

HOSPITAL PEDIATRICO "ELISEO 'NOEL' CAAMAÑO", MATANZAS

Hematoma duodenal intramural. Presentación de un caso

Por los Dres.:

HERNAN LECHUGA FARIAS*, MANUEL GARCIA SUAREZ**,
MARCELINO MONTEJO OTERO*** y MIGUEL URBIZO CAÑON****

Lechuga Fariás, H. y otros. *Hematoma duodenal intramural. Presentación de un caso.* Rev Cub Ped 52: 3, 1980.

Se presenta un caso de hematoma duodenal intramural, enfermedad descrita con frecuencia creciente como complicación del traumatismo abdominal. Se insiste en su diagnóstico clínico y radiográfico, y en su tratamiento primariamente conservador.

INTRODUCCION

Entre la amplia gama de complicaciones observadas en el traumatismo abdominal cerrado se destaca una de ellas, el hematoma duodenal intramural, descrito cada vez con mayor frecuencia en la literatura como un cuadro con características definidas que permiten su diagnóstico de certeza.

Es interesante señalar que este cuadro, de reciente descubrimiento, tiene una clínica y una radiología que le son propias y que, con la experiencia acumulada, se ha definido también una terapéutica racional que en la mayor parte

de los casos excluye la cirugía como tratamiento de entrada.

En el caso que presentamos se planteó el diagnóstico al ingreso del paciente y se confirmó posteriormente por el estudio radiográfico y por el acto quirúrgico, necesario en esta ocasión por existir sospechas bien fundadas de traumatismo de víscera maciza o ruptura de víscera hueca. Se aplicaron las conductas señaladas por la literatura y el paciente evolucionó favorablemente hacia la mejoría.

Resumen de historia clínica

Paciente R.G.M. de 11 años de edad, del sexo masculino, de la raza blanca, HC: 79727, que ingresa el día 18 de agosto de 1976 y es dado de alta el 26 del mismo mes.

Anamnesis: tres días antes de su ingreso sufre traumatismo epigástrico por caída de bicicleta y presenta dolor local que cede espontáneamente. Permanece asintomático durante aproximadamente 36 horas, al cabo de las cuales reaparece el dolor epigástrico y se inician vómitos alimentarios y luego biliosos. Llama la atención un vómito de contenido alimentario ingerido 4 o 5 horas antes, sin digerir.

* Especialista de I grado en cirugía pediátrica. Hospital infantil "Eliseo 'Noel' Caamaño", Matanzas.

** Especialista de II grado. Jefe del departamento de radiología del hospital "Eliseo 'Noel' Caamaño", Matanzas.

*** Especialista por vía directa en radiología. Jefe del departamento de radiología del hospital municipal de Jagüey Grande, "Iluminado Rodríguez".

**** Especialista de I grado. Radiólogo del hospital "Eliseo 'Noel' Caamaño", Matanzas.

Al día siguiente el dolor se hace difuso y dificulta la deambulaci3n, mientras que los v3mitos contin3an biliosos y abundantes; la madre observa un excavamiento evolutivo del abdomen que ella describe como "estragado".

Ingresa en Jag3ey Grande, donde se le trata con hidrataci3n parenteral y espasmol3ticos, sin notar mejor3a, por lo que acude a este hospital.

Al examen f3sico se comprueba un paciente intranquilo, que se mantiene en cuclillas por dolor abdominal. Las mucosas est3n hipocoloreadas, est3 hidratado, lengua h3meda y limpia.

Frecuencia card3aca de 120/min.; murmullo vesicular normal

Abdomen: excavado, blando, difusamente sensible a la palpaci3n profunda, m3s en epigastrio, donde se observa una equimosis reciente redondeada, de 3 cm de di3metro. Reacci3n peritoneal difusa, RHA ausentes. Se queja de dolor cervical izquierdo durante la palpaci3n abdominal (signo de Saegesser, de hemoperitoneo).

Se plantea:

Traumatismo abdominal complicado.

¿hematoma duodenal obstructivo?

¿pancreatitis traum3tica?

¿ruptura de v3scera maciza?

Se obtiene rayos X de abdomen simple, donde se observa una c3mara g3strica normal, con disminuci3n evidente del gas intestinal, sin signos de neumoperitoneo. Se practica punci3n y lavado peritoneal y se obtienen aproximadamente 8 cc de sangre incoagulable. Cifras hem3ticas en l3mites normales; se indica sangre por el cuadro cl3nico.

Se realiza estudio contrastado de es3fago, est3mago y duodeno; se observa un stop en la segunda porci3n del duodeno con retenci3n g3strica total a las tres horas y con la imagen en "muelle en espiral" (figuras 1 y 2).

Se anuncia al sal3n de operaciones con el diagn3stico de oclusi3n Intestinal alta por hematoma duodenal. Durante la intervenci3n se comprob3 hemoperitoneo y hematoma de primera a cuarta porci3n del duodeno que infiltra los planos, lo que impide su vaciamiento. V3as biliares normales.

Se realiza gastroyeyunostom3a y yeyunoyeyunostom3a sin intentar vaciamiento del hematoma.

Evoluciona satisfactoriamente; es dado de alta al 8vo. d3a con tratamiento antiulceroso; se controla por consulta.

Dos meses despu3s de la intervenci3n, se le practica rayos X evolutivo; se observa buen funcionamiento de la boca anastom3tica, aunque con retenci3n g3strica en ayunas. Se comprueba adem3s, la permeabilizaci3n total del duodeno (figura 3).



Figura 1. Se observa stop en la segunda porci3n duodenal, con imagen espiroides superior y en pila de monedas en el l3mite inferior.



Figura 2. En oblicua anterior derecha se observa m3s claramente la imagen en "muelle de espiral".



