

CASOS CLINICOS

Hematoma intramural del duodeno

Dres. Néstor Campos Pierri, Ricardo Revetria Invernizzi,
y Br. Armando Acosta y Lara

Se presentan 2 casos de hematomas intramural de duodeno post-traumático.

Se discute su etiopatogenia, su clínica, radiología y tratamiento.

Son en su mayoría post-traumáticos; el dolor y los vómitos biliosos con intolerancia gástrica con sus elementos más frecuentes.

Radiológicamente se ha señalado la dilatación gastroduodenal, borramiento de la sombra del psoas derecho y al tránsito baritado la típica imagen de muelle o espiral.

La evacuación es el tratamiento de elección. A veces puede estar indicado la derivación digestiva o el tratamiento conservador.

El pronóstico es bueno.

Palabras clave (Key words, Mots clés) MEDLARS: Duodenum / Injuries.

Vivimos la pandemia del raumatismo. El cirujano debe conocer cada vez más y mejor la patología producto del mismo, a que ha pasado a constituir una de las situaciones más serias de la época que vivimos (28). Se sabe que entre el 5 % (22) y el 8 % (12) de los traumatismos de abdomen está comprometido el duodeno y alrededor del 13 % son hematomas intramurales del duodeno (22).

Si bien este tipo de lesión no es frecuente (9), hasta 1966 habían 24 reportados (6), el porcentaje va a ir en aumento al haber aumentado la población traumatizada. Puede ser que sea más frecuente, ya que si es pequeño y no obstruye la luz duodenal no da síntomas o pasa desapercibido (1).

En nuestro medio y en base a nuestra modesta revisión bibliográfica, no hay casos publicados (2, 4, 21), pero han sido señalados en comentarios de trabajos. El Dr. Mérola refiere un caso (4), Pradines posee un caso necróptico (20, 21), Folco Rosa y Saccone refieren dos casos (21).

El hematoma intramural se puede ver en todas las áreas del tubo digestivo (9), pero la región predilecta es la duodenal cualquiera sea su mecanismo de producción (11, 26) y sería por su inmovilidad (1, 5, 27).

Por esa misma razón se observa más frecuentemente en sector yeyunal alto, cerca de la

*Servicio Cirugía "B" (Dr. R. Revetria).
M.S.P. Salto.*

válvula ileocecal, debido a que se comprimen contra la columna (23, 26).

Mc Lauchlan fue quien primero describió esta entidad en 1938 (6, 11, 23, 26); Thompson en 1855 establece la base traumática del fenómeno (8). Felson y Levin son los que en 1954 (23) describen la imagen radiológica típica.

CASUISTICA

Obs. 1.—Abril 1970. Niño de 7 años. Traumatismo abdominal por caída desde una bicicleta. Dolor en hipocostrio derecho y flanco, se observan a ese nivel erosiones y equimosis. Hemodinámicamente establece, orinas claras. Expulsa gases. Al 2º día agregó vómitos. La radiología simple abdominal es normal. 3er. día intolerancia gástrica total, abdomen plano y poco doloroso. El tránsito digestivo con bario y con pantalla fluoroscópica no evidencia pasaje al duodeno.

Por mediana supraumbilical se realiza exploración, observándose hematoma que toma fundamentalmente el duodeno y la cabeza pancreática, deslizándose hacia el retroperitoneo. Se realiza gastroenteroanastomosis. Alta a los 7 días.

En 1970 y 1973 tránsitos digestivos muestran funcionamiento de la gastroenteroanastomosis pero no del duodeno, quedando la interrogante si es por estenosis.

Obs. 2.—Nº 23.823. Niña de 14 años. Ingresa el 10/6/78. 20 días antes traumatismo centroabdominal por tranca de portera. Primeros días pasó bien pero luego tiene vómitos cada vez más importantes por lo que la envían de Tomás Gomensoro. Está deshidratada y por la sonda gástrica se retiran 2.000 c.c. diarios, biliosos. Se realizó tratamiento médico durante 3 días con retención gástrica similar, destacándose 2,56 mEq de K, 61 de C. 1; y 40,11 de Reserva alcalina.

Radiológicamente gran distensión gástrica y colónica (fig. 1) y la comida baritada no pasa más allá de la 2ª porción duodenal, observándose la imagen en espiral (fig. 2).

Se interviene con diagnóstico de hematoma duodenal. Se comprueba que toma la 3ª, 4ª y sobre todo el ángulo de Treitz con deslizamiento al retroperitoneo. En el ángulo se realiza la evacuación y se deja drenaje de cigarrillo.

En el postoperatorio, persistió con retención gástrica durante 5 días y luego comenzó a normalizarse dándose de alta el 30/6/78, asintomática.

