

CASO CLÍNICO

Estenosis gastro-duodeno yeyunal alta por hematoma traumático de yeyuno.**A propósito de un caso**Dres. Carlos Barozzi¹, Gabriela Fleitas¹, Luis Ruso², Gonzalo Fernández³, Martín Harretche⁴**Resumen**

En los traumatismos cerrados de abdomen (TCA) se observa una incidencia de 4 – 12% de lesiones duodeno yeyuno-ileales. Se presenta un caso de hematoma de la segunda asa yeyunal, a consecuencia de un TCA que se manifestó tardíamente por un síndrome de estenosis gastro-duodeno yeyunal.

Se analizan los mecanismos lesionales, destacándose la acción de una fuerza tangencial en la producción de este tipo de lesiones submucosas.

Los signos clínicos son inespecíficos, con períodos asintomáticos, que dificultan el diagnóstico precoz. La táctica quirúrgica consiste en la resección y anastomosis del segmento comprometido, evitando las áreas pobremente vascularizadas de la primera asa yeyunal e íleon distal. La gravedad en estos casos está determinada por las repercusiones nutricionales y metabólicas; pero el pronóstico depende de las lesiones asociadas.

Palabras clave: Hematoma
Traumatismos abdominales
Cirugía del sistema digestivo

Summary

There is a 4–12% incidence of duodeno-jejuno-ileal lesions in closed trauma of

the abdomen. A case is presented of a hematoma of the 2nd jejunal ansa due to closed trauma of the abdomen whose symptoms corresponded to a syndrome of gastro-duodeno jejunal stenosis. Lesional mechanisms are analysed; the action of a tangential force in the production of this type of submucous lesions is pointed out. Clinical signs are inespecific with asymptomatic periods which make early diagnosis difficult. Surgical tactic consists of resection and anastomosis of the segment involved, avoiding poorly vascularized areas of the first jejunal ansa and distal ileon. Seriousness in these cases is determined by nutritional and metabolic effects but prognosis depends on associated lesions.

Introducción

Los traumatismos cerrados de abdomen pueden determinar lesiones viscerales intraperitoneales o retroperitoneales. Son traumatismos graves en los cuales los signos clínicos de lesión visceral pueden manifestarse de manera insidiosa o tardía.

El motivo de esta comunicación es presentar un caso de traumatismo cerrado de abdomen, vinculado a un accidente menor, que se manifestó por un síndrome de estenosis gastroduodenal por hematoma de segunda asa yeyunal. La consulta tardía determinó una repercusión nutricional grave.

Se realiza una revisión de la literatura existente sobre el tema.

Caso clínico

L.B. Hospital de Clínicas. 17 años. Sexo masculino.

Como único antecedente a destacar, 30 días

1. Médicos Residentes de la Clínica Quirúrgica «3»
2. Profesor Adjunto de la Clínica Quirúrgica «3»
3. Asistente de la Clínica Quirúrgica «3»
4. Profesor Agregado de la Clínica Quirúrgica «3»
Trabajo de la Clínica Quirúrgica «3» Dir. Prof. Dr. O. Balboa. Hospital Maciel, Facultad de Medicina.
Presentado a la Sociedad de Cirugía del Uruguay el 14 de julio de 1993.

