

TROMBOSIS DE LA ARTERIA EPIGÁSTRICA SUPERIOR: UNA RARA PRESENTACIÓN DE LOE EN MÚSCULO RECTO ANTERIOR DEL ABDOMEN

SONIA PÉREZ¹ 

MARÍA CLAUDIA BRACHO-ARELLANO² 

SUSAN ROJAS-RIVAS³ 

SUPERIOR EPIGASTRIC ARTERY THROMBOSIS: A RARE PRESENTATION OF LOE IN THE RECTUS ABDOMINIS MUSCLE

RESUMEN

Introducción: La trombosis de la arteria epigástrica superior (TAES) es un fenómeno raro que puede causar complicaciones graves, como dolor abdominal y lesiones ocupantes de espacio (LOE) en la pared abdominal. Factores como traumatismos y alteraciones en la coagulación son influyentes, y la lesión arterial es la causa más común de hematomas en la vaina del recto abdominal (HRVA). Se reconocen mecanismos directos, como traumatismos, e indirectos, como maniobras de Valsalva, que pueden causar daño vascular. Esta condición también puede presentarse en pacientes con trastornos de coagulación. **Caso clínico:** paciente de 68 años que acudió por un aumento de volumen en el hemiabdomen izquierdo tras un esfuerzo físico. La exploración reveló una masa indurada y dolorosa. Estudios de imagen, incluyendo ecografía y tomografía axial computarizada (TAC), mostraron una LOE intramural en el músculo recto anterior izquierdo. La cirugía y el análisis histopatológico confirmaron el diagnóstico. **Conclusión:** es crucial considerar la TAES en el diagnóstico diferencial, ya que es una patología poco frecuente en la literatura médica. Un tratamiento adecuado puede prevenir complicaciones y mejorar el pronóstico del paciente.

Palabras clave: Trombosis, Arteria Epigástrica Superior, Pared Abdominal, Lesiones ocupantes de espacio, Hematoma

ABSTRACT

Introduction: Superior epigastric artery thrombosis (SEAT) is a rare phenomenon that can cause serious complications, such as abdominal pain and space-occupying lesions (SOL) in the abdominal wall. Factors such as trauma and coagulation disorders are influential, and arterial injury is the most common cause of rectus sheath hematoma (RSH). Direct mechanisms, such as trauma, and indirect mechanisms, such as Valsalva maneuvers, are recognized as causes of vascular damage. This condition can also occur in patients with coagulation disorders. **Case report:** A 68-year-old patient presented with an increase in volume in the left hemiabdomen after physical exertion. Examination revealed an indurated and painful mass. Imaging studies, including ultrasound and computed tomography (CT), showed an intramural LOE in the left rectus abdominis muscle. Surgery and histopathological analysis confirmed the diagnosis. **Conclusion:** It is crucial to consider TAES in the differential diagnosis, as it is a rare condition in the medical literature. Appropriate treatment can prevent complications and improve the patient's prognosis.

Key words: Thrombosis, Superior Epigastric Artery, Abdominal Wall, Space-occupying Lesions, Hematoma

1. Residente de Cirugía General Instituto Autónomo Hospital Universitario de Los Andes. Mérida, Venezuela.
2. Universidad de Los Andes, Mérida, Mérida, Venezuela
3. Especialista en Cirugía General y Cirugía de Pared Abdominal. Servicio de Cirugía General Instituto Autónomo Hospital Universitario de Los Andes. Mérida, Venezuela. Correo-e: rojas7susan@gmail.com

Recepción: 07/01/2026
Aprobación: 06/04/2026
DOI: 10.48104/RVC.2026.79.1.10
www.revistavenezolanadecirugia.com

INTRODUCCIÓN

La trombosis de la arteria epigástrica superior (TAES) es un evento médico raro en el que se forma un coágulo sanguíneo en esta arteria, que irriga la parte anterior de la pared abdominal y el diafragma ⁽¹⁾. La trombosis de dicha arteria puede causar dolor abdominal, hematoma, sangrado y, en casos severos, puede llevar a un daño en la pared muscular o complicaciones graves. ^(2,3)

