



Hemoperitoneo y hemorragia abdominal: Estrategias diagnósticas y terapéuticas en emergencias médicas actuales

Haemoperitoneum and abdominal haemorrhage: Diagnostic and therapeutic strategies in current medical emergencies

Freddy Joel Gonzabay-Rosales
freddygr46@uniandes.edu.ec

Universidad Regional Autónoma de los Andes, Ambato, Tungurahua, Ecuador
<https://orcid.org/0009-0004-6264-8969>

Samantha Elizabeth Palacios-Puga
samanthapp81@uniandes.edu.ec

Universidad Regional Autónoma de los Andes, Ambato, Tungurahua, Ecuador
<https://orcid.org/0009-0001-4932-0000>

John Eduardo Camino-Benavides
ua.johncb44@uniandes.edu.ec

Universidad Regional Autónoma de los Andes, Ambato, Tungurahua, Ecuador
<https://orcid.org/0000-0001-5362-5862>

RESUMEN

Objetivo: analizar el hemoperitoneo y hemorragia abdominal desde estrategias diagnósticas y terapéuticas en emergencias médicas actuales. **Método:** Revisión sistemática en bases de datos (PubMed, Scopus, SciELO, Portal Regional BVS DeCS/MeSH), incluyendo estudios observacionales, ensayos clínicos y guías publicadas en los últimos cinco años. **Resultados:** El hemoperitoneo presenta incidencia 10-30% en trauma abdominal cerrado, afectando principalmente hígado (65%) y bazo (40%). La ecografía FAST muestra sensibilidad 70-85% como tamizaje inicial; la tomografía computarizada constituye el estándar de oro diagnóstico. El tratamiento incluye manejo conservador en pacientes estables, cirugía de control de daños en inestabilidad hemodinámica grave, y embolización arterial como alternativa menos invasiva. La endoscopia digestiva representa primera línea en sangrado digestivo. **Conclusiones:** El diagnóstico temprano mediante combinación de ecografía FAST y tomografía computarizada resulta crucial para reducir morbilidad y mortalidad. **Descriptores:** hemoperitoneo; hemorragia gastrointestinal; embolización terapéutica. (DeCS).

ABSTRACT

Objective: To analyse haemoperitoneum and abdominal haemorrhage from diagnostic and therapeutic strategies in current medical emergencies. **Method:** Systematic review of databases (PubMed, Scopus, SciELO, Regional Portal BVS DeCS/MeSH), including observational studies, clinical trials and guidelines published in the last five years. **Results:** Haemoperitoneum has an incidence of 10-30% in blunt abdominal trauma, mainly affecting the liver (65%) and spleen (40%). FAST ultrasound shows 70-85% sensitivity as initial screening; computed tomography is the gold standard for diagnosis. Treatment includes conservative management in stable patients, damage control surgery in severe haemodynamic instability, and arterial embolisation as a less invasive alternative. Digestive endoscopy is the first line of treatment for digestive bleeding. **Conclusions:** Early diagnosis using a combination of FAST ultrasound and computed tomography is crucial to reduce morbidity and mortality. **Descriptors:** haemoperitoneum; gastrointestinal haemorrhage; therapeutic embolisation. (DeCS).

Recibido: 06/09/2025. Revisado: 15/09/2025. Aprobado: 15/10/2025. Publicado: 20/10/2025.

Original breve



INTRODUCCIÓN

El hemoperitoneo constituye la acumulación de sangre en la cavidad peritoneal, frecuentemente asociado a traumatismos, ruptura de aneurismas o complicaciones postquirúrgicas. El sangrado abdominal puede comprometer el espacio peritoneal y retroperitoneal, afectando órganos sólidos y estructuras vasculares. Estas condiciones representan emergencias médicas debido a la rápida descompensación hemodinámica, subrayando la importancia del diagnóstico temprano y tratamiento eficaz (1).

