



Cirugía Española



www.elsevier.es/cirugia

P-037 - HEMATOMA INTRAMURAL DUODENAL: A PROPÓSITO DE UNA SERIE DE CASOS

Pérez Rubio, Alvaro; Gonzálvez Guardiola, Paula; Navarro Martínez, Sergio; Corcoles Corcoles, Marta; Sebastian Tomas, Juan Carlos; Martínez Blasco, Amparo; Pareja Ibars, Eugenia; Domingo del Pozo, Carlos

Hospital Universitario Doctor Peset, Valencia.

Resumen

Objetivos: El hematoma duodenal es una entidad infrecuente, la mayoría secundarios a traumatismos abdominales cerrados (70-80%), asociándose también con anticoagulantes. La sintomatología es inespecífica, predominando el dolor abdominal y signos de oclusión intestinal alta, siendo la consecuencia más grave el *shock* hipovolémico. La prueba de imagen de elección es la tomografía computarizada (TC). En pacientes estables se instaura tratamiento conservador con sondaje gastrointestinal y soporte nutricional. Aquellos con pseudoaneurisma o sangrado activo pueden tratarse mediante angioembolización. El tratamiento quirúrgico se reserva si la hemorragia no se controla por métodos menos invasivos, en perforaciones duodenales, ante riesgo de isquemia, ante sospecha de malignidad o en ausencia de mejoría clínico-radiológica tras 2 semanas de evolución, siendo la técnica controvertida. El objetivo de este trabajo fue describir una serie de casos de hematoma duodenal en nuestro centro.

Métodos: Estudio observacional retrospectivo con pacientes diagnosticados de hematoma duodenal en nuestro centro entre enero de 2010 y abril de 2021. Se analizaron datos demográficos, clínicos, de laboratorio, radiológicos, quirúrgicos y morbilidad. Las variables continuas se presentaron como media y desviación estándar (DE) o medianas con rango intercuartílico (RIQ) en función de si se trataba de variables paramétricas o no paramétricas. Las cualitativas se expresaron como frecuencias y porcentajes.

Resultados: Se incluyeron a 7 pacientes, con edad al diagnóstico de 50 ± 27 años. En la tabla se presentan principales antecedentes personales y valores analíticos iniciales. El principal síntoma al diagnóstico fue el dolor abdominal (71,4%). Dos pacientes presentaron hematemesis y uno *shock*. Las causas del hematoma fueron: iatrogénicas en tres de los casos (gastroscopia), colecistitis evolucionada, traumatismo abdominal, enfermedad de Schonlein-Henoch y neoplasia de cabeza de páncreas. El tamaño del hematoma fue 10 ± 7 cm. En cinco se realizó tratamiento conservador y en dos, quirúrgico: pilorotomía y drenaje del hematoma por lesión tras gastroscopia, y duodenopancreatectomía cefálica tras intentar angioembolización por neoplasia de cabeza de páncreas localmente infiltrante. Ninguno presentó complicaciones posquirúrgicas graves. La estancia hospitalaria fue 17 ± 9 días, resolviéndose el hematoma a los 26 ± 14 días. No hubo *exitus* a los 90 días ni recidivas. El análisis univariante arrojó relación estadísticamente significativa entre hemoglobina (g/dL) al diagnóstico y elección de tratamiento quirúrgico ($11,7 \pm 1,8$ en tratamiento conservador vs. $8 \pm 1,2$ en quirúrgico; $p = 0,48$).

Principales antecedentes personales y valores analíticos (N = 7)

	Total, n (%)
Sexo	
Hombre	3 (42,9)
Mujer	4 (57,1)
Antecedente de úlcera péptica	
Sí	2 (28,6)
No	5 (71,4)
Neoplasia activa	
Sí	2 (28,6)
No	5 (71,4)
Anticoagulantes	
Sí	2 (28,6)
No	5 (71,4)
Antiinflamatorios	
No	7 (100)
Antiagregantes	
No	7 (100)

Coagulopatía

No	7 (100)
PCR (mg/L)	47 ± 49
Lactato (mmol/L)	2 (1,15-3,55)
Hemoglobina (g/dL)	10,7 ± 2,4
Leucocitos ($\times 10^9/L$)	13,3 ± 6,6

Conclusiones: Aunque la causa más frecuente de hematoma duodenal sea el traumatismo abdominal cerrado, en nuestro medio debemos sospecharlo en pacientes anticoagulados o sometidos a gastroscopia con dolor abdominal agudo y hematemesis. Habitualmente el tratamiento conservador es factible y exitoso, no existiendo tratamiento quirúrgico estándar.