Figura 3. Dos meses más tarde la boca anastomótica funciona bien. Se observa además, permeabilización total del marco duodenal.

Actualmente reintegrado a sus actividades normales, sólo con tratamiento antiulceroso preventivo por su anastomosis digestiva.

DISCUSION

El hematoma duodenal fue descrito por primera vez en 1938 en un paciente autopsiado, y se catalogó como un falso aneurisma del duodeno¹; no se informó clínicamente sino hasta el año 1956. Apoyados por la radiología, los informes han sido esporádicos y de casuística reducida²⁻⁴.

Recién en 1974, Fullen y colaboradores¹ presentan catorce casos, definen el cuadro clínico y radiológico y plantean una conducta terapéutica racional.

Finalmente, Grossfeld y Cooney, en 1975⁵, informan doce hematomas duodenales obstructivos en niños con traumatismo abdominal complicado.

Es interesante la observación de Drucker e Izant, citados por Fullen, de que la causa más frecuente de contusión duodenal se observa en accidentes

por caída desde bicicleta, y que existe una clara predisposición en el niño a sufrir esta complicación.

El cuadro clínico descrito en la literatura se corresponde exactamente con el de nuestro caso, lo que permitió el planteamiento diagnóstico desde su ingreso en el cuerpo de guardia. Se destaca el antecedente del traumatismo abdominal alto, el intervalo libre de síntomas y los vómitos de retención gástrica en un paciente con abdomen excavado. El diagnóstico de certeza se logra mediante el estudio radiológico contrastado del tubo digestivo superior. La papilla radiopaca muestra detención o dificultad al paso a través del duodeno, el que se observa ensanchado y con una imagen tumoral que rechaza los pliegues de la mucosa⁶, o signo del "muelle en espiral" similar al de la invaginación intestinal⁷. Se observó además, en nuestro caso, el signo de "las pilas de monedas", al insinuar-se el medio de contraste en cada uno de los espacios que separan estos pliegues¹.

A pesar de que la conducta aconsejada es expectante, en nuestro caso fue necesaria la exploración quirúrgica por la evidencia de reacción peritoneal difusa y por la positividad de la punción abdominal, que extrajo sangre incoagulable.

No obstante la gravedad aparente del traumatismo duodenal de nuestro paciente, la recuperación morfológica y funcional fue completa, tal como se señala en la literatura^{1,8}. En atención a lo anterior, la conducta en los casos no complicados debe ser la suspensión de la vía oral, la aspiración por sonda nasogástrica y la hidratación o alimentación parenteral durante un lapso variable de 5 a 15 días, reiniciando la vía oral con dieta líquida fraccionada apenas aparezcan signos de permeabilización duodenal.

CONCLUSIONES

— El diagnóstico de la entidad se basa en la historia del traumatismo (loca-

lización, intervalo libre) y en el síndrome obstructivo alto se confirma con la radiología contrastada.

— La conducta terapéutica es primariamente conservadora, descartando pre-

viamente otras complicaciones de resolución quirúrgica.

— La permeabilización duodenal espontánea es la regla; se observa en un lapso variable entre 5 y 15 días.

SUMMARY

Lechuga Fariás, H. et al. *Intramural duodenal hematoma. A case report.* Rev Cub Ped 52: 3, 1980.

A case of intramural duodenal hematoma is reported. This affection has been increasingly found as a complication from abdominal trauma. Its clinical and radiographic diagnosis as well as its primarily conservative treatment are stressed.

RÉSUMÉ

Lechuga Fariás, H. et al. *Hématome duodénal intramural. A propos d'un cas.* Rev Cub Ped 52: 3, 1980.

Ce travail porte sur un cas d'hématome duodénal intramural, maladie décrite chaque jour plus fréquemment en tant que complication du traumatisme abdominal. Il est à souligner l'importance du diagnostic clinique et radiographique, ainsi que du traitement premièrement conservateur.

РЕЗЮМЕ

Лечуга Фарияс, Э. и др. Гематома стенки двенадцатипёрстной кишки. Представление одного случая. Rev Cub Ped 52: 3, 1980.

В настоящей работе представляется один случай гематомы стенки двенадцатипёрстной кишки, заболевание которое со всё — возрастающей частотой описывается как осложнение вследствие — вие травматизма брюшной полости. Настаивается на проведе — нии клинической и радиографической постановке диагноза и — на лечении этого заболевания в самом начале согласно кон — сервативным методам.

BIBLIOGRAFIA

1. Fullen, W.A. et al. Intramural duodenal hematoma. Ann Surg 179: 549, 1974.
2. Meelamed, M.; A. Pantone. Hematoma of the duodenum. A case report. Radiology 66: 874, 1956.
3. Culver, G.J.; H.S. Pirson. Intramural hematoma of the duodenum. A case report. Am J Roentgenol 82: 1032, 1959.
4. Sears, A.D. et al. Plain roentgenographic findings in drug induced intramural hematoma of the small bowel. Am J Roentgenol 91: 808, 1964.
5. Grossfeld, J.L.; D.R. Cooney. Traumatismo pancreático y gastrointestinal en niños. Clin Ped North Am 22: 365, 1975.
6. Franken, E.A.; A.J. Smith. Valoración radiográfica del traumatismo en lactantes y niños. Clin Ped North Am 22: 301, 1975.
7. Caffey, J. Pediatric X ray Diagnosis. Chicago, 5th Edition. Year Book Publishers. 1967. Page 524.
8. Benson, C.D. Cirugía infantil. Edición Revolucionaria. La Habana, 1967, p. 671.

Recibido: septiembre 7, 1979.

Aprobado: noviembre 28, 1979.

Dr. Hernán Lechuga Fariás

Hospital Pediátrico

"Eliseo 'Noel' Caamaño"

Matanzas.