

HEMATOMA INTRAMURAL DEL DUODENO POR TRAUMATISMO CERRADO DE ABDOMEN

HOSPITAL MILITAR CENTRAL "DR. CARLOS J. FINLAY"

ler. Tte. (SM) Enrique Vázquez Merayo,* Dr. Alfredo Portero Urquiza,** Tte. Cor. (SM) Fernando Fernández Reverón,*** Dr. Orlando Rodríguez Castillo**** y Dr. Dimas Perón Álvarez*

RESUMEN

Se presenta un caso infrecuente de un niño de 5 años de edad que sufrió un traumatismo cerrado de abdomen: sus síntomas al ingreso fueron: dolor en epigastrio y vómitos biliosos. Por continuar con sus síntomas 48 horas después de su ingreso, se decide realizar un estudio contrastado de estómago-duodeno con fluoroscopia, donde se constata una detención del pase de contraste en la tercera porción del duodeno por lo que se plantea el diagnóstico de hematoma intramural del duodeno postrauma. Se le realiza tratamiento médico conservador y evoluciona satisfactoriamente, por lo cual es dado de alta a los 14 días asintomático. Se hace una revisión de la literatura médica nacional y extranjera de esta afección.

INTRODUCCION

Los traumatismos constituyen la causa principal de muerte en niños mayores y las lesiones intraabdominales representan un porcentaje importante de la mortalidad; los órganos que se lesionan con mayor frecuencia son el hígado y el bazo.¹⁻³ Su frecuencia es escasa; Casal et al.⁴ encontraron una incidencia que oscila entre el 1 y 9 %. En 1839, Mc Laughlin realiza la primera descripción como hallazgo necrópsico.⁵

* Especialista de I Grado en Cirugía Pediátrica. Instructor.

** Especialista de II Grado en Cirugía Pediátrica. Asistente.

*** Especialista de I Grado en Pediatría. Profesor Auxiliar.

**** Especialista de I Grado en Pediatría. Asistente.

Liverud en 1948⁸ publica algunos signos radiográficos significativos. Felson y Levin en 1954, tras estudios baritados en 4 casos de hematoma intramural del duodeno (HID) descubren los signos radiográficos considerados patognomónicos.⁹⁻¹¹ Ravitch et al.³ en la casuística presentada de 89 pacientes con traumatismo gastrointestinal, constataron la lesión duodenal en 6 casos. Kakos et al.¹² de los 26 casos que trataron por enfermedad traumática del intestino delgado, en 13 casos fue duodenal y de estos predominó el HI con 9 pacientes. Benson et al.² de los 20 pacientes que presentaron alteración del intestino delgado por traumatismo cerrado abdominal (TCA) sólo en uno se detectó HID. Moore et al.¹² en los 16 pacientes que operaron por TCA que sufrieron lesiones pancreático-duodenales, no ocurrió complicación posoperatoria duodenal.

El cuadro clínico de la lesión duodenal es poco significativo^{2,5,6,11} y generalmente se llega al diagnóstico por su evolución y los estudios radiográficos^{6,7,9,10} simples y contrastados que son típicos de esta enfermedad.

En todo paciente en el cual se comprueba HID por TCA sin otra lesión intraabdominal asociada necesitada de tratamiento quirúrgico, estaría indicado el tratamiento conservador, como lo preconizan en la actualidad algunos autores^{4,6,13,14} y en discordancia con otros.^{5,10,11,15,16}

Por las dificultades que entraña su diagnóstico precoz a causa de lo poco florido de su sintomatología en estudios iniciales y la actitud terapéutica conservadora que actualmente se recomienda, nos lleva a presentar este enfermo.

PRESENTACION DEL CASO

Paciente de 5 años de edad, masculino, que 48 horas antes de su ingreso sufrió un TAC, al ser alcanzado por un vehículo en marcha, presenta un cuadro de dolor en epigastrio y 2 vómitos de contenido bilioso con restos alimenticios. El abdomen en la exploración es blando y depresible, discretamente doloroso en hipocondrio derecho y epigastrio, donde mostró un hematoma pequeño de la pared abdominal y escoriaciones. No existen masas, ni visceromegalia; los ruidos hidroaéreos son normales. Los exámenes realizados: hemograma, orina, amilasa sérica, radiografías de abdomen simple fueron normales.

Se observa durante 12 horas en el cuerpo de guardia y se aprecia aparentemente asintomático, por lo cual se da de alta con tratamiento médico. Pasadas 36 horas ingresa en nuestro Centro por presentar vómitos en número de 3 con contenido alimenticio, sin otros síntomas aparentes. Entre los antecedentes patológicos personales se recoge que es asmático desde hace un año. En el examen físico presenta buen estado general, con deshidratación ligera, sin otros síntomas. El abdomen es blando y depresible, no doloroso no destaca visceromegalias; ruidos hidroaéreos normales. Se comienza el tratamiento médico con: hidratación parenteral, comprobación de signos vitales y observación: los análisis que se realizaron fueron hemograma, orina, radiografías de abdomen simple y ultrasonografía abdominal normales.

