

SEPSIS BILIAR SECUNDARIA A HEMATOMA EN DIVERTÍCULO DUODENAL: UNA ETIOLOGÍA INFRECUENTE.

BILIARY SEPSIS DUE TO HEMATOMA IN DUODENAL DIVERTICULUM: AN UNCOMMON ETIOLOGY.

López González J, Moreno Moraleda I, Práxedes González E, Delgado Maroto A

Hospital Torrecárdenas. Almería.

Resumen

Los hematomas intramurales del tracto digestivo son poco frecuentes. La gran mayoría son de origen traumático. Los hematomas espontáneos suelen estar relacionados con terapia anticoagulante. Presentamos el caso de un hematoma espontáneo duodenal en una paciente anticoagulada, que provocó obstrucción biliar y colangitis aguda dado su gran tamaño.

Palabras clave: hematoma duodenal, divertículo duodenal, sepsis biliar.

Abstract

Intramural hematomas of the gastrointestinal tract are uncommon. Most of them occur after a trauma. Spontaneous hematomas are usually related with anticoagulant therapy. We present a case of a spontaneous hematoma in a patient who took acenocoumarol, which caused obstruction and acute cholangitis due to its large size.

Keywords: duodenal hematoma, duodenal diverticulum, biliary sepsis.

CORRESPONDENCIA

José López González
Hospital Torrecárdenas
04009 Almería
pepe_1993_17@hotmail.com

Fecha de envío: 17/04/2020

Fecha de aceptación: 05/07/2020

Introducción

Los hematomas duodenales espontáneos son una entidad poco frecuente, relacionados la mayoría de las veces con coagulopatías o toma de anticoagulantes orales. También pueden aparecer tras el tratamiento endoscópico de una úlcera péptica¹. Su presentación habitual suele ser un cuadro de vómitos, náuseas o sangrado digestivo, aunque entre las complicaciones descritas también figuran

la pancreatitis aguda o los cuadros de colestasis. Presentamos el caso de una sepsis biliar secundaria a un hematoma espontáneo en un divertículo duodenal en paciente anticoagulada.

Caso clínico

Mujer de 84 años con antecedente personal de hipertensión arterial y fibrilación auricular en tratamiento con acenocumarol que acude a urgencias por cuadro de ictericia y dolor en hipocondrio derecho, asociado a náuseas, vómitos y fiebre de hasta 38,5°C en domicilio de varios días de evolución. A su llegada a Urgencias se constata inestabilidad hemodinámica con tensión arterial 90/56 mmHg y 105 latidos por minuto.

En la exploración física observamos ictericia subconjuntival, y un abdomen blando y depresible, doloroso a la palpación en hipocondrio derecho, con sensación de masa a la palpación profunda y signo de Murphy negativo.

Analíticamente, destaca elevación de bilirrubina hasta 4,8 mg/dl, acompañado de hipertransaminasemia de bajo rango y aumento de enzimas de colestasis, asociado a signos de insuficiencia renal aguda, coagulopatía secundaria a tratamiento anticoagulante y elevación de reactantes de fase aguda.

Ante la sospecha de sepsis biliar secundaria a coledocolitiasis se inicia antibioterapia con Piperacilina-Tazobactam y se solicita ecografía abdominal en el servicio de Urgencias, que se completa con la realización de un TAC abdominal con contraste intravenoso de forma simultánea. En el TAC se objetivaba imagen de aspecto pseudonodular de unos 53x56 mm en íntimo contacto con margen medial de 2ª porción duodenal alcanzando 3ª porción, de contenido denso heterogéneo, y con gas que comunica con luz duodenal, sugiriendo como primera posibilidad hematoma en divertículo de segunda porción duodenal (Figuras 1 y 2), que condiciona ligera dilatación de vía biliar extrahepática.



Figura 1

Imagen donde se objetiva inicialmente la imagen pseudonodular heterogénea, compatible con hematoma.

