

IMÁGENES EN PATOLOGÍA DIGESTIVA

Hematemesis y vómitos persistentes en paciente anticoagulada

R. Rivera Irigoín, E. Ubiña Aznar, F. Fernández Pérez, I. M. Méndez Sánchez, P. P. Moreno Mejías y A. Sánchez Cantos

Servicio de Aparato Digestivo. Hospital Costa del Sol. Marbella, Málaga

Mujer de 89 años con antecedentes de hipertensión arterial y fibrilación auricular en tratamiento anticoagulante con acenocumarol. Acude a Urgencias por hematemesis de sangre roja y mareos. La exploración física mostraba palidez cutáneo-mucosa, restos de sangre fresca en cavidad oral, sin inestabilidad hemodinámica. La analítica denotaba anemia normocítica (Hb 7,2 g/dl, VCM 89 fl), elevación de la urea con creatinina normal (78 mg/dl y 0,9 mg/dl) y alteración de la coagulación (AP 4,8%, INR 5,9). Tras transfusión de dos concentrado de hemáties y corrección de los parámetros de coagulación se realizó endoscopia digestiva alta de urgencia apreciando restos de sangre fresca en cavidad gástrica y a través del píloro se observaba un gran coágulo que ocupaba todo el bulbo duodenal (Fig. 1), se instauró tratamiento con fluidoterapia y dosis altas de omeprazol.

EVOLUCIÓN

La paciente permaneció hemodinámicamente estable y no presentó nuevos episodios de exteriorización hemática. A los tres días del ingreso se decide iniciar tolerancia, no obstante dos días después presenta vómitos persistentes sin otra sintomatología por lo que se decidió practicar nueva endoscopia para apreciar en bulbo duodenal una lesión de coloración violácea sin afectación mucosa que ocupaba la práctica totalidad de la luz e impedía el paso del endoscopio (Fig. 2), sugestiva de hematoma duodenal; la resonancia magnética y tomografía axial computarizada practicadas también fueron compatibles con hematoma intramural de duodeno de aproximadamente de 11 x 6,5 cm (Fig. 3), iniciándose tratamiento con reposo digestivo y nutrición parenteral, siendo dada de alta a los 14 días del ingreso con buena tolerancia de dieta normal.



Fig. 1. Gran coágulo en bulbo duodenal.



Fig. 2. Lesión en bulbo duodenal de aspecto submucoso que impide el paso del endoscopio.



Fig. 3. TAC abdominal. Lesión de aspecto heterogéneo en pared de duodeno compatible con hematoma duodenal.

DIAGNÓSTICO

Hematoma duodenal espontáneo, en relación con anticoagulación oral.

COMENTARIO

El hematoma duodenal fue descrito por primera vez en 1838 por McLauchlan, hasta el 60% de los casos se presenta en edad pediátrica y está en relación con traumatismos abdominales (1). En adultos el 80% de los hematomas duodenales son secundarios a traumatismos y también se han descrito como complicaciones de procedimientos endoscópicos tanto diagnósticos como terapéuticos (2,3). El hematoma espontáneo es poco frecuente y se observa en pacientes bajo tratamiento anticoagulante, con discrasias sanguíneas, enfermedades autoinmunes o más raramente como complicación de úlcera péptica o de pancreatitis aguda (4,5). El hematoma duodenal es una entidad poco frecuente y debemos sospecharla en pacientes con los factores de riesgo descritos y cuadro de obstrucción digestiva alta o hemorragia; en su evolución debido al efecto mecánico sobre la vía biliar y pancreática puede conducir al desarrollo de ictericia obstructiva o pancreatitis (5). El diagnóstico precoz y la vigilancia de las complicaciones son cruciales. El manejo conservador en estos casos creemos es el más adecuado, habiéndose descrito medidas más agresivas como el drenaje ya sea por vía percutánea, laparoscópica o cirugía abierta (5-7).

BIBLIOGRAFÍA

1. Jewett TC, Caldarola V, Kart MP, et al. Intramural hematoma of the duodenum. *Arch Surg* 1988; 123: 54-8.
2. Karjoo M, Luisiri A, Silberstein M, Kane RE. Duodenal hematoma and acute pancreatitis after upper gastrointestinal endoscopy. *Gastrointest Endosc* 1994; 40 (4): 493-5.
3. Rother B, Schreiner J, Lehnert P, et al. Gastrointestinal intramural hematoma, a complication of endoscopic injection methods for bleeding peptic ulcers: A case series. *Endoscopy* 1994; 26: 617-21.
4. Hosli P, Schapira M. Spontaneous duodenal hematoma during oral anticoagulation. *N Engl J Med* 2000; 343 (7): 474.
5. Ahn MS, Miyai K, Carethers JM. Intramural duodenal hematoma presenting as a complication of peptic ulcer disease. *J Clin Gastroenterol* 2001; 33 (1): 53-5.
6. Maemura T, Yamaguchi Y, Yukioka T, et al. Laparoscopic drainage of an intramural duodenal hematoma. *J Gastroenterol* 1999; 34: 119-22.
7. Korbeek JB, Brown M, Steed B. Percutaneous drainage of a duodenal hematoma. *Injury* 1997; 28: 419-20.