

Javier Serrano González^{a,*}, María García Martos^b,
Laura Román García de León^c, Laura Colao García^a
y Pablo Galindo Jara^a

^a Servicio de Cirugía General y del Aparato Digestivo,
Hospital Universitario de Torrejón, Torrejón de Ardoz,
Madrid, España

^b Servicio de Anatomía Patológica, Hospital Universitario
de Torrejón, Torrejón de Ardoz, Madrid, España

^c Servicio de Cirugía General y del Aparato Digestivo,
Hospital Universitario Puerta de Hierro-Majadahonda,
Majadahonda, Madrid, España

* Autor para correspondencia.

Correo electrónico: jserrano@torrejonselud.com
(J. Serrano González).

<https://doi.org/10.1016/j.gastrohep.2018.09.001>
0210-5705/

© 2018 Elsevier España, S.L.U. Todos los derechos reservados.

Obstrucción duodenal por hematoma intramural como complicación de la biopsia endoscópica



Duodenal obstruction due to intramural haematoma as a complication of endoscopic biopsy

La obstrucción intestinal secundaria a un hematoma intramural es una complicación infrecuente, en general secundaria a traumatismos abdominales, tratamiento anticoagulante o enfermedades hematológicas¹. La biopsia endoscópica del duodeno es una causa muy infrecuente de hematoma intramural con casos aislados en la literatura, la mayoría en niños^{2,3}. En una serie de casi 27.000 procedimientos realizados en un período de 12 años, la incidencia de esta complicación fue de 1/1.922 procedimientos (2015).

Presentamos el caso de una paciente de 27 años con enfermedad celíaca diagnosticada en el 2013 a raíz de antecedente familiar, HLA DQ2 positivo, anticuerpos anti-transglutaminasa de 30 UI/ml y biopsias de duodeno con atrofia vellositaria leve (Marsh 3A). La paciente no seguía dieta estricta sin gluten ni control clínico hasta la fecha, cuando consulta por astenia y diarrea intermitente; con un IMC de 19. La gastroscopia mostró una mucosa duodenal normal. Se obtuvieron biopsias con pinza estándar, no presentó hemorragia durante la exploración y fue dada de alta a su domicilio asintomática. A las 12 h inició cuadro de náuseas, vómitos y dolor epigástrico. A la exploración afebril con TA 108/60 mmHg, FC 65×' y abdomen doloroso a la palpación de mesogastrio, pero sin signos de irritación peritoneal. La radiografía de abdomen no mostró neumoperitoneo; Análítica: leucocitos $10,8 \times 10^3/\mu\text{l}$, Hb de 11,8 g/dl, plaquetas $222 \times 10^3/\mu\text{l}$, tiempo de protrombina 98%, TTPA de 29,1 s, PCR 1,3 mg/dl, GPT 19 U/l, GGT 43 U/l, FA 55 U/l, bilirrubina total 0,6 mg/dl y amilaseemia 130 U/l. Ante la persistencia de la clínica obstructiva y el dolor intenso, a pesar de la aspiración nasogástrica y analgesia, se realizó TAC abdominal que mostró una gran colección de $4 \times 8 \times 10$ cm, AP \times LL \times cc en contacto con el duodeno con desplazamiento a la izquierda de cabeza pancreática y arteria y vena mesentérica superior. La colección presentaba contenido heterogéneo compatibles con hematoma duodenal; solo se realizó fase portal, por lo que no se pudo descartar hemorragia activa por contenido hiperdenso en su interior que podía corresponder a

extravasación de contraste intravenoso. Con todo esto se decidió laparotomía exploradora.

La exploración mostró hematoma duodenal que afectaba desde píloro y disecaba la primera porción duodenal y parte inicial de la segunda, sin evidencia de perforación transmural. Se realizó drenaje del hematoma con evacuación de coágulos, dejando gastrostomía de descarga. En el postoperatorio se instauró nutrición parenteral total y anti-bioterapia EV con recuperación sin incidencias, siendo alta hospitalaria a los 28 días con dieta oral.

El estudio histológico de las biopsias duodenales mostró aumento de linfocitos intraepiteliales sin atrofia vellositaria (Marsh 1).

El estudio de coagulación fue normal (tanto recuento plaquetar, tiempo de protrombina y TTPA); no se realizaron estudios más dirigidos (fig. 1).

La obstrucción intestinal secundaria al hematoma duodenal es una complicación muy infrecuente de la endoscopia, con casos aislados en la literatura, la mayoría en niños sanos^{2,3}. La biopsia endoscópica podría tener un mayor riesgo en pacientes con trastornos hematológicos y, aunque la información disponible es escasa⁴, en estos pacientes la indicación de la biopsia debe ser cuidadosamente justificada.

En nuestra paciente no se objetivó ninguna alteración de la coagulación que pudiera haber contribuido al desarrollo del hematoma. A pesar del recuento de plaquetas, tiempo de protrombina y TTPA normales pudiera aún existir en esta paciente un mayor riesgo de hemorragia secundario a disfunción plaquetar u otra alteración de la coagulación relacionada con su enfermedad de base. Sin embargo, no se realizaron estudios de agregación plaquetar o niveles de fibrinógeno o dímero-D que podrían ser de utilidad. La única intervención fue la obtención de biopsias de la mucosa con pinza estándar y el hematoma parece ser consecuencia únicamente de la lesión vascular por el traumatismo de la pinza de biopsia, al igual que en otros casos descritos en la literatura en niños sin enfermedad hematológica o coagulopatía subyacente que haya podido contribuir al desarrollo de esta complicación. En este sentido, la relativa fijación retroperitoneal del duodeno y una rica vascularización submucosa son factores que podrían explicar el mayor riesgo en niños o un adulto de constitución delgada, no obstante, nuestra paciente presentaba un IMC normal. Desconocemos si se realizó biopsia sobre biopsia con lesión de un vaso submucoso que pudiera justificar el desarrollo del hematoma.