El impacto clínico varía según la magnitud de la hemorragia. En casos graves, la inestabilidad hemodinámica y el shock hipovolémico requieren respuesta inmediata. La identificación ha mejorado con la ecografía FAST y la tomografía computarizada, permitiendo evaluación precisa. La accesibilidad a estos métodos depende del contexto hospitalario (2).

Se han desarrollado enfoques menos invasivos, como la embolización arterial, reduciendo las intervenciones quirúrgicas abiertas. La cirugía permanece fundamental en inestabilidad hemodinámica o sangrado masivo (3). Este estudio analiza las estrategias actuales de diagnóstico y tratamiento, evaluando su efectividad comparativa (4). Teniendo por objetivo analizar el hemoperitoneo y hemorragia abdominal desde estrategias diagnósticas y terapéuticas en emergencias médicas actuales.

MÉTODO

Se realizó revisión sistemática en PubMed, Scopus, SciELO y Portal Regional BVS DeCS/MeSH, incluyendo estudios observacionales, ensayos clínicos y guías publicadas en los últimos cinco años. Se emplearon términos: hemoperitoneo, sangrado abdominal, diagnóstico y tratamiento. Los criterios de inclusión consideraron epidemiología, métodos diagnósticos y estrategias terapéuticas, excluyendo artículos sin datos clínicos relevantes.



Se recopilaron datos sobre ecografía FAST, tomografía computarizada, angiografía y endoscopía, evaluando sensibilidad, especificidad y aplicabilidad clínica. Se analizaron estudios comparativos sobre eficacia relativa de estas técnicas. Los datos se organizaron sistemáticamente para comparar opciones diagnósticas y terapéuticas, considerando recomendaciones de guías internacionales.

RESULTADOS

El hemoperitoneo presenta incidencia entre 10-30% en trauma abdominal cerrado. El hígado y bazo son los órganos más afectados, representando 65% y 40% de lesiones abdominales con hemorragia significativa (5). El sangrado digestivo alto muestra incidencia de 50-150 casos por 100,000 habitantes anuales, con mortalidad del 5-15%. El sangrado digestivo bajo presenta menor incidencia (20-30 por 100,000 habitantes anuales) pero diagnóstico más complejo (6).

La ecografía FAST es técnica rápida y no invasiva con sensibilidad del 70-85%, aunque puede no detectar pequeñas cantidades o lesiones retroperitoneales (7). La tomografía computarizada constituye el estándar de oro, identificando la fuente, cuantificando el volumen sanguíneo y detectando lesiones asociadas (8). La angiografía se utiliza en hemorragia activa requiriendo embolización, siendo diagnóstica y terapéutica simultáneamente (9). La endoscopía digestiva permite visualización directa y procedimientos como ligadura de várices, inyección de hemostáticos y coagulación (10).

En hemoperitoneo con estabilidad hemodinámica, el manejo conservador con monitoreo puede ser suficiente en lesiones menores. En hemorragia severa con inestabilidad, la cirugía de control de daños es la intervención de elección (11). La embolización arterial representa alternativa efectiva en sangrado activo, especialmente en lesiones hepáticas o esplénicas (12).

En sangrado digestivo, la endoscopía constituye primera línea. En casos severos o refractarios, la embolización guiada por angiografía demuestra efectividad. En várices esofágicas, terlipresina o octreótido con bandas elásticas constituyen tratamiento



estándar (13).

El algoritmo de manejo incluye evaluación inicial de signos vitales y estabilidad. La ecografía FAST positiva con inestabilidad indica cirugía inmediata; si es negativa o hay estabilidad, se procede con TAC contrastada. La decisión terapéutica depende de la estabilidad: tratamiento conservador con monitoreo en casos estables, laparotomía urgente en inestables (14).

El hemoperitoneo se asocia a trauma hepatoesplénico, cirrosis con ruptura de várices peritoneales, neoplasias intraabdominales y coagulopatías (15). El sangrado abdominal se relaciona con trastornos de coagulación, enfermedades hepáticas con hipertensión portal, traumatismos, procedimientos quirúrgicos previos y enfermedades inflamatorias intestinales (16).