Aunque es una afección poco frecuente, puede provocar la formación de una lesión ocupante de espacio (LOE) en la pared abdominal debido a la isquemia e inflamación del tejido circundante. Los síntomas de una TAES pueden ser inespecíficos y confundirse con otros problemas intraabdominales. La presentación clínica puede incluir, dolor abdominal localizado en la parte superior del abdomen, masa palpable que puede detectarse dura, no pulsátil y dolorosa en la pared abdominal, así como hematoma en la vaina del recto abdominal (HRVA), si la trombosis causa la ruptura de la arteria. ^(2,4) Sin embargo, la lesión de la arteria epigástrica es la causa más frecuente de HRVA aunque poco se sabe de los factores causales, existen mecanismos directos (traumatismos) e indirectos (maniobras de Valsalva), que pueden estar presentes en caso de lesión arterial. ^(2,4) En otros casos se puede presentar en pacientes con alteraciones de la coagulación, enfermedades vasculares degenerativas e idiopáticas. ⁽³⁾ Si bien una LOE en la vaina de los rectos del abdomen secundaria a trombosis, ruptura y/o hematoma arterial es una entidad infrecuente, debe tenerse en cuenta en todo paciente previamente asintomático con dolor agudo y una tumoración palpable en la pared anterior del abdomen, considerando, además, los factores predisponentes ya que el diagnóstico oportuno permite la resolución del cuadro incluso de forma menos invasiva, su diagnóstico suele ser difícil, por no ser considerado generalmente entre las posibles causas de dolor abdominal por lo que es conveniente utilizar TAC. ^(5,6) La TAES, como causa primaria de una masa abdominal sólida y localizada, es una entidad extremadamente rara y menos documentada que el HRVA ^(3,7), lo que sugiere un mecanismo isquémico/oclusivo en lugar de hemorrágico como evento primario, dando formación a una LOE en la pared abdominal que podría ser el resultado de un infarto isquémico focal del músculo recto o una reacción inflamatoria/fibrótica secundaria a la oclusión vascular.

A continuación, se presenta un caso clínico de un paciente con masa palpable en pared abdominal donde la (TAC) con doble contraste evidenció una LOE intramural en el músculo recto anterior izquierdo sin traspasar la fascia peritoneal, condujo a una exploración quirúrgica, cuyo resultado histopatológico reveló una TAES.

Presentación del caso

Información del Paciente

Paciente masculino de 68 años que consulta por aumento de volumen en la región anterior del hemiabdomen izquierdo, con

evolución de 7 días. Este aumento de volumen se ha desarrollado tras un esfuerzo físico y caracterizado por ser no móvil e indurado, acompañado de dolor local al realizar maniobras de Valsalva. No presenta antecedentes médicos de importancia.

Hallazgos clínicos

A la exploración física se evidencia a nivel de la línea media axilar, a 5 cm lateral de la línea media en flanco izquierdo, un aumento de volumen de aproximadamente 8 x 6 cm. La masa es blanda, de superficie lisa, con bordes regulares, no dolorosa.

Estudios diagnósticos

Al ultrasonido abdominal se identifica una lesión hipoeoica con bordes irregulares, localizada en la línea medio clavicular izquierda, a nivel de la región flaco izquierdo, específicamente por encima de los músculos rectos abdominales en su porción superior, con una vascularización periférica evidente al Doppler color. La lesión se encuentra aproximadamente a 5 cm horizontalmente hacia la izquierda del ombligo, en relación con la pared abdominal anterior. Presenta un tamaño de 6.9 cm x 5.0 cm x 3.5 cm, con un volumen calculado de 41 mL.

Posteriormente se realiza TAC abdominal donde se evidencia una imagen ovalada heterogénea en el músculo recto izquierdo del abdomen, con un valor atenuación de 24 a 48 UH que realiza tras la administración del medio de contraste, alcanzando valores de 65 a 80 UH. La lesión mide 10.13 x 9.9 x 4.43 cm y distorsiona la grasa de la pared abdominal. Conclusión: Lesión vascularizada en el músculo recto anterior del abdomen, en probable relación con un hematoma versus hemangioma (Figura 1).