Presentado como Tema libre al 29º Congreso Uruguayo de Cirugía. Piriápolis, diciembre de 1978.

Cirujano de Guardia, Jefe de Servicio Cirugía "B" y Colaborador No Médico.

Dirección: Brasil 439, Salto (Dr. N. Campos).

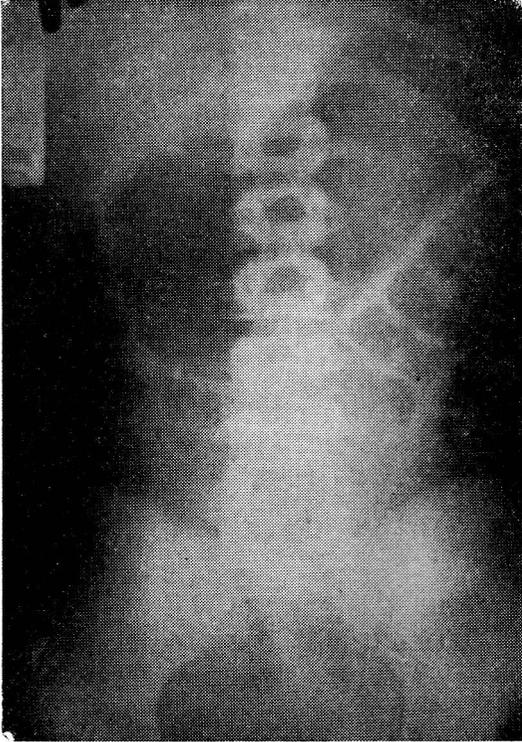


FIG. 1.—Radiología simple: distensión gástrica y colónica.

COMENTARIOS

El duodeno se lesiona más frecuentemente en traumatismos cerrados (3) siendo éste aplicado directamente sobre la pared anterior (12).

En su mayoría, los hematomas intramurales del duodeno son post-traumáticos, pero otras causas han sido señaladas: pancreatitis, carcinoma pancreático, discrasias sanguíneas (5), acompañado a la duplicación yeyunal (23), luego de rotura de aneurismas (23) e idiopáticos (1, 6, 7, 11).

Su mecanismo patogénico, es por la compresión contra el raquis (19) presentando 2 orificios cerrados (píloro, ángulo de Treitz) (3) y su rica vascularización (11, 21).

El hematoma se localiza más comúnmente en la 2ª y 3ª porción duodenal con un máximo en el ángulo duodeno yeyunal (12, 25, 27), extendido a veces al retroperitoneo y al mesenterio (23) y ha sido señalado extendido al colon ascendente, apéndice e ileo terminal (25).

El hematoma se forma entre la serosa y la muscularis (5, 9), infiltra y disocia todas las tunicas duodenales dando el aspecto de "boudín" (12), o bien entre la muscular y la submucosa, ubicación de los grandes hematomas (23).

La evolución puede ser: 1) reabsorción, 2) oclusión temporaria, 3) excepcionalmente si el coágulo se organiza obstrucción fibrosa (12).



FIG. 2.—Radiología contrastada: imagen típica en espiral o muelle.

Desde el punto de vista clínico, se ve más frecuentemente en niños entre 3 y 9 años (1).

Se produciría desintegración de los productos de la hemoglobina aumentando la osmolaridad dentro del hematoma con aumento del agua. Este fenómeno probablemente explique el tiempo libre que se ve entre el traumatismo y el comienzo de los síntomas (6, 11, 23, 26) que varía desde muchas horas a varios días. La mitad de los pacientes tienen un espacio libre entre 1 y 7 días (8). Por lo que todo contusionado de abdomen debe ser vigilado atentamente (13).

Sus síntomas característicos son el dolor periumbilical (3, 12), vómitos biliosos que abren habitualmente la escena clínica (12) acompañándose de intolerancia gástrica total. Puede haber defensa del cuadrante superior derecho y disminución de ruidos abdominales (11). Se acompaña de alcalosis hipoclorémica hipokaliémica por los vómitos (3). Apirexia y puede verse leucocitosis (11, 12). En alrededor del 50 % de los casos luego de la inducción anestésica se palpa una tumoración (6).

Los signos abdominales no son usualmente severos que demanden una inmediata exploración.

Felson y Levin describieron una imagen radiológica que según sus autores es patognomónica de esta situación que es la de "muelle o espiral" demostrable por la ingestión de bario y sería producida por las válvulas conniventes (1, 3, 5, 6, 8, 11, 14, 16, 18, 25) acompañada de un angostamiento excéntrico del contraste (3, 12). Sin embargo, este signo no está siempre presente (5), a veces puede adoptar un aspecto en empalizada (12). Defecto radiológico de la gran curva gástrica ha sido señalado (9, 11). Según la extensión que tome el proceso y al comprimir otros órganos puede ponerse en evidencia a la radiología simple (11).

