

# Hematoma intramural de colon ascendente de origen traumático

Dres. Sandra Cardozo<sup>(1)</sup>, Andrés Colet<sup>(2)</sup>, Martín Odriozola<sup>(3)</sup>, Luis Carriquiry<sup>(4)</sup>

## Resumen

Se presenta un caso de hematoma intramural de colon ascendente de origen traumático, que originó una oclusión intestinal y fue tratado exitosamente con una hemicolectomía derecha.

Se destaca la rareza de esta forma anatomoclínica de afectación traumática del colon y especialmente se señala la importancia de la tomografía axial computarizada en su diagnóstico y planificación del tratamiento.

## Palabras clave:

Hematoma  
Colon  
Heridas y lesiones

## Abstract

The author presents a case of intramural hematoma of colon having traumatic origin, which

*Presentado en la Sociedad de Cirugía del Uruguay el 2 de mayo de 2001.*

<sup>(1)</sup> Residente de Cirugía General

<sup>(2)</sup> Prof. Adjunto de Cirugía General

<sup>(3)</sup> Asistente de Cirugía General

<sup>(4)</sup> Profesor Director de Cirugía General.

*Correspondencia: Clínica Quirúrgica "2" (Prof. Dir. Dr. Luis Carriquiry), Hospital Maciel, Facultad de Medicina, Montevideo. Dirección: Av. Italia 4389. Apto. 603. Teléfono 619 14 01.*

*Clínica Quirúrgica "2" (Dir. Prof. Dr. L. Carriquiry)  
Hospital Maciel. Facultad de Medicina. Montevideo*

triggered intestinal occlusion and was successfully treated though a right hemicolectomy.

This is a rare form of anatomo-clinical traumatic affection of colon. The importance of CAT scan in its diagnosis and treatment planning should be highlighted.

## Key words:

Hematoma  
Colon  
Wounds and Injuries

## Introducción

Los hematomas intramurales del tubo digestivo pueden producirse en forma espontánea en pacientes con coagulopatías severas, pero constituyen, en ausencia de trastornos de la coagulación, una complicación excepcional de los traumatismos cerrados de abdomen. Dentro de esta etiología, la mayoría han sido descritos en el duodeno, seguramente debido a su situación fija y a su topografía vecina a la columna vertebral. Menos frecuentes son en el yeyuno, y son escasas las referencias a hematomas intramurales del colon, predominando en niños y formando parte del síndrome del niño maltratado.

Su diagnóstico preoperatorio no es fácil, salvo que se recurra a la tomografía axial computada (TAC), la cual ha sido un adelanto muy significativo en este capítulo.

Se presenta un paciente de 16 años, en el que se realizó el diagnóstico preoperatorio de hematoma intramural de colon ascendente de origen traumático y se efectuó su tratamiento quirúrgico con buen resultado.

### Caso clínico

Paciente de sexo masculino, de 16 años, sin antecedentes personales a destacar, que 10 días antes del ingreso presentó traumatismo cerrado de hemiabdomen derecho, por golpe de puño; pasando asintomático hasta 48 horas antes del ingreso, en que instaló dolor abdominal y vómitos, sin alteraciones del tránsito digestivo bajo y sin fiebre.

Del examen, se destacaba paciente apirético, con piel y mucosas bien coloreadas, hemodinámicamente estable y la palpación abdominal eviden-

ciaba una tumefacción a eje mayor craneocaudal de hipocondrio y flanco derechos, no fácilmente delimitable, dolorosa, sin elementos de irritación peritoneal.

Los exámenes de laboratorio de rutina fueron normales, destacándose sólo una disminución del tiempo de protrombina a 64%.

Se realizó una ecografía abdominal que informó un proceso mixto, fundamentalmente líquido, lobulado, de aproximadamente 97 mm. de longitud, por 95 mm. transversalmente, compatible con hematoma evolucionado. Se topografiaba por delante y por dentro del riñón derecho, separado claramente de éste; estaba por fuera de la vena cava, a la que desplazaba hacia atrás y adentro, lo separaba del páncreas el duodeno que impresionaba desplazado hacia adentro. Se planteó la duda entre hematoma de la segunda porción del duodeno o del mesenterio.

