

TRATAMIENTO ANTICOAGULANTE CON HEPARINA IV A DOSIS TERAPEUTICAS Y HEMORRAGIA RETROPERITONEAL

Casasín, T., *Jefe de Sección, Servicio de Farmacia*; Pi, F., *Doctor en Medicina, Servicio de Cirugía General*; Admetlla, M., *Jefe de Servicio de Medicina Interna*; Javaloyas, M., *Médico Adjunto, Servicio de Medicina Interna*; Allende, A., *Farmacéutica becaria, Servicio de Farmacia*; Colomer, J., *Doctor en Medicina, Servicio de Cirugía General*.

Hospital de Viladecans (Barcelona).

Palabras clave:

Heparina. Hemorragia retroperitoneal.

Resumen:

Se presenta un caso clínico de un paciente tratado con heparina intravenosa a dosis terapéuticas por un cuadro compatible con tromboembolismo pulmonar y muerte por shock hipovolémico debida a hemorragia retroperitoneal.

Key words:

Heparin. Retroperitoneal hemorrhage.

Summary:

We describe a case treated with i.v. sodium heparin for a possible pulmonary thromboembolism and death by hypovolemic shock caused by retroperitoneal haemorrhage.

ción del TTPA. A estas dosis la heparina presenta un riesgo de complicaciones hemorrágicas próximo al 9 por 100 en forma de melenas, hematomas o hematuria (2, 3).

La hemorragia retroperitoneal, como consecuencia del tratamiento con heparina a dosis terapéuticas, es un efecto adverso raro y grave de inicio súbito y desenlace fatal. La muerte se debe a shock hipovolémico acompañado o no de dolor abdominal o íleo paralítico (4).

CASO CLINICO

Varón de setenta y ocho años que ingresó en el hospital por disnea. Había sido diagnosticado de tuberculosis pulmonar a los diecisiete años y desde hacía veinte padecía bronquitis crónica obstructiva con hiperreactividad bronquial. Cinco años antes del ingreso fue diagnosticado de fibrosis mediastínica posttuberculosa y síndrome de vena cava superior por trombosis venosa subclavia izquierda. No refería hábitos tóxicos ni antecedentes laborales de interés. Recibía tratamiento con aminofilina retardada y salbutamol.

Seis horas antes del ingreso el paciente refirió disnea de reposo, sin fiebre ni dolor torácico. En el examen físico destacaba: temperatura, 36,3° C; TA, 180/70; acrocianosis y sibilancias espiratorias diseminadas por ambos campos pulmonares, siendo el resto normal.

La analítica demostró leucocitosis: 13.000/m³ con neutrofilia. Resto del hemograma y pruebas de coagulación, normales. Gasometría arterial basal: pH, 7,38; pO₂, 52 mmHg; pCO₂, 40,6 mmHg; CO₃H, 24,7 mmol/l. En el ECG existía amputación de la onda R de V1 a V4.

La radiografía de tórax demostraba un patrón fibroso retráctil en el LSI y desviación mediastínica a la izquierda, con hiperinsuflación del hemitórax derecho.

El paciente fue tratado con oxigenoterapia, salbutamol, aminofilina y 6-metilprednisolona, a pesar de lo cual si-

INTRODUCCION

La heparina es uno de los fármacos más utilizados en los hospitales. A dosis bajas y por vía subcutánea (5.000 UI dos-tres veces al día) es bien tolerada y no requiere monitorización por el laboratorio según el «Council on Thrombosis of the American Heart Association» (1) y son raras las reacciones adversas (hemorragias, trombocitopenia, necrosis locales). En cambio la administración de heparina por vía intravenosa a dosis terapéuticas (15.000-60.000 UI/día) requiere una estrecha monitoriza-

Correspondencia: Tomás Casasín Edo. Servicio de Farmacia. Hospital de Viladecans. Avda. de Gavá, s/n. 08840 Viladecans (Barcelona).

guió presentando crisis de broncoespasmo en relación a mínimos esfuerzos y que no mejoraron al aumentar las dosis de corticoides. Estos hechos indujeron a pensar en la posibilidad de un TEP.