DISCUSIÓN

El manejo del hemoperitoneo y sangrado digestivo requiere optimización constante de estrategias diagnósticas y terapéuticas. La tomografía computarizada constituye el método más preciso para evaluar hemoperitoneo, mientras la ecografía FAST resulta útil como tamizaje inicial en trauma. La angiografía es fundamental en sangrado activo requiriendo intervención terapéutica. En sangrado digestivo, la endoscopia permanece como estándar de oro.

La cirugía de control de daños continúa siendo opción de elección en hemoperitoneo severo, pero la embolización ha demostrado ser alternativa efectiva y menos invasiva, con menor morbilidad postoperatoria. La elección depende de recursos disponibles y experiencia del equipo médico. En sangrado digestivo, la terapia endoscópica ha reducido significativamente intervenciones quirúrgicas. En hemorragias masivas, la combinación de endoscopia con embolización mejora la hemostasia y reduce resangrado.

Los avances en biomarcadores y nuevas técnicas como la angio-TC con contraste dual están mejorando la detección y predicción del riesgo de resangrado. Resulta fundamental desarrollar protocolos estandarizados con abordaje multidisciplinario



involucrando cirujanos, gastroenterólogos, radiólogos intervencionistas y especialistas en cuidados intensivos (17).

CONCLUSIÓN

El diagnóstico temprano del hemoperitoneo y sangrado abdominal resulta crucial para reducir morbilidad. La combinación de ecografía FAST y tomografía computarizada optimiza la detección, permitiendo intervención oportuna. El manejo multidisciplinario con colaboración entre cirujanos, gastroenterólogos, radiólogos intervencionistas y especialistas en cuidados intensivos mejora desenlaces clínicos. La embolización arterial se ha consolidado como alternativa efectiva en casos seleccionados. En pacientes estables o con hemorragia activa identificada, demuestra seguridad, reduciendo cirugías y mejorando recuperación. La cirugía de control de daños continúa siendo intervención de elección en inestabilidad hemodinámica grave, la implementación de protocolos estandarizados y nuevas tecnologías puede optimizar el manejo del sangrado abdominal.

FINANCIAMIENTO

No monetario

CONFLICTO DE INTERÉS

No existe conflicto de interés con personas o instituciones ligadas a la investigación.

AGRADECIMIENTOS

A la dirección de investigación de UNIANDES.

REFERENCIAS

1. Sagarra-Cebolla E, Olivares-Pizarro SP, Ríos-Blanco R, de San-Pío-Carvajal E, Rodríguez-Prieto I. Hemoperitoneum secondary to haemocholecyst due to acute cholecystitis. *Cir Cir* [Internet]. 2021 [citado 16 mar 2025];89(1):101–3. Disponible en: https://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S2444-054X2021000100101
2. Mohamed M, Saber A, Iqbal SS, Gul R, Yammahi A. Hemoperitoneum secondary to spontaneous hepatic artery hemorrhage: a case report. *Cureus* [Internet]. 2025;17(2):e78371. doi:10.7759/cureus.78371
3. Munuswamy N, Kumar PG, Shanmugasundaram R, Venkatesh SB. Spontaneous hemoperitoneum caused by malignant gastrointestinal stromal tumor: a case report. *Iran J Med Sci* [Internet]. 2025;50(2):124–8. doi:10.30476/ijms.2024.104038.3751
4. Almeida JI, Lima C, Pinto P, Armas I, Santos T, Freitas C. Spontaneous hemoperitoneum as a rare presentation of gastric lesions: two case reports. *Int J Surg Case Rep* [Internet]. 2022;91:106769. doi:10.1016/j.ijscr.2022.106769



