

## Una opción en el tratamiento de lesión de duodeno *A choice in the treatment of injury duodenum*

Mariel E. Taranto, Natalia V. Estévez, Emiliano A. Navarro, Rafael A. Inzeo

Servicio de Cirugía  
General, Hospital  
Interzonal General de  
Agudos Pedro Fiorito,  
Avellaneda, Buenos  
Aires. Argentina

Correspondencia:  
Mariel E. Taranto  
e-mail: mariel\_taranto@  
hotmail.com

### RESUMEN

Las lesiones de duodeno son poco frecuentes: representan tan solo el 4% de todas las lesiones intra-abdominales. De las duodenales, las de la tercera porción son infrecuentes. En el presente artículo se describe el caso de un paciente masculino de 23 años herido por arma blanca en región de epigastrio con lesión a nivel de tercera porción duodenal (Grado III según la clasificación de la AAST para lesiones duodenales), que luego de la primera cirugía de control del daño evoluciona con una fistula de alto débito. Por esta razón requiere una segunda cirugía definitiva, lo que nos da una opción al tratamiento de lesiones extensas de duodeno, como veremos en el presente trabajo. Se realiza una revisión del manejo de dichas lesiones.

■ **Palabras clave:** duodeno, traumatismo, parche duodenal.

### ABSTRACT

Duodenal injuries are rare, representing only 4 % of all intra-abdominal injuries. Duodenal lesions of the third portion are infrequent. The case of a male patient aged 23 presented stab wound at the region epigastric presenting lesion in third duodenal portion (Grade III according to the AAST classification for duodenal lesions) after the first surgery damage control evolves with a fistula of high debt for which it requires a second definitive surgery which gives us an option to the treatment of extensive lesions of duodenum as we will see in the present work. A review of the management of such lesions is performed.

■ **Keywords:** duodenum, trauma, duodenal patch.

Recibido el  
22 de enero de 2017  
Aceptado el  
21 de marzo de 2017

Las lesiones traumáticas de duodeno son infrecuentes; su incidencia no llega al 4% de todas las laparotomías por traumatismos abdominales, pero producen una alta tasa de morbimortalidad, por lo cual es importante el diagnóstico y tratamiento precoz para disminuir el porcentaje de complicaciones. En el 35% de los casos, la lesión corresponde a la segunda porción, mientras que la tercera y la cuarta porción se lesionan en un 15% cada una de ellas<sup>1</sup>. El diagnóstico de la lesión duodenal requiere un alto índice de sospecha clínica. El mecanismo del traumatismo y los hallazgos del examen físico aportan datos para el diagnóstico de estas lesiones<sup>2</sup>. Cuando se examina al paciente, se debe recordar que la localización retroperitoneal del duodeno no deja manifestar lesiones tempranas en el examen físico, el cual se caracteriza por hallazgos mínimos. Hay que tener en cuenta la elevada frecuencia de lesiones asociadas, ya que el duodeno está en íntima relación con otros órganos. El hígado es el órgano más frecuentemente lesionado (17%), seguido por el páncreas, el intestino delgado, el colon y el estómago, así como también con estructuras vasculares importantes (aorta,

vena cava, vena porta), que pueden poner en riesgo la vida del paciente<sup>3</sup>.

Informamos el caso de un hombre de 23 años que ingresa en el servicio de urgencias hemodinámicamente inestable, con el antecedente de presentar herida compatible con arma blanca abdominal en región de epigastrio, de 24 horas de evolución autoinfligida. Como antecedente de relevancia presenta esquizofrenia asociada a cuadro de depresión grave sin tratamiento. Al examen físico se evidencia abdomen doloroso, distendido, con defensa muscular y reacción peritoneal. Presenta evisceración de epiplón por solución de continuidad cutánea compatible con herida de arma blanca. Se decide conducta quirúrgica de urgencia, la que pone en evidencia una lesión a nivel de tercera porción de duodeno de 1 cm aproximadamente en cara anterior y otra en cara posterior, con bordes irregulares y tejido friable (Grado III según la clasificación de la AAST para lesiones duodenales)<sup>4</sup>. Se asocian lesiones intraabdominales como peritonitis generalizada, laceración de serosa gástrica y retroperitonitis. Se efectúa cirugía de control de daños por presentarse el paciente hemodi-