Figura 1. TAC abdominal, se observa LOE en músculo recto anterior izquierdo del abdomen con densitometría de partes blandas mide 10.13 x 9.9 x 4.43 cm, que distorsiona la grasa de la pared abdominal

Tratamiento realizado

Previo al traslado a sala quirúrgica, se identifica y se realiza el marcaje de la masa palpable en el flanco izquierdo, con el fin de servir como guía intraoperatoria (Figura 2).

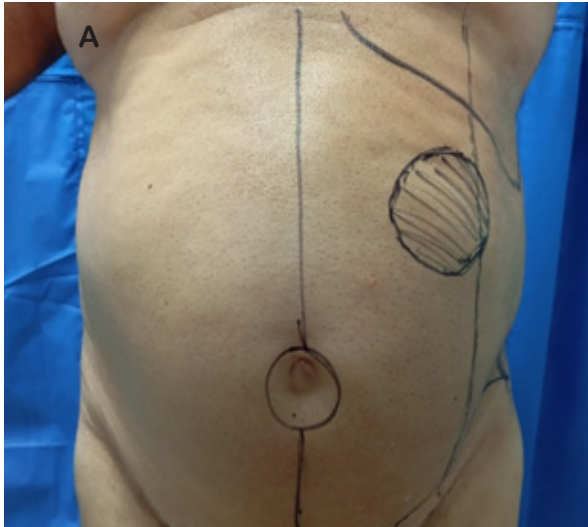


Figura 2. Imágenes preoperatorias: A. Vista frontal de paciente en bipedestación B: vista lateral de paciente en decúbito supino, con enfoque en masa palpable y visible

En mesa operatoria se procede a realizar una incisión en línea media supraumbilical, colgajo dermoaponeurotico hacia hemiabdomen izquierdo, identificación de masa indurada, marcaje con azul de metileno, (Figura 3A) abertura de hoja anterior de la vaina del musculo recto abdominal izquierdo (Figura 3B), disección con márgenes oncológicos de 2 cm

macroscópicamente, conservando la fascia transversalis en su plano profundo (Figura 3C), referencia de bordes para biopsia (Figura 4) cierre por planos, aponeurosis PDS 2-0, TCS crómico 2-0, piel con grapas, no se dejan dren, sin complicaciones.

SEGUIMIENTO Y RESULTADOS

El paciente fue dado de alta al día siguiente de la intervención. Los controles realizados en los meses posteriores han evidenciado una recuperación satisfactoria, sin complicaciones asociadas. Tras la cirugía, se envió la muestra para su análisis histopatológico, el cual reveló hemorragia reciente compatible con trombosis arterial.

DISCUSIÓN

La TAES es infrecuente y contrasta con las causas más comunes de masa en la pared abdominal vasculares, como el HRVA ⁽⁷⁾; sin embargo, el diagnóstico definitivo establecido mediante histopatología posterior a la resección quirúrgica, reveló una trombosis arterial, lo que subraya la dificultad diagnóstica preoperatoria y la importancia de considerar etiologías vasculares infrecuentes en el contexto de masas abdominales de la pared ⁽⁶⁾. A diferencia de la mayoría de los casos de ruptura de la arteria epigástrica que se presentan como un hematoma hemorrágico (2) el diagnóstico se centró en la trombosis arterial, que podría representar una variante de HRVA donde el evento inicial fue la trombosis aguda (posiblemente con la maniobra de Valsalva como factor desencadenante de la isquemia o el espasmo vascular que llevó a la oclusión), seguida de una isquemia localizada o un microtraumatismo que causó la induración y la masa ^(8,9).

Hoy en día la ecografía y la TC son las técnicas de elección para llegar a un diagnóstico correcto. La ecografía es una técnica incruenta, sencilla y accesible en el área de urgencias. La TC abdominal puede ser realizada con o sin contraste, la trombosis aparece como una colección homo o heterogénea, contenida dentro del músculo ^(6,10). La sangre reciente es hiperecogénica en ecografía e hiperdensa en TC, en cambio la trombosis o el hematoma antiguo sin re sangrado tiene una apariencia más hipoecóica e hipoatenuada que tiende a confundirse con masas sólidas. La clínica y la radiología justificaron plenamente la conducta quirúrgica, dado que los hallazgos de imagen suelen ser inespecíficos para diferenciar entre un hematoma, tumoración sólida (benigna o maligna), o un proceso isquémico/trombótico ⁽⁸⁾.