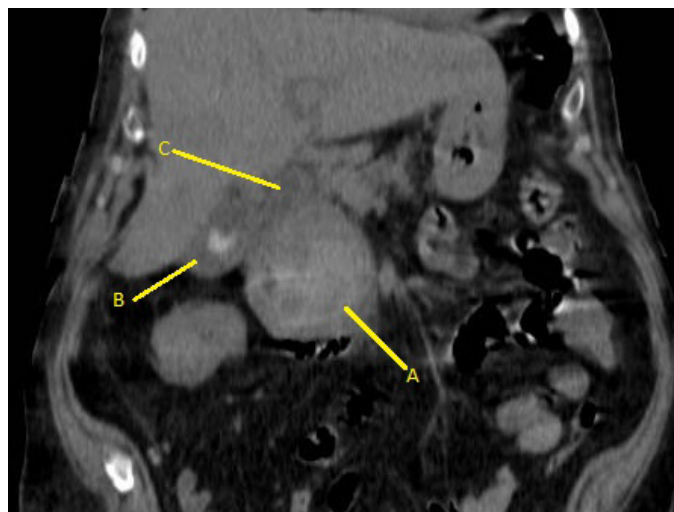


Figura 2

Corte frontal donde se observa la imagen pseudonodular de contenido denso heterogéneo en contacto con la segunda porción duodenal de 56x53 mm. A: hematoma; B: vesícula biliar; C: duodeno.

Tras la estabilización hemodinámica de la paciente, con mejoría del estado general tras 12 horas de sueroterapia y antibioterapia intravenosa sin necesidad de uso de drogas vasoactivas, se decide manejo conservador del cuadro, con suspensión de acenocumarol, corrección de la coagulopatía con vitamina K intravenosa y administración de heparina de bajo peso molecular a dosis profilácticas.

La paciente evoluciona de forma favorable, objetivándose en TAC abdominal con contraste intravenoso de control a los diez días disminución de la lesión hasta 40x38mm (Figura 3). No se objetivaron lesiones o malformaciones vasculares que pudiesen haber sido la causa de producción de la lesión. La paciente pudo ser dada de alta a las dos semanas del ingreso hospitalario, anticoagulada con heparina de bajo peso molecular en lugar de sintrom, asintomática, con normalización de bilirrubina y disminución de los reactantes de fase aguda.

Discusión

Los hematomas de intestino delgado espontáneos se asocian de forma mayoritaria con la toma de anticoagulantes y, por el momento, no se han descrito casos relacionados con terapia antiplaquetaria. Se estima una incidencia de uno de cada 2500 pacientes anticoagulados por año (0,04%/año). La región anatómica donde aparecen de forma más frecuente es el yeyuno (64-69%), seguida del íleon (26-38%) y duodeno (10-23%). Por el contrario, en el caso de un origen traumático, el duodeno es la localización más frecuente.

Las presentaciones clínicas más frecuentes de esta entidad incluyen el dolor abdominal, el sangrado digestivo en forma de hematemesis o melenas, las náuseas y los vómitos. Otras manifestaciones mucho menos frecuentes son la ictericia obstructiva, la pancreatitis aguda y la perforación intestinal².



Figura 3

Corte coronal a los 10 días del ingreso, con disminución de la lesión respecto a estudio previo, midiendo 40x38mm. A: lesión; B: vesícula biliar; C: duodeno.

Bibliografía

1. Su H, Kyoung H, Hee W, Pyo S, Young J. Huge intramural duodenal hematoma complicated with obstructive jaundice following endoscopic hemostasis. *Korean J gastroenterol*, 2019, 73 (1), 39-44. DOI: 10.4166/kjg.2019.73.1.39.
2. Eurboonyanun C, Somsap K, Ruangwannasak S, Sripanaskul A. Spontaneous Intramural Duodenal Hematoma: Pancreatitis, Obstructive Jaundice, and Upper Intestinal Obstruction. *Case Rep Surg*. 2016. DOI: 10.1155/2016/5321081.
3. Basir N, Chong V H. Spontaneous intramural duodenal haematoma with transient biliary obstruction and acute cholecystitis. *Singapore Med J*. 2010; 51(12); 198-200.

Su manejo es conservador con medidas de soporte: mantenimiento de la estabilidad hemodinámica, transfusión sanguínea si es precisa y corrección de las alteraciones de la coagulación que puedan haber contribuido a su formación. Los inhibidores de la bomba de protones son especialmente importantes si existen úlceras o erosiones asociadas. En la mayoría de las ocasiones estos hematomas pueden manejarse con tratamiento conservador de forma satisfactoria. Sin embargo, en algunos casos, es necesario el drenaje guiado por ecografía o la intervención quirúrgica³. El tiempo medio para la resolución completa de estos hematomas suele estar en las tres semanas, aunque es muy variable.

En el caso de nuestra paciente, debido a la colangitis secundaria a la obstrucción biliar del hematoma, fue necesario el empleo de antibioterapia. Esto, junto con la sustitución del acenocumarol por heparina y la dieta absoluta, fueron suficientes para la reducción del tamaño del hematoma, normalizándose al alta los niveles de bilirrubina sin precisar drenaje de la vía biliar de forma invasiva.