Correspondencia: Dr. C. Barozzi. Av. Bolivia 1685.
11400 Montevideo, Uruguay

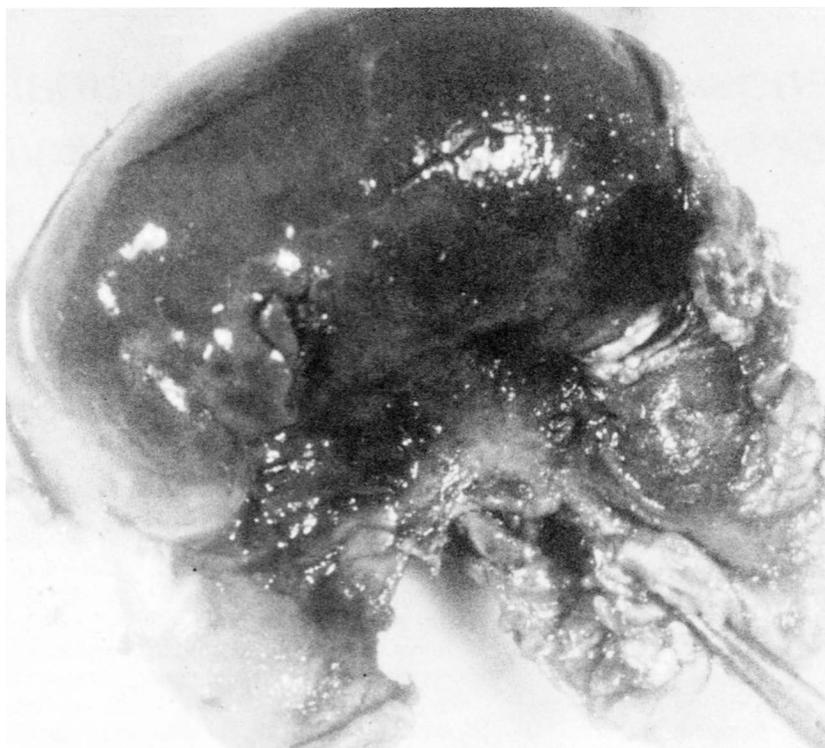


Figura 1. Fotografía de la pieza operatoria

antes del ingreso sufre un traumatismo cerrado de abdomen al caer de una bicicleta. Desde 25 días antes del ingreso presenta intolerancia digestiva alta progresiva, con vómitos profusos.

El tránsito digestivo bajo se mantiene conservado, expulsando gases en el momento de la consulta.

Al ingreso, paciente en mal estado general, deshidratado, con desnutrición severa.

Se realizó reposición hidroelectrolítica, evidenciándose retención por sonda nasogástrica superior a 1600 ml diarios de líquido bilioso.

Frente a la persistencia del cuadro y una vez estabilizado desde el punto de vista metabólico e hidroelectrolítico se decide intervenirlo con diagnóstico de síndrome de estenosis gastroduodenal de etiología no aclarada.

Operación (11 de febrero de 1987): en la exploración quirúrgica se constata oclusión a nivel de la segunda asa yeyunal por un hematoma de la pared intestinal (figura 1).

Se realizó resección segmentaria del intestino comprometido y anastomosis entero-entérica.

Evolución posoperatoria: sin complicaciones. Alta con tránsito digestivo conservado al octavo día de posoperatorio.

Discusión

Los traumatismos cerrados de abdomen (TCA) han aumentado su incidencia en los últimos años. Esto se debe al mayor número de accidentes de tránsito, que son la causa más frecuente de trauma abdominal cerrado en la práctica civil, llegando a 70% en algunas series ⁽¹⁻⁴⁾.

Melogno y colaboradores ⁽³⁾ en 1981, analizan los TCA asistidos en el Hospital de Clínicas en los 10 años previos.

Estos constituyen 0,79% del total de consultas en el Departamento de Emergencia. Dentro de estos TCA 15,5% presentaban lesiones de delgado y colon, ocupando este tipo de lesiones el tercer lugar en frecuencia luego de las lesiones de bazo e hígado.

Estos datos coinciden con los de la literatura internacional, en la que se comunican cifras de entre 4% y 12% de incidencia de lesiones duodeno-yeyuno-ileales en los TCA.

Laurent et al ⁽²⁾ publican una serie de 240 laparotomías por TCA en la que en 8% de los casos se constató lesiones de intestino delgado.

Oliveira et al ⁽⁴⁾ en una serie de 63 casos, presentan 12% de lesiones yeyunoileales.

Dependiendo de la magnitud del traumatismo y del tipo lesional, pueden asociarse a otras lesiones abdominales y extraabdominales. En la serie de Laurent et al ⁽²⁾, 42% de los pacientes con lesiones de intestino delgado presentó lesión esplénica y renal, 15% lesiones de hígado y colon, mientras que 10% mostró lesiones de grandes vasos intraabdominales. A su vez 12% de los pacientes asociaron fracturas óseas.

Desde el punto de vista anatómo-lesional pueden verse heridas únicas o múltiples, sección parcial o total del órgano, hematomas parietales o desinserciones mesentéricas ⁽⁵⁾.

Los lugares más frecuentes de lesión son los sectores fijos del intestino delgado, ya sea en las proximidades de la válvula ileocecal o del ángulo de Treitz, como en nuestro caso ^(1,6). El mecanismo lesional puede ser la compresión, el estallido o la desaceleración, que explica fundamentalmente el arrancamiento mesial ⁽⁵⁾.

El traumatismo de duodeno reviste particular importancia ya que habitualmente no se sospecha. Pueden no aparecer signos precoces, pero ellos son de difícil interpretación en el contexto de pacientes politraumatizados graves ^(3,7-10).

El hematoma parietal de intestino es consecuencia de un traumatismo cerrado que desgarró los vasos intramurales, ubicándose generalmente en el plano submucoso. En su origen actúa más una fuerza tangencial que aplastante, no existiendo, como en nuestro caso, una relación directa entre la magnitud del traumatismo y la lesión visceral producida ^(3,9,11).