Como se ha mencionado anteriormente la TAE, tanto superior como inferior, es una causa extremadamente rara de LOE en la pared abdominal. La mayoría de los reportes se centran en la ruptura de la arteria que lleva al HRVA, especialmente en pacientes anticoagulados o con factores de riesgo ⁽⁷⁾. Casos reportados de trombosis de vasos de la pared abdominal son excepcionales y a menudo involucran el sistema venoso (tromboflebitis superficial como la Enfermedad de Mondor, la cual afecta venas toracoepigástricas y superficiales) ^(11,12). Este caso refuerza la necesidad

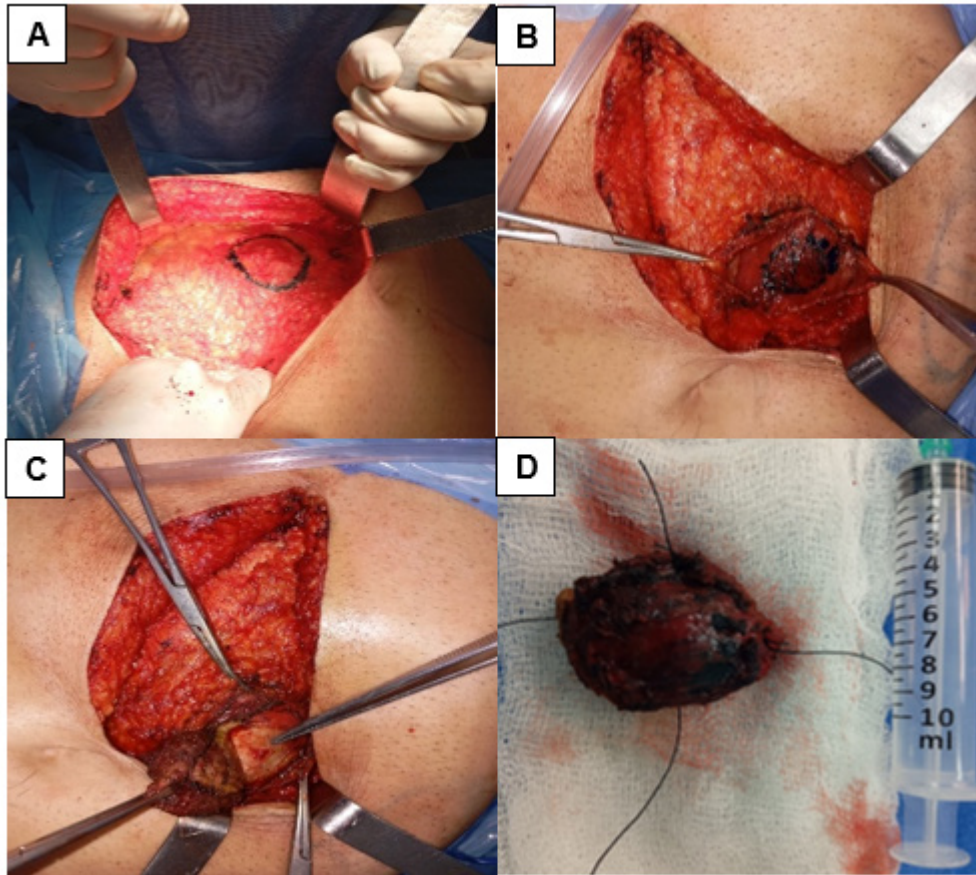


Figura 3. A. Colgajo dermoaponeurótico hacia hemiabdomen izquierdo, identificación de masa indurada, marcaje con azul de metileno. B. Abertura de hoja anterior de la vaina del musculo recto abdominal izquierdo. C. Disección con márgenes oncológicos de 2 cm macroscópicamente, conservando la fascia transversalis en su plano profundo. D. Pieza quirúrgica extraída de forma ovoidea, con dimensiones de 4 x 5 cm aproximadamente. La imagen destaca las características morfológicas de la pieza, incluyendo referencias claras en sus bordes, lo que permite una mejor visualización de su contorno y estructura

de considerar la patología vascular no hemorrágica como un diagnóstico diferencial, aunque raro, de las masas agudas de la pared abdominal, y subraya la utilidad de la histopatología para alcanzar el diagnóstico etiológico definitivo ante LOE atípicas.

