

Sangrado hepático agudo en paciente tratado con apixabán

Acute hepatic bleeding in a patient treated with apixaban

Ignacio Ramil Freán, María Vares Gonzalez, Joaquín Serrano Arreba

Unidad de Enlace Medicina Interna - Urgencias, Complejo Hospitalario Universitario de La Coruña.

Resumen

Paciente de 84 años tratado con acenocumarol por fibrilación auricular crónica. Presenta hace un mes episodio compatible con ictus isquémico cardioembólico decidiéndose cambio de tratamiento anticoagulante a Apixabán. Tras tres semanas, acude de nuevo a Urgencias por dolor agudo en hipocondrio derecho y anemia severa no evidente con anterioridad.

Palabras clave: Sangrado. Hepático. Anticoagulante. Apixaban.

Keywords: Bleeding. Liver. Anticoagulant. Apixaban.

Caso clínico

Paciente de 84 años, con antecedente de Fibrilación auricular crónica anticoagulada con Acenocumarol desde hace tres años. Consulta al servicio de Urgencias hace un mes por cuadro de afasia motora recuperada, con Tc craneal que no identifica lesiones agudas. Dada la mejoría clínica y la resolución del cuadro, se interpreta como probable accidente isquémico transitorio (AIT) en el contexto arrítmico descrito, optándose por cambio a Apixabán 5mg dos veces al día. Tres semanas más tarde, inicia cuadro agudo de dolor en hipocondrio derecho, punzante y que se incrementa con los movimientos y la tos. Dada su escasa mejoría con tratamiento analgésico en domicilio, decide acudir nuevamente al servicio de Urgencias 4 días más tarde. Tras una primera valoración, el paciente se encontraba hemodinamicamente estable, con buen aspecto general y sin datos de compromiso respiratorio. Se evidencia Fibrilación auricular conocida a 101 latidos por minuto y derrame pleural derecho no evidenciado en estudios anteriores. Se solicitan análisis urgentes que evidencian elevación del D-dímero de 2468 FEU y cifra de hemoglobina de 10.3g/dl. con discreta leucocitosis de 10890 cel/ml. Con vistas a descartar posible tromboembolismo pulmonar, se solicita angioTc de arterias pulmonares que no evidencia datos de trombosis. Como hallazgo se visualiza derrame pleural derecho junto con varias lesiones hepáticas no claramente definidas por las características del estudio, en posible contexto de enfermedad metastásica no conocida o infecciosa a dicho nivel. Con la sospecha de posible enfermedad neoplásica de base, se decide ingreso para completar estudios.

Tras admisión en nuestra unidad, se analiza el líquido pleural tras toracocentesis, con características bioquímicas compatibles con exudado inflamatorio por criterios de Light. La citología y los cultivos del líquido fueron negativos. Tras obtener los resultados de los análisis generales, se objetiva anemia significativa con respecto a sus cifras de hemoglobina basal, evidenciándose caída de 3g/dl. Se solicita Tc tóraco-abdomino-pélvico urgente en el que se visualizan grandes colecciones subcapsulares hepáticas en segmentos III, VI, VII y VIII, de alta densidad en muy probable relación con grandes hematomas sin datos de sangrado activo en el momento del estudio. Se asume que las lesiones inicialmente objetivadas en la angioTc pulmonar eran secundarias al sangrado, así como la probable etiología reactiva del derrame pleural ipsilateral. Se decide la suspensión del tratamiento anticoagulante, transfusión de hematíes junto con seriación de hemogramas. El paciente únicamente refería discreta astenia y molestias vagas en hipocondrio derecho. De forma pro-

gresiva durante su estancia en nuestra unidad, el paciente presentó recuperación posterior progresiva en sus cifras de hemoglobina, estables al alta en 8,7g/dl. Previa a la misma, se realizó Tc de control que no identifica cambios sobre lesiones previas en cantidad pero sí en densidad, en probable relación con hematomas en resolución. El paciente es dado de alta con suplementación de hierro oral y control analítico y de imagen en próximas semanas. Se procede a suspensión de tratamiento anticoagulante de forma temporal (CHA₂DS₂-VASc: 5) y revisión en consultas externas. Tras 1 mes del alta, el paciente presenta recuperación funcional progresiva, con cifra de hemoglobina de control de 11,3g/dl, con resto de hemograma y bioquímica sin alteraciones relevantes. Tras realizarse Tc de control tras casi 40 días del inicio del cuadro, se comprueba reducción del hematoma decidiéndose reinicio de anticoagulación a dosis subterapéuticas con Enoxaparina 100mg diarios sc para un peso aproximado de 80kg.

