

## Casos en imagen 2.—HEMATOMA INTRAMURAL COLÓNICO SECUNDARIO A TRAUMATISMO ABDOMINAL

### Diagnóstico final

Hematoma intramural de colon ascendente secundario a traumatismo abdominal cerrado.

### Hallazgos radiológicos

La ecografía abdominal evidenció la existencia de una colección ecogénica heterogénea, de aspecto sólido que parecía estar delimitada dentro de una estructura anatómica que podría corresponderse con el colon ascendente (fig. 1). A su vez, se apreció cierta cantidad de líquido peritoneal libre. La sospecha ecográfica fue de un hematoma localizado en la pared de colon. A continuación se realizó una tomografía computarizada (TC) abdominal sin contraste intravenoso (figs. 2 y 3), que puso de manifiesto la existencia de una colección hemática, aparentemente encapsulada, conectando o dependiendo de la pared del colon ascendente de unos 12 × 6,5 × 5 cm. A su vez se apreció una pequeña lámina líquida parietocólica derecha y una colección líquida patológica en Douglas y en Retzius, con gas en este último espacio. La TC confirmó el diagnóstico de hematoma localizado en pared de colon.

Dados los hallazgos radiológicos se realizó laparotomía exploradora, que mostró la existencia de un extenso hematoma localizado en la pared del colon ascendente, con una mínima perforación de que explicaba el aire ectópico localizado en Retzius (fig. 4). A su vez se pareció la existencia de cierta cantidad de sangre en peritoneo. Se realizó resección de la zona de colon afecta, con anastomosis término-terminal. El postoperatorio transcurrió sin ningún tipo de incidencias, y el paciente fue dado de alta a los nueve días.

### Comentario

Los hematomas intestinales son una rara complicación de los traumatismos abdominales<sup>1</sup>. Dentro de éstos, la localización más frecuente es el duodeno, y la menos frecuente el colon<sup>1-3</sup>. Existen dos formas de presentación clínica. Una de ellas es la forma crónica, que se presenta con una lesión estenosante que aparece después de un tiempo del traumatismo y que es debida a la cicatriz existente, secundaria a la organización del hematoma y/o a la interrupción del flujo sanguíneo de un pequeño segmento intestinal<sup>1</sup>. El hematoma colónico agudo secundario a un traumatismo abdominal es mucho menos frecuente que la forma crónica, y no se han publicado más de 15 casos.

Las manifestaciones clínicas del hematoma agudo de colon son variables. La aparición de los síntomas es temprana, habitualmente dentro de la primera semana del traumatismo. A diferencia de los hematomas del duodeno y del yeyuno, los síntomas no suelen ser de naturaleza obstructiva. También pueden manifestarse con un dolor abdominal agudo, hemorragia rectal o *shock* hipovolémico secundario al hemoperitoneo secundario a la evacuación espontánea del hematoma<sup>1-7</sup>. El tipo de lesión colónica suele estar relacionada con el mecanismo que ocasiona la lesión. Las perforaciones se encuentran con mayor frecuencia en colon transverso y en sigma, debido a que estas áreas se ven comprimidas entre la pared abdominal anterior y la columna lumbar<sup>8</sup>. La fuerza de cizallamiento ocasiona un deslizamiento de los órganos contra la columna lumbar que produce la ruptura o rasgado de éstos, sin que se produzca más daño. Por otra parte, la fuerza puede lesionar las vísceras con un punto de fijación cercano, como son el duodeno, el colon ascendente o el colon descendente, produciendo un hematoma intramural y una estenosis<sup>8,9</sup>.

Antes de la aparición de la ecografía y la TC no se diagnosticaba preoperatoriamente ningún hematoma agudo de colon<sup>2,5</sup>; con el desarrollo de las técnicas de imagen, la TC abdominal ha diagnosticado diversos de ellos<sup>4,5,10</sup>. La ecografía es también un método útil para diagnosticar esta entidad patológica. El mecanismo idóneo de actuación es la realización de una ecografía abdominal, y a continuación la confirmación con la TC. Además, estas técnicas nos muestran el tamaño del hematoma<sup>11</sup>. La ecografía muestra una imagen heterogénea de aspecto sólido delimitado en el interior de una estructura anatómica<sup>12</sup>. La TC muestra una imagen de colección encapsulada o de masa sólida hiperdensa, dependiente de la pared del órgano afecto<sup>13</sup>. Los hematomas en progresión aumentan la sintomatología clínica, lo que implica la realización de una laparotomía. En determinadas situaciones el enema con bario y la resonancia magnética pueden ser útiles para llegar a un diagnóstico<sup>3</sup>.

