



Lesión traumática de la segunda porción del duodeno y exclusión pilórica modificada

Darwin Aníbal Ñaguazo Sánchez

Departamento de Emergencia. Hospital Teófilo Dávila. Machala. Ecuador.

Las lesiones más frecuentes del duodeno se localizan en la segunda porción (40%), seguido por la tercera (22%)¹, y se acompañan, en más del 90%, de una lesión concomitante (pancreática).

Se presenta el siguiente caso: varón de 33 años, transferido desde un hospital local con el diagnóstico de traumatismo penetrante de abdomen por arma de fuego. En la evaluación primaria, al momento del ingreso, los signos vitales estaban alterados, con hipotensión arterial, taquicardia y taquipnea. Al examen físico se evidenció: palidez generalizada de piel y mucosas; en el abdomen: 2 heridas por proyectil de bala a nivel del mesogastrio y la región lumbar derecha, que ocasionaban distensión y dolor abdominal, con los ruidos hidroaéreos abolidos. Se traslada al paciente a la sala de operaciones, donde se realiza una laparotomía exploradora, que evidencia traumatismo de duodeno II de grado III, lesión pancreática de grado II, do-

ble perforación en yeyuno y la vesícula biliar con hematoma en el bacinete. Se realiza exclusión pilórica, rafia de duodeno, rafia de yeyuno, gastrostomía, colecistectomía y yeyunostomía. Evoluciona favorablemente, en forma relativa, pues, a las 3 semanas, su cuadro se complica con peritonitis terciaria. Se decide una laparotomía reexploradora, que evidencia un absceso peripancreático con líquido purulento y fístula colónica. Se realiza hemicolectomía derecha e ileostomía, y se cierra temporalmente el abdomen con la bolsa de Bogotá. Posteriormente, se realizan lavados de cavidad, cada 48 h, durante 10 sesiones. Egresó en evidente recuperación a los 97 días de hospitalización.

El diagnóstico temprano reviste enorme significación en cuanto al pronóstico final.

El tratamiento quirúrgico depende de la integridad de los conductos colédoco y pancreático, así como de la intensidad de la lesión duodenal.

En nuestro servicio de emergencia utilizamos la siguiente clasificación basada en los hallazgos quirúrgicos² (tabla 1).

En la lesión duodenal de grado I se describe la observación con descompresión a través de sonda nasogástrica y nutrición parenteral durante 2 semanas. La lesión de grado II, sin factores de riesgo, representa la mayoría de las lesiones duodenales; el cierre primario es suficiente³.

Correspondencia: Dr. D.A. Ñaguazo Sánchez.
Ciudadela El Portal De Los Esteros. Villa 43.
Machala. Ecuador.
Correo electrónico: inaguazo@easynet.net.ec

TABLA 1. Clasificación de las lesiones duodenales

Grado I. Hematoma o laceración no penetrante
Grado II. Herida duodenal simple sin factores de riesgo
Grado III. Herida duodenal con factores de riesgo
Factores de riesgo
Traumatismo cerrado
Proyectil de alta velocidad
Herida de más del 75% de la pared
Herida de más del 50% de la segunda porción
Peritonitis
Choque
Herida de colon, vía biliar, tracto urinario o páncreas
Cirugía tardía, más de 24 h
Grado IV. Lesiones de reconstrucción difícil: lesión de la ampolla, colédoco distal o desvascularización



Fig. 1. Exclusión pilórica con gastrostomía, yeyunostomía para alimentación y cierre temporal del abdomen con la bolsa de Bogotá.

En la lesión de grado III con factores de riesgo la descompresión duodenal, por cualquiera de las alternativas existentes, reduce la mortalidad, y se puede realizarla mediante la diverticulización, el sistema de los tres tubos o la exclusión pilórica⁴.

Debido a las complicaciones de la gastroyeyunostomía, esto es la ulceración marginal, en nuestro servicio la evitamos y usamos la exclusión pilórica modificada con cierre del píloro, gastrostomía y yeyunostomía para alimentación, tipo Witzel (fig. 1).

Las otras dos alternativas presentan determinados inconvenientes. Las lesiones de grado IV no son frecuentes y en el paciente con inestabilidad hemodinámica está indicada la cirugía de control de daños⁵.

La exclusión pilórica es una alternativa quirúrgica adecuada, sencilla y no agresiva.

Bibliografía

1. Magaña I, Belmonte C, Noyola H, Cabello R. Traumatismo pancreatoduodenal combinado. *Cir Gen.* 2000;22:226-31.
2. Ferrada R. Comentario. En: Mattox K, Feliciano D, Moore E, editores. *Trauma.* México: Mc Graw Hill; 2001. p. 808-11.
3. Olguín A, Castillo M, Basilio A, Delgadillo S, Flores V. Trauma penetrante de duodeno en su segunda porción. Reporte de un caso. *Trauma.* 2002;5:58-61.
4. Vaughan G, Frazier O, Graham D. The use of pyloric exclusion in the management of severe duodenal injuries. *Am J Surg.* 1977;134:785.
5. Asensio J, Rojo E, Petrone P, Karsidag T, Pardo M, Demiray S, et al. Síndrome de exsanguinación. Factores predictivos e indicativos para la institución de la cirugía de control de daños. *Cir Esp.* 2003;73:120-9.