A pesar de que una gammagrafía pulmonar por perfusión no fue demostrativa de tromboembolismo pulmonar, se inició la administración de heparina sódica por vía EV a dosis terapéutica, dada la recurrencia del cuadro clínico. Los controles de TTPA oscilaron entre cuarenta y siete y ochenta y ocho segundos (control: 25,5). Tres días después el paciente presentó bruscamente cuadro de obnubilación, hipotensión y distensión abdominal, con dolor a la palpación en hemiabdomen derecho. La temperatura rectal fue 36,9° C. La radiografía de abdomen mostró dilatación del colon transversal. Los controles analíticos demostraron: hematocrito, 24 por 100; urea, 14,9 mmol/l; pH, 7,27; pCO₂, 35,1 mmHg; CO₃H, 16,5 mmol/l, y exceso de base, -8,8 mmHg. El paciente falleció en shock hipovolémico a pesar del tratamiento con inotrópicos y reposición de volumen. El estudio necrópsico reveló una severa aterosclerosis aórtica y de grandes vasos, ruptura vascular de una rama de la arteria mesentérica con gran hematoma en grasa peritoneal y mesentérica. No se objetivó tromboembolismo pulmonar.

DISCUSION

La hemorragia retroperitoneal es una complicación rara de la terapéutica anticoagulante con heparina endovenosa. Se manifiesta en forma de dolor en hemiabdomen inferior o región lumbar e inguinal, zonas en las cuales puede detectarse en ocasiones una masa palpable. El dolor puede irradiar a extremidades inferiores por compresión del músculo psoas. Es frecuente la aparición de íleo paralítico. El cuadro clínico evoluciona generalmente a shock hipovolémico con desenlace fatal, constituyendo un 2 por 100 de las muertes debidas a anticoagulación (5).

La administración de heparina a dosis anticoagulantes favorece la aparición de esta complicación en pacientes

con enfermedades predisponentes, tales como ulcus péptico, traumatismo abdominal, intervención quirúrgica, procedimiento diagnóstico invasivo o neoplasia (6). Debe tenerse en cuenta especialmente el sangrado de aneurismas abdominales secundario a tratamiento anticoagulante, que se explica por la inhibición de la formación del trombo en la pared del aneurisma. En nuestro paciente, posiblemente por ser de pequeño tamaño, dicha anomalía no fue visible en el estudio necrópsico, si bien éste fue el diagnóstico más probable.

La administración de heparina a dosis terapéuticas no está exenta de complicaciones graves aun con un estrecho control del TTPA. Aun así, solamente un riguroso control clínico y de laboratorio pueden prevenir esta potencial complicación, que en algunos casos puede llegar a ser letal.

BIBLIOGRAFIA

1. Council on thrombosis of the American Heart Association. *Prevention of venous thromboembolism in surgical patients by low-dose heparin*. Circulation, 1977; 55: 423 A.
2. Kelton, J. G., y Hirsh, J.: *Bleeding associated with anti-thrombotic therapy*. Semin Haematol, 1980; 17: 259.
3. Mant, M. J.; O'Brien, B. D.; Thong, K. L.; Hammond, G. W.; Birtwhistle, R. V., y Grace, M. G.: *Haemorrhagic complications of heparin therapy*. Lancet, 1977; 1: 1133-5.
4. Loeliger, E. A., y Broekmans, A. W.: *Drugs affecting blood clotting, fibrinolysis and hemostasis*. En: Dukes, M. N. G.: *Meyler's side effects of drugs*. 11th edition. Amsterdam, Elsevier, 1988; 740-1.
5. Hodin, E., y Dass, T.: *Spontaneous retroperitoneal hemorrhage complicating anticoagulant therapy*. Ann Surg, 170; 848.
6. Bregqvist, D.; Hallböök, T., y Hessman, Y.: *Anticoagulation and retroperitoneal haematoma*. Vasa, 1976; 5: 239.