Las manifestaciones clínicas suelen ser poco orientadoras. Los síntomas más frecuentemente encontrados son los vómitos y el dolor abdominal, configurando en la evolución un síndrome de estenosis gastroduodenal más o menos claro, o directamente una oclusión intestinal, dependiendo del nivel de la lesión. La sintomatología habitualmente aparece tres o cuatro días después del traumatismo, agravándose progresivamente ^(2,3,5,9,11-15). De nuestro paciente queremos destacar tres hechos fundamentales: 1) el trauma menor, que no fue motivo de consulta precoz; 2) el período asintomático y 3) la evolución progresiva de los síntomas.

La paraclínica aporta pocos datos. Pueden observarse niveles en el intestino delgado alto o en el duodeno, en la radiografía simple de abdomen. De acuerdo a la gravedad del síndrome de estenosis gastroduodenal podrán evidenciarse alteraciones

hidroelectrolíticas y metabólicas. Habitualmente se observa una hiperleucocitosis ^(2,5,6,9).

El tratamiento de estas lesiones es quirúrgico, aunque se describen algunos casos de resolución espontánea del hematoma ^(9,14).

En los hematomas del sector yeyuno-ileal, la táctica quirúrgica no ofrece dificultades: debe resecarse el sector comprometido realizando una entero-entero anastomosis. Debe tenerse en cuenta la pobre vascularización de la primera asa yeyunal y última asa ileal, para evitar anastomosis de riesgo, cuando ellas son las afectadas ^(3,9,13).

El pronóstico de estos pacientes depende de las lesiones asociadas, que rigen la morbimortalidad de este tipo de traumatizados ^(2,6). Sin embargo, en nuestro caso la gravedad estuvo determinada por la consulta tardía y la descompensación metabólica y nutricional severas.

Bibliografía

1. Larmi T, Vääräniemi E. Traumatic injury of the small bowel. *Ann Chir Gynaecol Fenn* 1970; 59: 131-7.
2. Laurent P, Hamere L, Quancard X, Aran F, Janvier G, Tingaud R. Problèmes posés par les plaies de l'intestin grêle dans les traumatismes fermés de l'abdomen. *Bourdeaux Med* 1978; 11(17): 1509-15.
3. Melogno S, Abella M, Bacigaluz E, Balboa O, Pereyra Bonasso J, Sáez J et al. Complicaciones evolutivas de los traumatismos cerrados de abdomen. *Cir Uruguay* 1981; 51(5): 399-432.
4. Oliveira FJ, Gonçalves O, Santos J, Martinho F, Oliveira F. Les perforations du grêle au cours des traumatismes fermés de l'abdomen. A propos de 63 observations. *J Chir* 1984; 121(2): 97-100.
5. Pouget X, Mallet Th, Kalfon M, Descottes B. Plaies de l'intestin grêle dans les traumatismes fermés de l'abdomen. *Ann Chir* 1983; 37(6): 389-92.
6. Evans JR. Traumatic rupture of the ileum. *Br J Surg* 1973; 60(2): 119-21.
7. Bayley W, Akers D. Traumatic intramural hematoma of the duodenum in children. A report of five cases. *Am J Surg* 1965; 110: 695-703.
8. Estrugo R. Traumatismos de duodeno. Aspectos clínicos patológicos. *Cir Uruguay* 1989; 59(5-6): 151-61.
9. Michel Ph, Hulin A, Desbordes J. Hématome intra-mural du duodenum post traumatique. *J Chir* 1986; 123(8-9): 484-9.
10. Rougemont Cl. Hématomes intraparietaux de l'intestin. *Enc Med Chir* 1972; 24098(4).
11. Terkonda S, Nichols F. Spontaneous perforating hematoma of the rectum. Report of a case. *Dis Colon Rectum* 1992; 35(3): 270-2.
12. Tingaud R, Quancard X, Cerquetta P, Mamere L, Aran F, Geneste R. Problèmes diagnostiques posés par les ruptures complètes de l'intestin grêle au cours des traumatismes fermés de l'abdomen. *Chirurgie* 1977; 103: 483-90.
13. Vandeschot P, Broos P, Gruwer J. Stenosis of the small bowel after blunt abdominal trauma. *Unfallchirurg* 1992; 95(2): 71-3.
14. Czyrko C, Weltz C, Markowitz R, O'Neill J. Blunt abdominal trauma resulting in intestinal obstruction: When to operate? *J Trauma* 1990; 30(12): 1567-71.