CONTRIBUCIÓN DE LOS AUTORES

SYPR: Manejo clínico quirúrgico, concepción y revisión del caso clínico. MCBA: Concepción, elaboración del manuscrito revisión de la literatura. SRR: Manejo clínico quirúrgico, concepción y revisión del caso clínico.

Todos los autores participaron en la revisión crítica del artículo y en la aprobación de la versión final del manuscrito.

CONFLICTO DE INTERESES Y FINANCIACIÓN

Los autores declaramos no tener conflictos de intereses, ni haber recibido financiamiento o patrocinio de ninguna organización para realizar este trabajo.

REFERENCIAS

1. Kandinata N, Van Fossen K. Anatomy of the Abdomen and Pelvis: Epigastric Artery. StatPearls. August 14, 2023. Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK537156/>
2. Frizza J, Lasdica S, Fainstein D, Ontivero M, Caviglia L, Villariño E. Ruptura "espontánea" de la arteria epigástrica y trombosis venosa profunda: una asociación infrecuente. Rev Arg de Terapia Intensiva.

- 2021;18(3):61-67. Available from: <https://revista.sati.org.ar/index.php/M/article/download/61/154/>
3. Cherry WB, Mueller PS. Hematoma de la vaina del recto: revisión de 126 casos en una sola institución. *Medicina (Baltim)*. 2006;85(2):105-110. Available from: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/16609349/>.
 4. Teske JM. Hematoma del músculo recto abdominal: reporte de un caso y análisis de 100 casos de la literatura. *Rev Amer de Cir*. 2004;71(5):689-695. doi: [https://doi.org/10.1016/0002-9610\(46\)90453-9](https://doi.org/10.1016/0002-9610(46)90453-9)
 5. Cerdán P, Paternal S, Guillén M, Catín B, Bernal J, Esarte J. Hematomas espontáneos de la pared abdominal. *Rev Chil Cir*. 2007;59:5-9. doi: <http://dx.doi.org/10.4067/S0718-40262007000100003>
 6. Martí-Bonmatí L, Ramírez-Fuentes C, Cervera-Deval J. Lesiones ocupantes de espacio en pared abdominal (no herniarias): la visión del radiólogo. *Rev Hispanoam Hernia*. 2015;3(3):95-105. doi: 10.1016/j.rehah.2015.06.005.
 7. Hatjipetrou A, Anyfantakis D, Kastanakis M. Rectus sheath hematoma: a review of the literature. *Int J Surg*. 2015;13:267-271. doi: 10.1016/j.jisu.2014.12.015.
 8. Wolverson MK, Crepps LF, Sundaram M, Heiberg E, Vas WG, Shields JB. Hyperdensity of recent hemorrhage at body computed tomography: incidence and morphologic variation. *Radiology*. 1983 Sep;148(3):779-84. doi: 10.1148/radiology.148.3.6878700.
 9. García Bear I, Macías Robles MD, Baldonado Cernuda RF, Álvarez Pérez JA, Jorge Barreiro JI. Hematoma espontáneo de la vaina del recto: un reto diagnóstico. *Emergencias*. 2000;12(4):269-71. Available from: <https://revistaemergencias.org/numeros-anteriores/volumen-12/numero-4/hematoma-espontaneo-de-la-vaina-del-recto-un-reto-diagnostico/>
 10. Tovar Villena JF. Hematoma de la vaina de los músculos rectos del abdomen. Informe de un caso. *Cir Cir*. 2010;78(6):543-5. Available from: <https://www.redalyc.org/pdf/662/66220323013.pdf>
 11. Villalobos Mora C, Mora Hernández G. Actualización en enfermedad de Mondor. *Rev Méd Costa Rica Centroam*. 2017;73(618):244-7. Available from: https://www.scielo.sa.cr/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1409-00152017000100244
 12. Camelo Pardo G, Rivero Rodríguez W, Delgado Caballero SP, Pinzón Vargas S, Bueno Prato NK. Trombosis de vena epigástrica con extensión a vena escrotal: reporte de caso. *Rev Peru Cienc Salud*. 2024;6(3):1-5. doi: 10.37711/rpcs.2024.6.3.545.