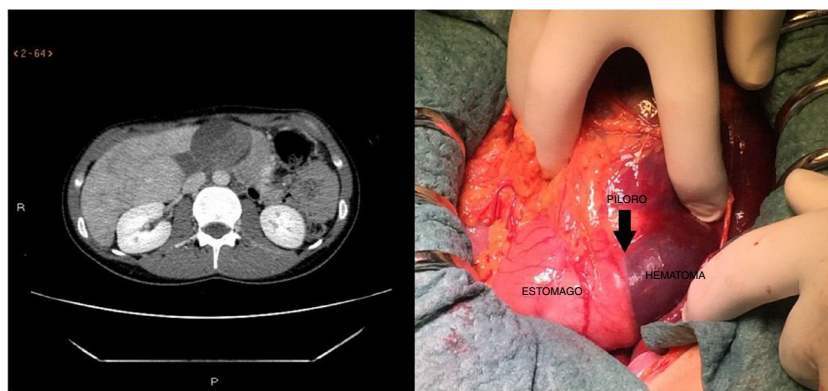


Figura 1 Hematoma duodenal visto por TAC (A) y en el acto quirúrgico (B).

Sin embargo, Sahn et al.¹ no observaron ninguna relación de la incidencia de hematoma ni con el número de biopsias ni con los hallazgos histológicos y la revisión histológica mostró únicamente un aumento de linfocitos intraepiteliales (Marsh 1) y no pudo evidenciar laceraciones vasculares.

Clínicamente se presenta con dolor abdominal a las horas del procedimiento y dependiendo de la extensión del hematoma, vómitos por la obstrucción duodenal; en casos de afectación de la papila de Vater por el hematoma se ha descrito también ictericia y pancreatitis aguda.

El tratamiento conservador es el tratamiento estándar. La mayoría de los pacientes con un hematoma intramural duodenal responden favorablemente a este tratamiento con aspiración nasogástrica, interrupción de la anticoagulación y/o corrección de la coagulación si procede, reposición hidroelectrolítica y/o nutrición parenteral con resolución progresiva de los síntomas obstructivos en pocos días^{1,3}. Sin embargo, en casos de hematoma complicado con compresión de la vía biliar con ictericia o pancreatitis, evidencia de hemorragia, infarto, peritonitis o la obstrucción intestinal persistente con tratamiento conservador, la intervención quirúrgica o endoscópica puede ser necesaria^{2,5}. En nuestra paciente la rápida progresión y severidad del cuadro clínico con dolor abdominal y vómitos muy intensos a las 12 h del procedimiento, y a que no se pudo descartar con seguridad la persistencia de la hemorragia por la presencia de material hiperdenso en su interior (no se realizó ni fase arterial ni venosa sólo fase portal, para poder catalogar bien el sangrado) se decidió manejo quirúrgico.

En conclusión, el hematoma intramural duodenal es una complicación potencial de la biopsia endoscópica que los endoscopistas deben conocer y reconocer para un diagnóstico temprano y un manejo adecuado.

Bibliografía

1. Sahn B, Anupindi SA, Dadhania NJ, Kelsen JR, Nance ML, Mamula P. Duodenal hematoma following EGD: Comparison with blunt

abdominal trauma-induced duodenal hematoma. *J Pediatr Gastroenterol Nutr.* 2015;60:69–74.

2. Kwon CI, Ko KH, Kim HY, Hong SP, Hwang SG, Park PW, et al. Bowel obstruction caused by an intramural duodenal hematoma: a case report of endoscopic incision and drainage. *J Korean Med Sci.* 2009;24:179–83.
3. Izquierdo Renau M, Pereda Pérez A, Sangüesa Nebot C, Lluna J. Post-biopsy intramural duodenal haematoma. *An Pediatr (Barc).* 2008;68:624–5.
4. Hameed S, McHugh K, Shah N, Arthurs OJ. Duodenal haematoma following endoscopy as a marker of coagulopathy. *Pediatr Radiol.* 2014;44:392–7.
5. Nolan GJ, Bendinelli C, Gani J. Laparoscopic drainage of an intramural duodenal haematoma: A novel technique and review of the literature. *World J Emerg Surg.* 2011;20:42.

Marianela Mego^{a,*}, Natalia Lugo^b, Jordi Roura^c
y Esteban Saperas^a

^a Servicio de Digestivo, Hospital Universitari General de Catalunya, Quirón Salud, San Cugat del Vallés, Barcelona, España

^b Servicio de Radiología, Hospital Universitari General de Catalunya, Quirón Salud, San Cugat del Vallés, Barcelona, España

^c Servicio de Cirugía, Hospital Universitari General de Catalunya, Quirón Salud, San Cugat del Vallés, Barcelona, España

* Autor para correspondencia.

Correo electrónico: marianelamego@hotmail.com
(M. Mego).

<https://doi.org/10.1016/j.gastrohep.2018.07.011>
0210-5705/

© 2018 Elsevier España, S.L.U. Todos los derechos reservados.