

## CASO CLÍNICO

### Hematoma duodenal traumático. Reporte de caso

#### Traumatic duodenal hematoma. Case report

Mario Almada<sup>1</sup>; José Martínez<sup>2</sup>, Nicolás Muniz<sup>3</sup>, Ricardo Misa<sup>4</sup>

DOI: 10.31837/cir.urug/3.1.4

Recibido: 3 de marzo de 2018

Aceptado: 13 de febrero de 2019

#### Resumen

**Antecedentes:** Las lesiones del duodeno se producen en alrededor del 3 al 5 % de las lesiones traumáticas abdominales. El diagnóstico es un desafío, especialmente en el traumatismo cerrado, porque la signosintomatología es inespecífica. La valoración inicial se centra en la identificación temprana de lesiones de alto grado asociadas con altas tasas de mortalidad. La mayoría de las lesiones del duodeno son de bajo grado y pueden ser de manejo conservador, pero lesiones más complejas pueden requerir cirugía. El objetivo es mostrar el caso de un paciente que presentó un hematoma duodenal traumático y su tratamiento.

**Caso clínico:** Paciente sexo masculino 27 años de edad ingresa por trauma abdominal contuso. Se presentó con dolor centroabdominal, náuseas y vómitos. Hemodinamia estable; exámenes de laboratorio normales. Tomografía computada (TC) abdominal mostró una obstrucción intestinal causada por un hematoma en la pared duodenal. Se realizó tratamiento conservador en base a descompresión gástrica, inhibidores de la bomba de protones intravenosa, nutrición parenteral y controles clínicos seriados, cursando una buena evolución.

**Discusión:** Se trata de una entidad infrecuente en los pacientes adultos. El manejo no operatorio en caso de hematoma duodenal traumático es efectivo y evita la morbimortalidad de procedimientos más complejos.

**Palabras clave:** Hematoma duodenal; trauma duodenal; oclusión intestinal.

#### Abstract

**Background:** Lesions of the duodenum occur in about 3 to 5% of traumatic abdominal injuries. Diagnosis is a challenge, especially in closed traumatism, because the signs and symptoms are nonspecific. The initial assessment focuses on the early identification of high-grade lesions associated with high mortality rates. Most duodenal lesions are low grade and may be conservative, but more complex lesions may require surgery. The purpose is to show the case of a patient who presented a traumatic duodenal hematoma and its treatment.

**Clinical case:** Male patient 27 years old admitted due to blunt abdominal trauma. He presented with abdominal pain, nausea and vomiting. Stable hemodynamics; normal laboratory tests. Abdominal computed tomography (CT) scan showed an intestinal obstruction caused by a hematoma in the duodenal wall. Conservative treatment was performed based on gastric decompression, intravenous proton pump inhibitors, parenteral nutrition and serial clinical controls, showing a good evolution.

**Discussion:** This is an infrequent entity in adult patients. The non-operative management in case of traumatic duodenal hematoma is effective and avoids the morbidity and mortality of more complex procedures.

**Key words:** Duodenal hematoma; duodenal trauma; intestinal occlusion.

1,2,3,4. Universidad de la República. Facultad de Medicina. Hospital Español. Clínica Quirúrgica B. Montevideo. Uruguay. Correspondencia: [myalmada111@gmail.com](mailto:myalmada111@gmail.com)



## Introducción

---

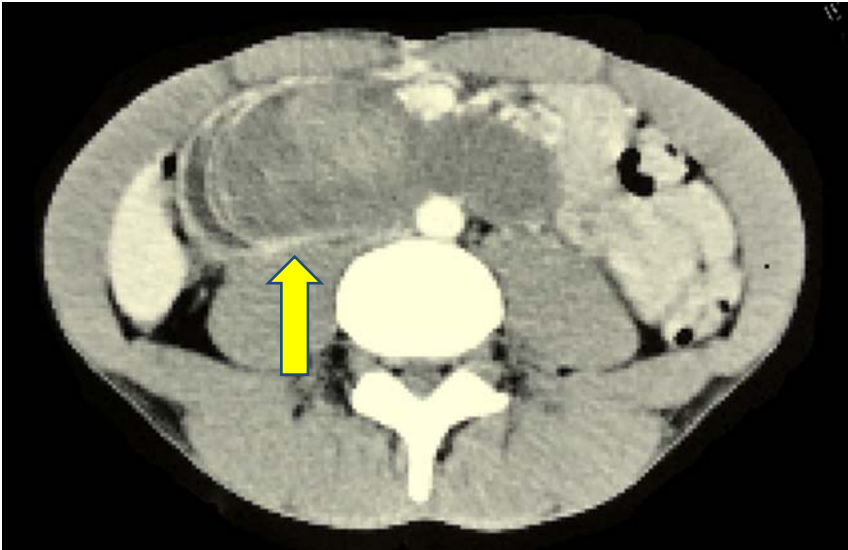
Las lesiones del duodeno se producen en alrededor del 3 al 5 por ciento de todas las lesiones traumáticas abdominales. El diagnóstico puede ser un desafío, especialmente en el trauma cerrado, porque los síntomas y signos provocados por estas lesiones pueden no ser obvias debido a la ubicación profunda de estos órganos en el retroperitoneo. La valoración inicial de los pacientes con riesgo de lesión duodenal se centra en la aproximación diagnóstica temprana de lesiones de alto grado que frecuentemente se asocian con otras lesiones graves, y se vinculan con altas tasas de mortalidad (1, 13). Incluso los pacientes que sobreviven a la fase temprana de lesión, pueden presentar altas tasas de complicaciones, aunque la lesión sea diagnosticada y tratada oportunamente. Un alto porcentaje de las lesiones del duodeno son de bajo grado y pueden ser manejadas sin cirugía, pero lesiones más complejas pueden requerir procedimientos resectivos y de reconstrucción duodenal (2,3,11).