Se ha señalado otro elemento que es la pérdida de la sombra del psoas derecho (1, 3, 5,

8). Se puede observar dilatación gastroduodenal (6, 8) así como algunas asas dilatadas en el cuadrante superior izquierdo (9).

En ausencia del antecedente del trauma puede plantearse diagnóstico diferencial con tumor del delgado (1), quiste mesentérico, quiste pancreático o tumor retroperitoneal (9).

El tratamiento quirúrgico es generalmente necesario (6).

La táctica será (3): 1) exploración abdominal completa, 2) tratamiento de la lesión duodenal, 3) prevención de las 3 complicaciones principales: íleo duodenal, fístula y pancreatitis.

La simple evacuación de la sangre y los coágulos es lo más adecuado en la mayoría de los casos, siendo el tratamiento de elección (6, 11, 14, 15, 18, 24, 25, 26). Se realiza una incisión longitudinal (3) o mejor radial sobre el hematoma (8, 12, 22), o mejor en la unión de la zona sana y contundia exprimiendo suavemente los coágulos (12, 22). Esta incisión radial asegura buen riego sanguíneo para los dos bordes, menos posibilidad que inicie nueva hemorragia y menos posibilidad que la invaginación de su superficie serosa cree obstrucción residual duodenal (8) como ha sido descrito (23).

Cuando es imposible la evacuación de todo el hematoma se puede dejar drenaje (6).

El peligro de crear una perforación completa es menor cuando se interviene en una semana o más luego de la injuria inicial en cuyo tiempo el edema y la friabilidad del duodeno es menos severo (22).

Si la estenosis duodenal es importante (14) y una vez evacuado el hematoma no se solucionó la obstrucción puede ser indicada la derivación digestiva (5, 15, 24). Como el mesocolon está muchas veces engrosado se puede hacer gastroenteroanastomosis isoperistáltica precóloca (8). Pero con una obstrucción duodenal completa y píloro intacto, se forma un fondo de saco (10, 14), por lo que se puede obviar haciendo una piloroplastia asociada (6) o bien la duodenoyeyunostomía es preferible cuando es anatómicamente posible (6). Cuando se hace la derivación gástrica se asocia vaguectomía por la úlcera de la neoboca (22). En contados casos, si hay ictericia por compresión se hará una derivación biliodigestiva con vesícula (6).

Luego del drenaje dejar el duodeno en reposo sería otro objetivo (22) o bien con sonda nasogástrica o en casos más severos gastromía de aspiración y yeyunostomía de alimentación (3, 12).

Podría plantearse tratamiento conservador en sujetos con hematomas duodenal intramural espontáneo en tanto recibe tratamiento con anticoagulantes o por diatesis hemorrágica (3), por lo que se hará el tratamiento específico y cuidadosa espera (11).

Si la obstrucción es incompleta, algunos autores (5, 16) hacen tratamiento conservador. Si en término de 12 a 14 días no mostró mejoría de la obstrucción, necesitará intervención quirúrgica y evacuación (14).

El pronóstico es bueno. De 24 casos recopilados por Davis y Thompson (6), 4 fallecidos, 3 hallazgos necróticos, otro un neoplasma de páncreas y los otros 20 se recuperaron sin secuelas.

Si bien es poco frecuente la asociación del traumatismo pancreático y duodenal (21) aumenta la mortalidad cuando van asociados (4, 12). Se señala un 5 % de asociación traumática de dichas vísceras (19).

RESUME

Les hématomes intramuraux du duodénum

On présente 2 cas d'hématomes intramuraux du duodénum post-traumatiques. On discute son étiologie, sa clinique, sa radiologie et son traitement.

La plupart sont post-traumatiques, la douleur et les vomissements bilieux avec intolérance gastrique sont ses éléments les plus fréquents.

Radiologiquement on a signalé la dilatation gastroduodénale, l'effacement du bord du psoas droit et au transit barité la typique image de ressort ou spiral.

L'évacuation c'est le traitement d'élection. Quelques fois il peut être indiqué une dérivation digestive ou un traitement conservateur.

Le pronostic est bon.

SUMMARY

Intramural Duodenum Hematoma

Report on 2 cases of intramural duodenum post-traumatic hematomas. There follows a discussion about their etiopathogenesis, clinical aspects, radiology and treatment.

Most of them are post-traumatic; pain and bile vomiting, accompanied by gastric intolerance are its most frequent symptoms.