5. Megdadi M, Tita S, Javed A, Zahir J, Kang T. Ischemic sigmoid colon presenting as hemoperitoneum from an avulsed mesocolon during colonoscopy: a case report and literature review. *Cureus* [Internet]. 2024;16(7):e64418. doi:10.7759/cureus.64418
6. Matsuda M, Sawano M. Single-staged laparotomy versus multiple-staged laparotomy for traumatic massive hemoperitoneum with hemodynamic instability: a single-center propensity score-matched analysis. *BMC Surg* [Internet]. 2022;22(1):210. doi:10.1186/s12893-022-01660-6
7. Shively J, Ebersbacher C, Walsh WT, Allemang MT. Spontaneous hemoperitoneum from a ruptured gastrointestinal stromal tumor. *Cureus* [Internet]. 2020;12(7):e9338. doi:10.7759/cureus.9338
8. Badulescu OV, Papancea A, Filip N, Ciuntu BM, Cirdeiu C, Bordeianu G, et al. Hemoperitoneum as a life-threatening complication of acute cholecystitis in a patient with hemophilia A with inhibitors: a case report. *Healthcare (Basel)* [Internet]. 2022;10(9):1652. doi:10.3390/healthcare10091652
9. Karthikeyan R, Sakthivel H, Rajkumar N, Srinivasan K. Interdigitating dendritic cell sarcoma of the small intestine presenting as spontaneous hemoperitoneum: a rare case report. *Niger J Surg* [Internet]. 2021;27(1):71–4. doi:10.4103/njs.NJS_55_19
10. McKendrick M, Rajadurai V, Weishaupt J, Kasina V. Hemoperitoneum caused by spontaneous rupture of a leiomyoma: a case report. *Case Rep Womens Health* [Internet]. 2024;42:e00609. doi:10.1016/j.crwh.2024.e00609
11. Pang T, Wu Z, Zeng H, Zhang X, Hu M, Cao L. Analysis of the risk factors for secondary hemorrhage after abdominal surgery. *Front Surg* [Internet]. 2023;10:1091162. doi:10.3389/fsurg.2023.1091162
12. Shen Y, Xiao M, Weng J, Yang L, Feng Y, Ye Y, et al. Diagnosis and treatment of postoperative bleeding in patients after gastrectomy: a retrospective case series study. *J Gastrointest Oncol* [Internet]. 2023;14(1):110–8. doi:10.21037/jgo-22-1203
13. Lavikainen LI, Guyatt GH, Sallinen VJ, Karanicolas PJ, Couban RJ, Singh T, et al. Systematic reviews and meta-analyses of procedure-specific risks of thrombosis and bleeding in abdominal surgery. *Ann Surg* [Internet]. 2024;279(2):213–25. doi:10.1097/SLA.0000000000006059
14. Tan JL, Lokan T, Chinnaratha MA, Veysey M. Risk of bleeding after abdominal paracentesis in patients with chronic liver disease and coagulopathy: a systematic review and meta-analysis. *JGH Open* [Internet]. 2024;8(8):e70013. doi:10.1002/jgh3.70013
15. Panni RZ, Dresner LS, Haider A, Tzeng CD, Maithel SK, Abbott DE, et al. Postoperative bleeding following abdominal surgery: etiology, diagnosis, and management. *Surg Oncol Clin N Am* [Internet]. 2016;24(1):73–90. Disponible en: <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S2211568415001904>
16. Baird R, Maciver AH, Choong K, Lee SK, Al-Qahtani A, Emil S. Pediatric blunt abdominal trauma: current management strategies and controversies. *Can J Surg* [Internet]. 2023;66(4):E500–7. Disponible en: <https://pmc.ncbi.nlm.nih.gov/articles/PMC10279872/>
17. Björck M, Troëng T, Bergqvist D. Incidence and clinical presentation of abdominal aortic aneurysm: a population-based study. *Eur J Vasc Endovasc Surg* [Internet]. 1997;13(4):408–13. Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/16326202/>

Derechos de autor: 2025 Por los autores. Este artículo es de acceso abierto y distribuido según los términos y condiciones de la licencia Creative Commons Atribución-NoComercial-CompartirIgual 4.0 Internacional (CC BY-NC-SA 4.0)
<https://creativecommons.org/licenses/by-nc-sa/4.0/>