los casos surgen como complicación de pancreatitis aguda o crónica.

Una revisión realizada en Argentina por Espil y colaboradores demostró que en tomografías no contrastadas, el rango de atenuación en la fase hiperaguda es de 35 a 45 UH, mientras que en la fase aguda es de 60 UH⁶. En tomografías contrastadas, el reforzamiento varía entre 85 y 300 UH en hematomas agudos⁵⁻⁶. En algunos casos, es posible identificar un foco hiperdenso central o “blush”, característico de sangrado activo.

Otro método de estudio altamente utilizado es la angiografía, de gran importancia para identificar el vaso sangrante. La utilidad principal de este método es la posibilidad de realizar embolización y controlar el sangrado⁴.

El tratamiento continúa siendo controversial. Si el paciente se encuentra hemodinámicamente estable, puede realizarse tratamiento conservador de acuerdo con el tamaño del hematoma⁴. Por otro lado, si el paciente presenta inestabilidad hemodinámica y no responde a la reposición de líquidos, será necesaria la cirugía de urgencias⁷.

Las hemorragias mesentéricas o retroperitoneales se producen principalmente en pacientes con antecedente de traumatismos abdominales y, con menor frecuencia, en aquellos bajo tratamiento prolongado con anticoagulantes o con diátesis hemorrágica. En casos raros, se han descrito asociadas a rotura de aneurismas o malformaciones vasculares que afectan arterias del territorio esplácnico. Cerca del 30% de los casos se desarrollan como complicación de pancreatitis aguda o crónica. Pueden manifestarse como hemorragia retroperitoneal o digestiva, o como hallazgo incidental en tomografía o angiografía.

CONCLUSIONES

En nuestro caso, el paciente acudió por dolor abdominal difuso asociado a pérdida de peso, por lo que inicialmente se pensó en una patología neoplásica. Se decidió realizar el procedimiento quirúrgico por vía laparoscópica, donde se confirmó el hematoma, motivo por el cual se convirtió a cirugía abierta, en la que se visualizó el origen del sangrado a nivel de los vasos mesentéricos, los cuales fueron reparados satisfactoriamente sin complicaciones postquirúrgicas.

Debido a la baja frecuencia de esta patología, se decidió su reporte, con el objetivo de tenerla presente como diagnóstico diferencial ante la presencia de lesiones mesentéricas.

PRESENTACIONES PREVIAS

Ninguna.

CONFLICTO DE INTERESES

Todos los autores declaramos no tener conflicto de intereses. ●

REFERENCIAS

1. Skudder PA Jr, Craver WL. Mesenteric hematoma suggests rupture of visceral artery aneurysm. *Arch Surg.* 1984;119(7):863. doi: 10.1001/archsurg.1984.01390190099023.
2. Tanioka N, Maeda H, Tsuda S, Iwabu J, Namikawa T, Iguchi M, et al. A case of spontaneous mesenteric hematoma with diagnostic difficulty. *Surg Case Rep.* 2020;6(1):124.
3. Gómez D, Rahman SH, Guillou PJ. Spontaneous mesenteric haematoma: a diagnostic challenge. *Ann R Coll Surg Engl.* 2006;88(3):1-3.
4. Srihari S, Kharde K, Rana KS, Panchabhai S. Spontaneous mesenteric hemorrhage. *Med J Dr D Y Patil Univ.* 2013;6(1):95.
5. Nakamura S, Yamada T, Nojima T, Naito H, Koga H, Yamashita H, et al. A case of spontaneous mesenteric hematoma successfully diagnosed and treated with aggressive imaging. *Int J Surg Case Rep.* 2019;65:124-6.
6. Espil G, Larrañaga N, Díaz Villarroel N, Oyarzun A, Matzke G, Kozima S. Hemorragia abdominal espontánea: evaluación por imágenes [Internet]. *Webcir.org*; 2015 [citado 24 de noviembre de 2021]. Disponible en: <https://www.webcir.org/revistavirtual/articulos/2015/noviembre/argentina/rar/spontáneo.pdf>
7. Dowe MF, Shanmuganathan K, Mirvis SE, Steiner RC, Cooper C. CT findings of mesenteric injury after blunt trauma: implications for surgical intervention. *AJR Am J Roentgenol.* 1997;168(2):425-9.