## Caso clínico

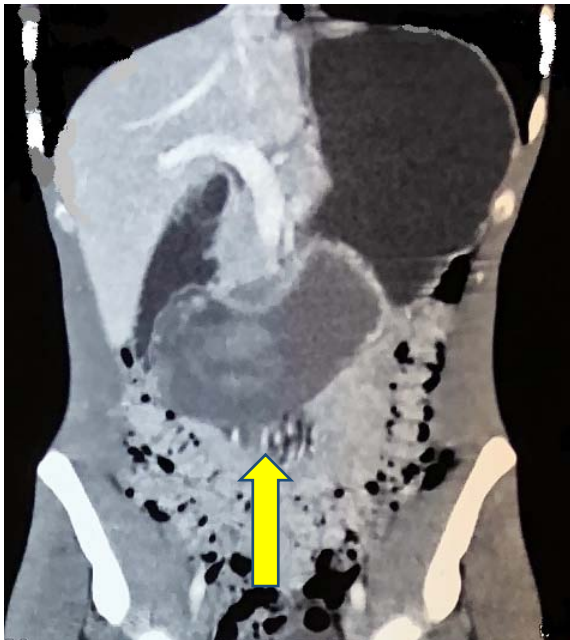
---

Hombre de 27 años de edad, ingresa 48 horas luego de trauma abdominal contuso durante una riña callejera. Presentaba dolor centroabdominal, náuseas y vómitos. Sin alteraciones del punto de vista respiratorio y hemodinamia estable; al examen abdominal presentaba dolor a la palpación profunda centroabdominal, sin irritación peritoneal; los exámenes de laboratorio fueron normales. La TC abdominal mostró una dilatación del sector gastroduodenal causada por un hematoma de  $8 \times 6 \times 11$  cm en la pared duodenal del segmento III sin signos de sangrado activo (**Figuras 1 - 2**). Se decidió tratamiento médico en base a descompresión gástrica, nutrición parenteral total e inhibidores de la bomba de protones intravenoso. El paciente se manejó de forma conservadora con buena evolución, recibiendo el alta hospitalaria a los 10 días del ingreso, encontrándose sin dolor, tolerando la vía oral y con un examen abdominal dentro de la normalidad. En el seguimiento en policlínica, el paciente permaneció asintomático.





**Figura 1.** TC abdominal corte transversal que evidencia un hematoma de la pared duodenal en el segmento III.



**Figura 2.** TC abdominal corte coronal que muestra un hematoma de 8 cm × 6 cm × 11 cm en la pared duodenal de la tercera porción, comprimiendo y desplazando el duodeno sin signos de sangrado activo.



## Discusión

---

El traumatismo duodenal cerrado se trata de una entidad infrecuente en los pacientes adultos. El diagnóstico precoz y el tratamiento adecuado del hematoma duodenal intramural son cruciales, ya que la demora en el diagnóstico y el tratamiento más allá de las 24 horas aumenta la mortalidad del 11% al 40% (4-5).

El diagnóstico de lesión duodenal se realiza mediante estudios de imágenes, habitualmente TC de abdomen o laparotomía exploradora, según el escenario clínico al momento de la valoración inicial del paciente.

Los hallazgos de la TC abdominal de lesión duodenal incluyen los siguientes: engrosamiento de la pared duodenal, líquido peri-duodenal, líquido en el espacio pararenal anterior derecho, aumento del segmento de pared duodenal lesionado, y el signo del coágulo "centinela", que es una acumulación de líquido (coágulo) heterogénea cerca del sitio de la lesión. Hallazgos de aire extraluminal o contraste extraluminal indican perforación duodenal (6).

El sistema de clasificación de lesiones más utilizado es de la Asociación Americana para la Cirugía del Traumatismo (AAST). La gravedad de la lesión se estima basándose en los hallazgos de la tomografía computarizada o durante la exploración operatoria (7).