Se solicitó TAC de abdomen que informó la presencia de una colección líquida, con formación



Fig. 1: TAC de abdomen donde se visualiza la imagen compatible con hematoma de colon.

sólida, redondeada y heterogénea en su interior, topografiada en el espacio de Morrison, por dentro de la cara inferior del hígado y por fuera del riñón derecho, que se extendía aproximadamente 11 cm. en sentido longitudinal, compatible con hematoma de colon derecho. (Fig. 1)

Dada la rareza de esta entidad, y conociendo la mayor frecuencia del hematoma intramural del duodeno, se realizó un tránsito baritado digestivo alto (Fig. 2) el cual mostró un buen pasaje del contraste a través del duodeno descartando obstrucción a dicho nivel.

En la evolución del paciente agregó retención por sonda nasogástrica de líquido porráceo, dolor abdominal tipo cólico y detención del tránsito para materias y gases, destacándose del examen abdominal distensión, dolor difuso y elementos de irritación peritoneal en hemiventre derecho, con disminución de ruidos hidroaéreos. Se realizó entonces, una radiografía simple de abdomen (Fig. 3) que mostró distensión de asas delgadas, las cuales tenían bario en su interior, y niveles hidroaéreos en el delgado en la radiografía de pie.

Se planteó entonces oclusión intestinal de tipo mecánica, topografiada a nivel coloileal, secundaria a hematoma mural de colon, por lo cual se sometió a laparotomía exploradora, confirmando dicho diagnóstico en el intraoperatorio. Se comprobó distensión de asas delgadas y del ciego, y a nivel del colon ascendente y hasta el ángulo derecho, un hematoma mural que ocluía su luz. (Fig. 4).

Fig. 2: Tránsito baritado que muestra buen pasaje del medio de contraste por el duodeno.

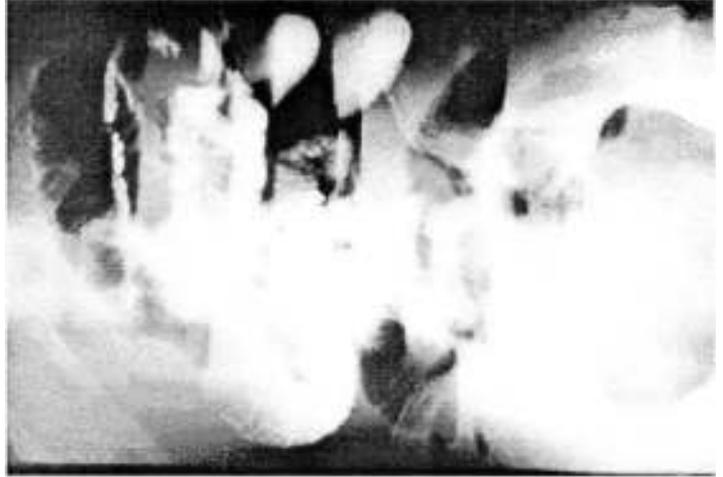


Fig. 3: Radiografía simple de abdomen de pie.



Fig. 4: Exploración intraoperatoria que muestra, ciego distendido, hematoma mural, y colon transverso normal.



Se realizó una hemicolectomía derecha y se reconstruyó el tránsito mediante una ileotransversostomía.

El estudio anatomopatológico de la pieza informó que al abrir el colon se destacaba la presencia de una extensa cavidad intraparietal de 7 cm. de longitud por 10 cm. de ancho que disecaba la pared del órgano, ocupada por coágulos sanguíneos. La mucosa por encima exhibía pliegues aplanados y aspecto depulido (Fig. 5). Al corte, extensas áreas hemorrágicas y fibrosis a nivel de las paredes del hematoma.