Radiological findings include gastroduodenal dilatation; disappearance of shadow of right psoas; and baritated passage shows the typical spring or spiral image.

Evacuation is the elective treatment. Sometimes digestive derivation or conservative treatment may be indicated.

Prognosis is good.

REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS

1. CAIRD DM and ELLIS S. Intramural haematoma of the duodenum. A report of a case and review of the literature. *Br J Surg*, 45: 389, 1957.
2. CAMAÑO M, CASTIGLIONI JC, MACHADO DA LUZ R. Contusión de abdomen, estudio estadístico. *Congreso Uruguayo de Cirugía*, 179, 1966.
3. CAMERO R, DEBAJ H. Lesiones de estómago y duodeno. *Clín Quir Norte Am*, jun. 1972, p. 635.
4. CASINELLI D. Lesiones traumáticas del páncreas. *Cir Uruguay*, 44: 209, 1974.
5. CULVER GJ, PIRSON HS. Intramural hematoma of the duodenum. A case report. *Am J Roentgenol*, 82: 1032, 1952.
6. DAVIS DR, THOMAS CY. Intramural hematoma of the duodenum and jejunum. A case of high intestinal obstruction. Report of three cases due to trauma. *Ann Surg*, 153: 394, 1966.
7. DEY DL. Acute intestinal obstruction due to an intramural hematoma. *Med J Australia*, 1: 708, 1952.

8. FREEARK RJ, MORCROSS WJ, CORLEY RD. Operación por hematoma duodenal obstructivo. *Clin Quir Norte Am*, feb. 1966, p. 85.
9. GARFINKEL B, WALENSON M, FURST NJ. Hematoma of the duodenum. Report of a surgically proved case. *Am J Surg*, 95: 484, 1958.
10. GILARDONI F, ABO JC. Lesiones duodenopancreáticas en los traumatismos cerrados de abdomen. *Bol Soc Cir Uruguay*, 32: 757, 1961.
11. GOLDING MR, DE JONG P, BARKER JW. Intramural hematoma of the duodenum. *Ann Surg*, 157: 573, 1963.
12. GUENIN P, HERBINNET B, FARAH H. Les traumatismes du duodénum. *Rev Pract*, 23: 1971, 1973.
13. LATOURRETTE F. Contusiones abdominales. *Emer Uruguay*, 1: 18, 1977.
14. LUCAS CE. Diagnóstico y tratamiento de las lesiones del duodeno páncreas. *Clin Quir Norte Am*, feb. 1977, p. 51.
15. MARTIN JD. Traumatismos abdominales en la práctica civil. *En Hardy: Problemas quirúrgicos graves*. Barcelona. Salvat, 1976, p. 123.
16. MELAMED M, PANTONE AM. Hematoma of the duodenum. A case report. *Radiology*, 66: 874, 1956.
17. MUSSO R, ASINER B. Rotura traumática del duodeno. *Bol Soc Cir Uruguay*, 24: 233, 1953.
18. PESTER GH, PEARTREE P. Traumatic intramural hematoma of the duodenum. *Am J Surg*, 96: 568, 1958.
19. PICARD - LEROY G, VIENNOIS J. Les traumatismes fermés du duodéno-pancréas. *Ann Chir*, 25: 477, 1971.
20. PRADINES JC. Traumatismos de abdomen (correlato). *Congreso Uruguayo de Cirugía*, 7º, 1: 236, 1956.
21. RIOS BRUNO G, IBARBURU S. Injurias traumáticas del duodeno. *Cir Uruguay*, 45: 299, 1975.
22. ROMAN E, SILVA IJ, LUCAS C. Management of blunt duodenal injury. *Surg Gynecol Obstet*, 132: 7, 1971.
23. ROWE EB, BAXTER MR, ROWE CW. Intramural hematoma of the duodenum. Report of a case with an unusual complication. *Arch Surg*, 78: 451, 1959.
24. SHOEMAKER. Curso de Cirugía del paciente de alto riesgo. Dpto. Cirugía. Montevideo. Octubre, 1978.
25. SNIDER HR. Acute duodenal obstruction secondary to intramural hematoma. *Surgery*, 39: 860, 1956.
26. SPENCER R, BATEMAN JD, HORN PL. Intramural hematoma of the intestine, a rare cause of intestinal obstruction. Review of the literature and report of a case. *Surgery*, 41: 794, 1957.
27. STIRK DI. A case of subserous duodenal haematoma. *Br J Med J*, 1: 712, 1953.
28. SUIFFET W. El abdomen en el politraumatizado. *Congreso Uruguayo de Cirugía*, 17º, 1: 143, 1966.