Discusión

Los anticoagulantes orales de acción directa (ACOD) han mostrado una relación beneficio-riesgo positiva y una menor tendencia hemorrágica (especialmente en el caso de hemorragias intracraneales [HIC]) que los antagonistas de la vitamina K (AVK). Su vida media relativamente corta (entre 11 y 17 horas en pacientes con función renal conservada) puede ser una ventaja en caso de hemorragia, al disminuir rápidamente su acción anticoagulante entre las 12-24 horas tras su administración^{1,2}. Actualmente, se están desarrollando diversos antídotos específicos para los ACOD, con el objetivo de revertir la actividad anticoagulante y restablecer una adecuada hemostasia en caso de hemorragia grave o necesidad de realizar procedimientos invasivos de urgencia. Destacar el Idarucizumab (Boehringer Ingelheim), Andexanet alfa (Portola Pharmaceuticals) y Ciraparantag (anteriormente Aripazina). En función del tipo de tratamiento anticoagulante y su mecanismo de acción, se establecerán como medidas iniciales el soporte hemodinámico y tratamiento médico específico dirigido, con vistas a intentar revertir su efecto. Se reservara la actitud intervencionista vascular o laparotomía quirúrgica para los casos mas graves que comprometan de Urgencia la vida del paciente.⁶

Figura 1. TAC abdominal en el momento del ingreso

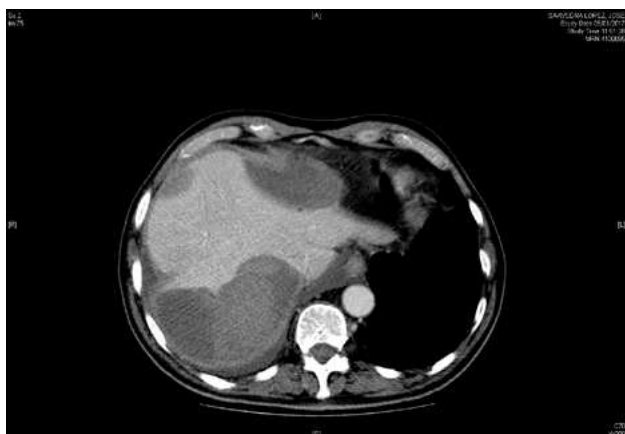


Figura 2. TAC abdominal de control



Aproximadamente el 90% de los casos de hemoperitoneo descritos son secundarios a traumatismos abdominales en el contexto de ruptura de hepática o esplénica. Tras esta, las complicaciones ginecológicas como el embarazo ectópico le siguen en incidencia. El hemoperitoneo espontáneo de origen no traumático es una patología muy poco frecuente, descrita principalmente en pacientes con patología aneurismática congénita (principalmente de la arteria esplénica) ó asociada a diálisis peritoneal crónica. En casos excepcionales, el hemoperitoneo se presenta espontáneamente como resultado de alteraciones en la coagulación como la hemofilia o el uso de terapias anticoagulantes con una incidencia descrita que va del 0,6 al 6,6% de los sangrados a dicho nivel⁶.

En nuestro caso, el paciente tuvo una evolución favorable tras suspensión del fármaco y transfusiones sanguíneas, encontrándose en todo momento estable hemodinámicamente y sin datos de sangrado activo tras medida efectuada. Por el momento solo definimos el tratamiento con Apixabán como único factor de riesgo para la misma. Dicha situación nos obliga a continuar con un seguimiento estrecho en consultas externas con hemogramas y Tc de control, junto con dosis subóptimas de Enoxaparina como estrategia antitrombótica. En la actualidad y tras 2 años de seguimiento en consulta externa, no ha vuelto a presentar complicaciones del proceso ni nuevos episodios de sangrado, continuando tratamiento con Enoxaparina 10,000UI diarias. En Tc de control realizado al año de su ingreso, presenta resolución de las lesiones hepáticas y del derrame pleural, no presentando anemia durante todo el seguimiento.

Bibliografía

1. Antonio Gomez-Outes, Ramón Lecumberri Antídotos de los nuevos anticoagulantes orales: realidad y expectativas. *Med Clin* 2016;146:488-90
2. A. Gómez-Outes, M.L. Suárez-Gea, R. Lecumberri, A.I. Terleira-Fernández, E. Vargas-Castrillón. Direct-acting oral anticoagulants: Pharmacology, indications, management, and future perspectives. *Eur J Haematol* 2015; 95:389-404
3. Esmer-Sánchez D, Álvarez-Tostado-Fernández F, Carmona-Sánchez R, Alfaro-Sousa A. Hemoperitoneo espontáneo idiopático. *Rev Gastroenterol Mex* 2009; 74:242-245.
4. Bataille L, Baillieux J, Remy P, Gustin RM, Denié C. Spontaneous rupture of omental varices: an uncommon cause of hypovolemic shock in cirrosis. *Acta Gastroenterol Belg.* 2004;67:351—4.
5. Puche P, Jacquet E, Jaber S, Carabalona JP. Spontaneous haemoperitoneum due to ruptured intra-abdominal varix with cirrosis: report of two cases. *J Chir (Paris).* 2007;144:157—9.
6. Chan Y, Morales J, Reidy J, Taylor P. Management of spontaneous and iatrogenic retroperitoneal haemorrhage: conservative management, endovascular intervention or open surgery? *Int J Clin Pract.* 2008;62(10): 1604-1613.