El hematoma puede estar localizado entre las capas serosa y muscular o entre la muscular y mucosa. Los grandes hematomas suelen estar localizados en la capa submucosa, debido a que en ésta existe una mayor cantidad de vasos. La bibliografía recoge diversos casos en los que el tratamiento conservador fue un éxito, especialmente en pacientes jóvenes<sup>5-7,11</sup>. Sin embargo, los casos con síntomas agudos tienen que ser intervenidos quirúrgicamente, sin que se resuelvan de manera conservadora<sup>14</sup>.

También existen controversias con respecto al tipo de intervención a realizar, debiéndose elegir entre la resección o la evacuación del hematoma intramural. No obstante, existen muy pocos casos de evacuación del hematoma, y en la mayoría de ellos se realiza una resección de la zona de colon afecta con anastomosis primaria<sup>2</sup>.

### BIBLIOGRAFÍA

1. Spencer R, Bateman JD, Horn PL. Intramural hematoma of the intestine, a rare cause of intestinal obstruction. Review of the literature and report of a case. *Surgey* 1957;41:794-804.
2. Nance FC, Crowder VH. Intramural hematoma of the colon following blunt trauma to the abdomen. *Am Surg* 1968;34:85-7.
3. Yin WY, Gueng MK, Huang SM, Chen HT, Chang TM. Acute colonic intramural hematoma due to blunt abdominal trauma. *Int Surg* 2000;85:51-4.
4. Jeffrey RB, Fedrele MP, Stein SM, Crass RA. Intramural hematoma of the cecum following blunt trauma. *J Comput Assist Tomogr* 1982;6:404-5.
5. Welling RE, Reilly PS. Nonoperative treatment of a traumatic intramural hematoma of ascending colon. *South Med J* 1986;79:1309-10.
6. Berizin S, Glassman MS, Slim MS, Newman LJ. Colonic hematoma after blunt abdominal trauma. *J Pediatr Gastroenterol Nutr* 1992;15:100-2.
7. Sachdeva RS, Jaeger A, Norton K, Raucher H, Dolgin SE, Benkov K, et al. Intramural hematoma of the transverse colon in battered child syndrome. *J Pediatr Gastroenterol Nutr* 1994;18:111-3.
8. Mays ET, Noer RJ. Colonic stenosis after trauma. *J Trauma* 1966;6:316-31.
9. Altner PC. Constructive lesions of the colon due to blunt trauma to the abdomen. *Surg Gynecol Obstet* 1964;June:1257-62.
10. Donohue JH, Federle MP, Griffiths BG, Trunkey DD. Computed tomography in the diagnosis of blunt intestinal and mesenteric injuries. *J Trauma* 1987;27:11-7.

**Casos en imagen 2.—HEMATOMA INTRAMURAL COLÓNICO SECUNDARIO  
A TRAUMATISMO ABDOMINAL**

11. Kuhn JP. Diagnostic imaging for the evaluation of abdominal trauma in children. *Pediatr Clin North Am* 1985;32: 1427-47.
12. Catalano O, Nunziata A, Cusati B, Catalano O. Echography in the study of an intramural hematoma of the intestines. *Radiol Med (Torino)* 1997;94:492-5.
13. Burgener FA, Korman M. Diagnóstico por TC. Patrones de diagnóstico diferencial. Marban S.L. Madrid. ISBN: 84-7101-242-1.
14. Hess RA. Intramural hematoma of the transverse colon with obstruction and posible impeding gangrene. *Am Surg* 1964;30:138.

**Correspondencia:**

María José Gimeno Peribáñez  
Servicio de Radiodiagnóstico  
Hospital Clínico Universitario Lozano Blesa  
Avda. San Juan Bosco, 15  
50009 Zaragoza. España  
E-mail: mjgimeno@comz.org