Se reinicia vía oral 6 horas después y pasadas 2 horas comienza con vómitos en número de 2, con contenido alimenticio y en esta oportunidad se piensa en la posibilidad de un traumatismo gastroduodenal. Se le practica un estudio de estómago y duodeno con fluoroscopia, donde se aprecia una detención al paso del contraste en la tercera porción del duodeno (figura 1); se le realiza el diagnóstico de HID. Se decide poner tratamiento médico conservador en la Unidad de Terapia Intensiva por 7 días con: alimentación por vía oral suspendida, sonda de levine y aspiración cada 3 horas, alimentación parenteral total y antibióticos por vía intravenosa; pasados estos días las aspiraciones gástricas eran escasas en cantidad y claras; se decide repetir el estudio gastroduodenal, donde se observa paso del contraste por el duodeno (figura 2) y en estos momentos se retira la sonda de levine y se comienza a suministrar por vía oral líquidos por 24 horas y posteriormente con dieta batida y llega a tolerarla; en estos momentos se le suspende la alimentación parenteral y los antibióticos y se mantiene con esta dieta por 6 días; continúa con dieta blanda y pasados los 5 días es egresado. Se atiende en consulta externa 2 semanas después y se verifica sin síntomas por lo que se le indica dieta libre. Se reconsulta pasadas las 3 semanas y se aprecia asintomático y es dado de alta de la consulta externa como curado 3 meses más tarde de haber recibido el traumatismo, con estudio gastroduodenal de control previo, donde no se observó alteraciones en el marco duodenal.



FIGURA 1. Tránsito gastrointestinal, donde se observa un obstáculo total al nivel de la tercera porción del duodeno.



FIGURA 2. Tránsito gastrointestinal, donde se observa pase de contraste por el duodeno.

SUMMARY

A rare case of blunt abdominal trauma in a five-year-old boy is reported. Symptoms at admission were the following: epigastric pain and bilious vomiting. Since symptoms continued still after 48 hours of admission, it was decided to carry out a contrast fluoroscopy of stomach and duodenum. The procedure detected a stoppage of the contrast medium at the third portion of the duodenum, thus suggesting the diagnosis of posttraumatic intramural duodenal hematoma. A conservative medical treatment is instituted and the patient fares successfully and is eventually discharged after 14 days asymptomatic. A review of the domestic and foreign literature on the subject is made.

RESUME

On présente un cas pas fréquent d'un enfant de 5 ans d'âge qui a souffert un traumatisme fermé d'abdomen; ses symptômes quand il a été admis étaient. Douleur à épigastrium et des vomissements bilieux. Comme il a maintenu ces symptômes 48 heures après son admission, on décide de faire une étude par contraste de l'estomac-duodéne avec de la fluoroscopie, au moyen de laquelle on constate un arrêt de l'écoulement du contraste à la troisième portion du duodéne, c'est pourquoi on préconise le diagnostique d'hématome intramural du duodéne post-trauma. On applique un traitement médical conservateur et le patient évolue d'une manière satisfaisante. On lui donne son exéat 14 jours plus tard en étant asymptomatique. On fait une révision de la littérature médicale à ce sujet.

REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS

1. COONEY, D. R.: Traumatismo esplénico y hepático en niños. *Clin Quir Norteam* 5: 1149, 1981.
2. BENSON, C. D. ET AL.: *Cirugía Infantil*. Barcelona, Ed. Salvat, 1967, p. 670.
3. RAVITCH, M. M. ET AL.: *Pediatric Surgery*, 3a ed. Chicago. Year Book Medical, 1979, VI, p. 123.
4. HOLGERSEN, L. O.: H. C. BISHOP: Nonoperative treatment of duodenal hematoma in childhood. *J Pediatr Surg* 12: 11-17, 1977.
5. CASAL NUÑEZ, J. E. ET AL.: Lesiones duodenales en traumatismo cerrado de abdomen. *Rev Esp Enf Ap Digestivo* 66 (3): 250-252, 1984.
6. FERNANDEZ ALVAREZ, D. ET AL.: Hematoma Intramural del Duodeno de origen traumático. *Rev Esp Pediatr* 41 (5): 405-409, 1985.
7. LIVERUD, K.: Haematoma of the jejunum with sibilus. *Act Radiol* 30: 163-168, 1948.
8. FELSON, B.: E. J. LEVIN: Intramural hematoma of the duodenum. A diagnostic Roengen sign. *Radiology* 63: 623-631, 1954.
9. KURTZMAN, R. S.: Radiología en traumatismos abdominales no penetrantes. *Clin Quir Norteam* 57: 215, 1977.
10. CAROL, E. J. ET AL.: Retroperitoneal Rupture of duodenum following blunt abdominal trauma. *Acta Clin Scand* 148: 541-544, 1982.
11. KAKOS, G. J. ET AL.: Small bowel injuries in children after blunt abdominal trauma. *Am Surg* 174: 238, 1971.
12. MOORE, J. B. ET AL.: Changing in the management of combined pancreatoduodenal injuries. *World J Surg* 8: 791-797, 1984.
13. EIZAGUIRRE, J. ET AL.: Hematoma duodenal intramural. *An Esp Pediatr* 16: 53-59, 1982.
14. FULLER, W. D. ET AL.: Intramural duodenal hematoma. *Arch Surg* 179: 549-556, 1974.
15. BAILEY, H.: *Cirugía de Urgencia*. Buenos Aires, Ed. Interamericana, 1970, pp. 78 y 588.
16. JONES, P. E.: *Cirugía de Urgencia*. Barcelona, Ed. Salvat, 1978, p. 47.

Recibido: 20 de abril de 1988. Aprobado: 13 de julio de 1988.

Dr. Enrique Vázquez Merayo. Hospital Militar Central "Carlos J. Finlay", calle 114 y 31, Marianao, La Habana 11500, Cuba.