

Cartas al Editor

Hematoma duodenal tras esclerosis endoscópica

Palabras clave: Hematoma duodenal. Esclerosis.

DOI: 10.17235/reed.2017.4883/2017

Sr. Editor:

Presentamos el caso de un varón de 24 años de edad sin antecedentes personales de interés que acude a urgencias por melenas. Se realizó una gastroscopia en la que se observó una úlcera bulbar en la cara anterior con sangrado activo en *jet* que se esclerosó con 10 cc de adrenalina diluida a 1/10.000 y 8 cc de etoxiesclerol.

Dos semanas tras el episodio el paciente acudió de nuevo a urgencias por dolor epigástrico con aumento de amilasa y lipasa en la analítica.

En el TAC se observó una colección quística ovalada en la cabeza pancreática (Fig. 1). Ante estos hallazgos se decidió hacer una ecoendoscopia en la que se vio una cabeza del páncreas muy desestructurada y una distorsión en las capas de la segunda porción duodenal compatible con hematoma duodenal.

Al alta se remitió al paciente a la consulta de hematología diagnosticándose de púrpura trombocitopénica idiopática (PTI).

Discusión

El hematoma duodenal es una patología rara que suele ocurrir tras un traumatismo abdominal (1), aunque se han descrito casos

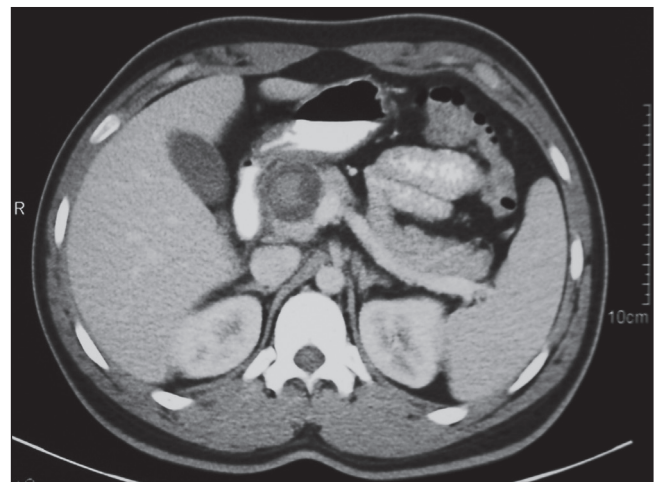


Fig. 1. Imagen quística ovalada en cabeza pancreática.

relacionados con terapia anticoagulantes, discrasias sanguíneas, enfermedades pancreáticas o tratamientos endoscópicos diagnósticos o terapéuticos (biopsias, escleroterapia o coagulación con argón) (2). Generalmente los hematomas están confinados en la pared posterior del bulbo y segunda porción. Los síntomas típicos incluyen dolor epigástrico, vómitos e incluso hematoquecia. El TAC es el método diagnóstico más habitual (3). Suelen resolverse de manera espontánea en 1 a 3 semanas con tratamiento conservador aunque puede ser necesario el tratamiento quirúrgico o el drenaje percutáneo en los casos en los que el tratamiento médico fracase (4). En los casos en los que se produzca una obstrucción completa duodenal o compresión de los órganos vecinos, es importante su diagnóstico y drenaje precoz para evitar el desarrollo de complicaciones como pancreatitis aguda, ictericia obstructiva, neumonía por aspiración o shock séptico (5).

Rebeca Irisarri Garde¹ y Juan José Vila Costas²

¹*Servicio de Aparato Digestivo. Hospital García Orcoyen. Estella, Navarra.* ²*Servicio de Aparato Digestivo. Complejo Hospitalario de Navarra. Pamplona, Navarra*

Bibliografía

1. Jones WR, Hardin WJ, Davis JT, et al. Intramural hematoma of the duodenum : a review of the literature and case report. *Annals of Surgery* 1971;4:534-44.
2. Grasshof C, Wolf A, Neuwirth F, et al. Intramural duodenal haematoma after endoscopic biopsy: case report and review of the literature. *Case Reports in Gastroenterology* 2012;1:5-14. DOI: 10.1159/000336022
3. Chang CM, Huang HH, How CK. Acute pancreatitis with an intramural duodenal hematoma. *Internal Medicine* 2015;7:755-7. DOI: 10.2169/internalmedicine.54.3147
4. Nolan GJ, Bendinelli C, Gani J. Laparoscopic drainage of an intramural duodenal haematoma; a novel technique and review of the literature. *World Journal of Emergency Surgery* 2011;6(1):42. DOI: 10.1186/1749-7922-6-42
5. Calhan T, Sahin A, Kahraman R, et al. A lethal complication of endoscopic therapy: duodenal intramural Hematoma. *Case Rep Gastrointest Med* 2015;2015:201675. DOI: 10.1155/2015/201675