En suma: hematoma organizado de la pared del colon.

En el postoperatorio tardío, encontrándose ya con tránsito intestinal, presentó fiebre persistente, que motivó la realización de una ecografía abdominal, que identificó una colección líquida subhepática. La misma fue evacuada por punción percutánea con buena evolución posterior.

## Discusión

Los hematomas intramurales del tubo digestivo, secundarios a traumatismo cerrado de abdomen, no merecen en general ni siquiera una mención en los textos o artículos sobre lesiones traumáticas de los órganos huecos abdominales. Apenas se encuentra alguna mención de los hematomas intramurales de duodeno.

En las publicaciones consagradas a las lesiones traumáticas del colon no hemos encontrado prácticamente referencia alguna de los hematomas intramurales.

Es probable que ello se deba en parte a la rareza de las lesiones colónicas en los traumas cerrados de abdomen (Di Vicenti en una extensa estadística de New Orleans sólo encuentra lesiones colónicas en apenas el 3% de los traumatismos cerrados de abdomen)<sup>(1)</sup>; y quizá también a que muchos hematomas intramurales son relativamente



Fig. 5: Pieza operatoria, abierta longitudinalmente, donde se visualiza el hematoma.

pequeños, no dan síntomas y seguramente evolucionan a la resolución espontánea y sin secuelas.

Patogénicamente Mirov<sup>(2)</sup> plantea que el hematoma se origina en los pequeños vasos subserosos a lo largo del borde mesentérico del intestino, que han estado sujetos a una fuerza cizallante en el momento del trauma<sup>(3)</sup>. Otros han planteado que la hemorragia puede comenzar en las arterias y venas profundas de la capa muscular del intestino.

En la experiencia de Stewart<sup>(3)</sup>, la localización subserosa parece ser la más común, si bien los hematomas intramurales han sido descritos tanto en una como en otra.

En la mayoría de los casos publicados de hematomas colónicos, los mismos se han localizado en el colon descendente, ascendente o ciego<sup>(4)</sup>, y menos frecuentemente en el colon transverso, siendo reportado un caso por Stewart<sup>(3)</sup> en un adolescente que presentó traumatismo por el manubrio de su bicicleta.

En cuanto a las formas clinicopatológicas de presentación, Nance y Crowder<sup>(5)</sup> han descrito dos tipos evolutivos luego de injuria colónica brusca: la lesión crónica estenosante y el hematoma agudo de la pared intestinal.

La primera, en general ocurre tardíamente, pudiéndose ver incluso hasta 3 años luego del traumatismo.

En su génesis intervendría la cicatrización producida por la organización del hematoma, o bien la interrupción del suministro de sangre de un corto segmento intestinal, y los síntomas usuales de la misma son de tipo obstructivo.

El hematoma agudo de la pared intestinal, ha sido publicado menos frecuentemente que el tipo crónico<sup>(5)</sup>. Clínicamente se presenta con síntomas más tempranos, usualmente dentro de la semana del traumatismo.

A diferencia de los hematomas de duodeno o yeyuno, la sintomatología del hematoma de colon no es característica. Ninguno de los signos o síntomas han sido lo suficientemente característicos para permitir el exacto diagnóstico; tan es así que Nance<sup>(5)</sup> describe que en ningún caso se realizó el diagnóstico preoperatorio correcto.

Los síntomas dependerán del tamaño y la localización del hematoma, pudiendo incluir dolor agudo o crónico, obstrucción intestinal como en el caso de nuestro paciente, sangrado rectal, anemia y hemoperitoneo.

El diagnóstico puede ser sugerido radiológicamente con un enema baritado, por la presencia de una masa intramural que puede obstruir o no completamente la luz intestinal, y que generalmente envuelve un segmento relativamente largo del intestino. Por otro lado, las series gastrointestinales altas sirven además para excluir hematomas duodenales, como en nuestro caso.

