

# Trauma duodenal. Consecuencias del retraso en su diagnóstico

## Duodenal trauma. Consequences of delay in diagnosis

Sr. Director:

Hemos leído con interés el artículo de García Santos et al.<sup>1</sup>, que revisa las lesiones duodenales traumáticas, y describe la importancia del diagnóstico temprano, ya que la demora aumenta las tasas de morbimortalidad. A propósito de dicho artículo, presentamos nuestra experiencia en una mujer de 26 años que sufrió un traumatismo duodenal secundario a un accidente de tráfico. Inicialmente se realizó un TAC abdominal en su hospital comarcal, y ante los hallazgos de neumoperitoneo y líquido libre intraabdominal se intervino quirúrgicamente. En dicha intervención únicamente se detectó un hematoma retroperitoneal en la región pancreático-duodenal, lesión que no fue explorada. Posteriormente fue trasladada a nuestro centro por presentar un traumatismo torácico, y a las 48 h presentó inestabilidad hemodinámica y contenido biliar en el drenaje abdominal, motivo por el cual fue reintervenida. Durante la reintervención se detectó sección completa de la segunda y tercera porción duodenal, así como peritonitis biliar. Se practicó una variante de diverticulización duodenal mediante el cierre de ambos muñones duodenales, tubo de Kher en la vía biliar, gastroyeyunostomía, duodenostomía retrógrada de descarga con sonda de Foley y drenaje de la región duodeno-pancreática (fig. 1). Durante el postoperatorio inmediato presentó una fístula pancreato-duodenal y una colección perihepática, resueltas con tratamiento conservador. Tras el alta hospitalaria desarrolló un síndrome de Dumping y reflujo gastroesofágico, demostrándose gastritis alcalina en la endoscopia de control. Se decidió una intervención quirúrgica para la realización de una antrectomía, resección de la anastomosis gastro-yeyunal previa, reconstrucción con anastomosis gastro-yeyunal y anastomosis



Figura 1 – Fístula en segunda-tercera porción duodenal.

duodeno-yeyunal. Actualmente se encuentra en seguimiento y asintomática.

Las lesiones duodenales traumáticas son infrecuentes, su incidencia es del 4-5%, y casi siempre son secundarias a traumatismos penetrantes<sup>2</sup>. La sospecha clínica de lesión duodenal es clave para su diagnóstico precoz, y debe fundamentarse en la exploración física y el mecanismo del trauma. Nuestra paciente presentó las marcas del cinturón de seguridad, un signo relacionado con lesiones duodenales en un politraumatizado. Los datos de laboratorio y radiología simple de abdomen no son definitivos para el diagnóstico, y por ello la mayoría de los autores<sup>1-4</sup> consideran el TAC abdominal con doble contraste el método diagnóstico inicial más específico para el diagnóstico de esta lesión en pacientes hemodinámicamente estables. El hallazgo de un hematoma retroperitoneal en zona I durante la laparotomía, particularmente paraduodenal, debe alertarnos de un posible trauma duodenal y nos obliga a su exploración<sup>5</sup>. En nuestro caso, la omisión de esta exploración condicionó el diagnóstico tardío de la perforación duodenal.

Para algunos autores<sup>2,6</sup> la mayoría de los casos de traumatismo duodenal pueden resolverse mediante una rafia primaria. No obstante, el diagnóstico tardío, como en nuestro caso, obliga a procedimientos quirúrgicos complejos como la exclusión pilórica o la diverticulización duodenal, incrementando la morbimortalidad, estancia hospitalaria, complicaciones y reintervenciones en estos pacientes.

### Conflicto de intereses

No existe conflicto de intereses entre los autores.

### BIBLIOGRAFÍA

1. García Santos E, Soto Sánchez A, Verde JM, Marini CP, Asensio JA, Petrone P. Lesiones duodenales secundarias a traumatismo: revisión de la literatura. *Cir Esp*. 2015;93:68-74.
2. Asensio JA, Martín W, Petrone P, Roldán G, Pardo M, García JC, et al. Traumatismos duodenales: lesiones complejas. *Cir Esp*. 2003;74:308-15.
3. Feliciano DV. Management of traumatic retroperitoneal hematoma. *Ann Surg*. 1990;211:109-23.
4. Melamud K, LeBedis CA, Soto JA. Imaging of pancreatic and duodenal trauma. *Radiol Clin North Am*. 2015;53:757-71.
5. Darwin A, Iñaguazo S. Exclusión pilórica en lesión duodeno-pancreática combinada: reporte de 2 casos. *Rev Chil Cir*. 2007;59:374-8.

6. Chen GQ, Yang H. Management of duodenal trauma. *Chin J Traumatol.* 2011;14:61-4.

Sergio Builes Ramírez<sup>a</sup>, María Alejandra García Novoa<sup>a\*</sup>,  
Nicolasa Fernández Soria<sup>a</sup> y Manuel Gómez Gutiérrez<sup>b</sup>

<sup>a</sup>Servicio de Cirugía General y del Aparato Digestivo, Complejo Hospitalario Universitario de A Coruña, A Coruña, España

<sup>b</sup>Sección de Hepatobiliopancreática, Servicio de Cirugía General y del Aparato Digestivo, Complejo Hospitalario Universitario de A Coruña, A Coruña, España

\* Autor para correspondencia.

Correos electrónicos: [mag\\_1406@hotmail.com](mailto:mag_1406@hotmail.com),  
[maria.alejandra.garcia.novoa@sergas.es](mailto:maria.alejandra.garcia.novoa@sergas.es)  
(M.A. García Novoa).

<http://dx.doi.org/10.1016/j.ciresp.2015.10.004>  
0009-739X/

© 2015 AEC. Publicado por Elsevier España, S.L.U. Todos los derechos reservados.