Escala de lesiones duodenales:

Grado I: Hematoma que involucra una sola porción de duodeno o laceración parcial del grosor sin perforación

Grado II: Hematoma que involucra más de una porción o compromiso <50 por ciento de circunferencia o laceración mayor sin lesión en el conducto o pérdida de tejido

Grado III: Laceración con interrupción de 50 a 75 por ciento de circunferencia de la segunda porción o interrupción de 50 a 100 por ciento de circunferencia de la primera, tercera, cuarta porción

Grado IV: Laceración con alteración > 75 por ciento de la circunferencia de la 2ª porción o la participación de la ampolla o la vía biliar distal

Grado V: laceración masiva con disrupción del complejo duodenopancreático o devascularización del duodeno

Durante la década de los años 70, la mayoría de los pacientes que se presentaban con un hematoma duodenal eran tratados con procedimientos quirúrgicos (8, 10); hoy en día, la literatura respalda el manejo conservador, reservando el tratamiento quirúrgico para oclusiones persistentes o crecimiento progresivo de hematomas.



El manejo no operatorio en caso de hematoma duodenal traumático es efectivo y evita la morbimortalidad de procedimientos más complejos. El mismo es seguro para pacientes con lesiones de Grado I o Grado II del duodeno (hematoma duodenal). El manejo no quirúrgico consiste en descompresión gastrointestinal y apoyo nutricional. El resultado del tratamiento conservador es bueno, con una resolución completa del hematoma duodenal intramural en 2-3 semanas.

Para los pacientes con síntomas de obstrucción proximal del intestino debido al hematoma duodenal, se coloca una sonda nasogástrica para la descompresión y se inicia la nutrición parenteral. Sin embargo, si la obstrucción persiste después de 10 a 14 días, la laparotomía exploradora tendría indicación (9, 12).

En conclusión, esta forma de presentación de trauma contuso duodenal es infrecuente en pacientes adultos y destacamos la efectividad del tratamiento no operatorio en nuestro caso; pero resaltamos que un seguimiento riguroso es esencial para pesquisar las complicaciones que indiquen la necesidad de exploración quirúrgica.

## **Bibliografía**

---

1. Touloukian RJ. Protocol for the nonoperative treatment of obstructing intramural duodenal hematoma during childhood. *Am J Surg.* 1983;145(3):330–334.
2. Chen YY, Su WW, Soon MS, Yen HH. Gastrointestinal: Intramural hematoma of the duodenum. *J Gastroenterol Hepatol.* 2006;21(6):1071.
3. Cogbill TH, Moore EE, Feliciano DV, Hoyt DB, Jurkovich GJ, Morris JA et al. Conservative management of duodenal trauma: A multicenter perspective. *J Trauma.* 1990;30(12):1469–1475.
4. Asensio JA, Feliciano DV, Britt LD, Kerstein MD. Management of duodenal injuries. *Curr Probl Surg* 1993; 30:1023.
5. Corley RD, Norcross WJ, Shoemaker WC. Traumatic injuries to the duodenum: a report of 98 patients. *Ann Surg* 1975; 181:92.
6. Kunin JR, Korobkin M, Ellis JH, Francis IR, Kane NM, Siegel SE. Duodenal injuries caused by blunt abdominal trauma: value of CT in differentiating perforation from hematoma. *AJR Am J Roentgenol* 1993; 160:1221.
7. Malhotra A, Biffl WL, Moore EE, Schreiber M, Albrecht RA, Cohen M, et al. Western Trauma Association Critical Decisions in Trauma: Diagnosis and management of duodenal injuries. *J Trauma Acute Care Surg* 2015; 79:1096.



8. Snyder WH 3rd, Weigelt JA, Watkins WL, Bietz DS. The surgical management of duodenal trauma. Precepts based on a review of 247 cases. Arch Surg 1980; 115:422.
9. Czyrko C, Weltz CR, Markowitz RI, O'Neill JA. Blunt abdominal trauma resulting in intestinal obstruction: when to operate? J Trauma 1990; 30:1567.
10. Molina-Barea R, Pérez-Cabrera B, Hernández-García MD, Navarro-Freire F, Jiménez-Ríos JA. Acute abdomen due to complicated intramural duodenal haematoma. Report of a case and review of the literature. Cir Cir. 2015;83(2):146–50.
11. Elmoghazy W, Noaman I, Mahfouz AE, Elaffandi A, Khalaf H. Surgical management of complicated intra-mural duodenal hematoma: A case-report and review of literature. Int J Surg Case Rep. 2015;17:103-5
12. Pontes Henrique Silva Thé, Pequeno Eugênio Albuquerque. Obstrução duodenal por hematoma parietal pós-trauma: relato de caso e revisão da literatura. Radiol BrasVol 2012;45(4): 235-7
13. Tutanc M, Arica V, Ackora B, Davran R, Gunher Arica S, F. Başarslan F et al. Duodenal hematoma, a rare cause of abdominal pain: Case report. Duzce Medical Journal, 2012; 14(1):57–8.