Estos estudios han probado ser un método de diagnóstico muy confiable, siendo su principal desventaja el no permitir excluir la lesión concomitante de otros órganos intraabdominales, sobre todo hígado, bazo y páncreas.

La paracentesis es útil en los casos en que el hematoma se ha abierto a la cavidad peritoneal, determinando un hemoperitoneo, planteando algunos autores<sup>(6)</sup> que este hallazgo no debería postergar la laparotomía exploradora.

La ecografía y fundamentalmente hoy día la TAC, son útiles también en el diagnóstico de esta

entidad, habiendo significado esta última un adelanto en el manejo de estos pacientes, sobre todo en el seguimiento de aquellos a los cuales se ha decidido no someter a tratamiento quirúrgico. Accesorariamente permiten valorar la presencia de otras lesiones, sobre todo a órganos macizos intraabdominales.

La fibrocolonoscopia no ha tenido mayor cabida en el diagnóstico de esta entidad, siendo utilizada con mayor frecuencia en niños.

El tratamiento del hematoma intramural de colon es variado, y esto dependerá básicamente del estado general del paciente, de la evolución clínica y de los hallazgos paraclínicos.

Hay quienes como Sachdeva<sup>(4)</sup> o Welling<sup>(6)</sup>, han planteado el tratamiento conservador, una vez descartada la concomitancia de otras lesiones intraabdominales, en base a hidratación parenteral, sonda nasogástrica, antibióticos y alimentación parenteral, con buena resolución clínica, sin complicaciones. Habitualmente este tratamiento es preconizado para el hematoma intramural de duodeno.

En el hematoma intramural de colon, sin embargo, en la mayoría de los casos se requiere un tratamiento quirúrgico, ya sea por deterioro del estado general, aparición de elementos que sugieran la presencia de una peritonitis aguda por perforación colónica, apertura del hematoma en el peritoneo, o presencia de signos y síntomas de oclusión intestinal como en el presente caso.

Con respecto a la táctica a emplear, Stewart<sup>(3)</sup> plantea que la mayoría de los casos publicados de hematomas del tracto alimentario en general, requirieron sólo evacuación del hematoma a través de una incisión serosa. Sólo en algunas circunstancias se ha empleado la resección de la porción comprometida, y es en aquellos casos en los que se ha producido tejido necrótico. Nance<sup>(5)</sup> menciona que dicho procedimiento es frecuentemente empleado para hematomas intramurales de duodeno y yeyuno.

Con referencia a los hematomas intramurales de colon, en general se está de acuerdo con la

realización de hemicolectomía derecha para las lesiones del sector derecho del colon, con anastomosis primaria, y resección y exteriorización para las lesiones del sector izquierdo del colon.

El resultado final del tratamiento, independientemente de cual se realizó, ha sido bueno en la mayoría de las series publicadas, con una mortalidad baja.

## Bibliografía

- 1) Di Vicenti, F. C.; Rius, J. D.; Laborde, E. J.; Fleming, I. D.; Cohn, I. Blunt abdominal trauma. *J. Trauma* 1968; 8: 1004-13.
- 2) Mirov, A. G. Intramural hematoma of the duodenum. *Surgery* 1962; 51: 4343.
- 3) Stewart, D. R.; Byrd, C. L.; Schuster, S. R. Intramural hematoma of the alimentary tract in children. *Pediatr Surg* 1970; 68: 550-7.
- 4) Sachdeva, S. R.; Jaeger, A.; Norton, K.; Rancher, H.; Dolgin, S. E.; Benkov, K. et. al. Intramural hematoma of the transverse colon in battered child syndrome. *J. Pediatr Gastroenterol Nutr* 1994; 18: 111-3.
- 5) Nance, F. C.; Crowder, V. H. Intramural hematoma of the colon following blunt trauma to the abdomen. *Am Surg* 1968; 34: 85-7.
- 6) Welling, R. E.; Reilly, P. S. Nonoperative treatment of a traumatic intramural hematoma of the ascendent colon. *South Med J.* 1986; 79: 1309-10.