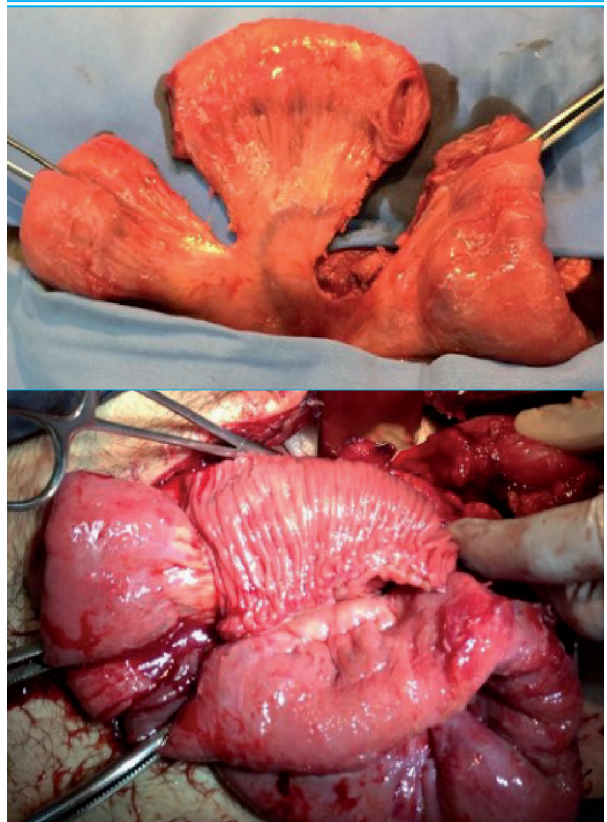
námicamente inestable; con la realización de rafia gástrica se unifican las lesiones de cara anterior y posterior del duodeno a nivel de la tercera porción, evidenciando solución de continuidad mayor de 5 cm, duodenostomía sobre sonda Pezzer y yeyunostomía de alimentación. El paciente pasa al servicio de terapia intensiva con requerimiento de inotrópicos en asistencia ventilatoria mecánica. Evolución con una fístula duodenal de alto débito (2000 mL diarios aproximadamente) por lo cual, luego de dos semanas, se decide nueva conducta quirúrgica donde se evidencia filtración de líquido biliar alrededor de la sonda Pezzer colocada en tercera porción duodenal. Esta se retira, se reavivan los bordes de la lesión duodenal (como se puede observar en la figura 1) y se opta por la realización de cierre de duodeno con parche de asa de yeyuno pediculizada. Se detalla a continuación la técnica quirúrgica utilizada: se identifica segunda asa yeyunal a 12 cm con su pedículo, se abre el asa en sentido longitudinal por el borde antimesentérico y se recorta para adaptar la forma del defecto duodenal (Fig. 2); luego se confecciona el parche en dos planos seromusculares de *surget* con sutura reabsorbible 3-0. Por último, se realiza la anastomosis entero-entérica término-terminal (Fig. 3). Al cuarto día posoperatorio comienza con alimentación enteral por yeyunostomía y al séptimo día se evidencia catarsis positiva. Durante 21 días permanece en terapia intensiva para control y apoyo respiratorio con ventilador, al cabo de los cuales el paciente fue egresado a la sala de cirugía general. Un mes después de la reintervención se realiza estudio contrastado donde se evidencia buen pasaje de medio de contraste a través del duodeno; no se observaron fuga ni signos de estenosis. Cuarenta días después el paciente fue dado de alta de nuestro servicio en buenas condiciones generales.

En cuanto al tratamiento utilizado para la resolución de las lesiones duodenales por diferentes me-

canismos se toma en cuenta la clasificación propuesta por la American Association for the Surgery of Trauma<sup>4</sup> (Tabla 1); el tratamiento apropiado depende de la extensión de cada lesión

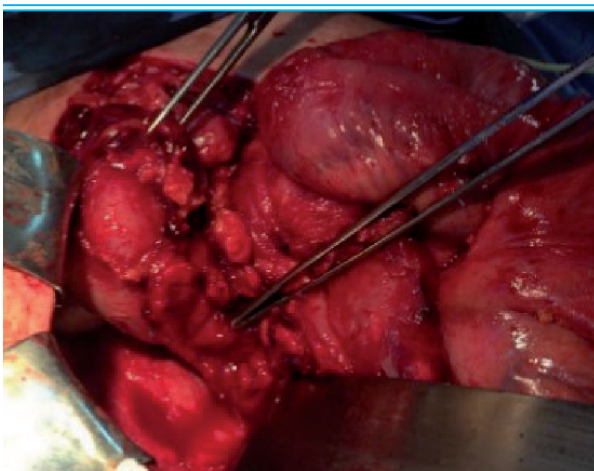
En lesiones de gran tamaño, cuando el defecto parietal del duodeno es amplio, su cierre primario lo expone a la obstrucción por estenosis, por lo cual

FIGURA 2



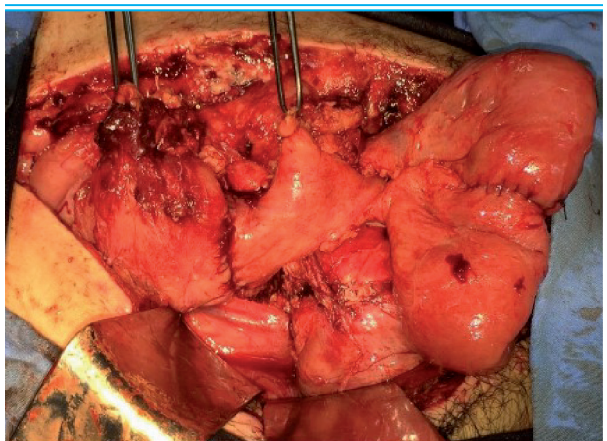
Preparación de asa yeyunal para confección de parche

FIGURA 1



Lesión a nivel de tercera porción duodenal

FIGURA 3



Parche duodenal con asa yeyunal pediculizada

TABLA 1

Clasificación de la American Association for the Surgery of Trauma (AAST)-Organ Injury Scale para lesiones duodenales (1990)

Grado	Lesión	Descripción
I	Hematoma	Involucra una única porción duodenal
	Laceración	Laceración parcial, sin perforación
II	Hematoma	Involucra más de una porción
	Laceración	Disrupción de menos del 50% de la circunferencia
III	Laceración	Disrupción de 50-75% de la circunferencia de D2
		Disrupción de 50-100% de la circunferencia de D1 D3 D4
IV	Laceración	Disrupción de 75-100% de la circunferencia de D2
		Involucra la ampolla o la porción distal del conducto biliar común
V	Laceración	Disrupción masiva del complejo duodenopancreático
	Vascular	Desvascularización del duodeno

una opción válida es la realización del cierre de duodeno con parche de asa yeyunal pediculizada. Una de las ventajas de la utilización de esta técnica es que no se halla limitada por la extensión de la lesión<sup>5</sup>. A pesar de la aplicación de un tratamiento adecuado existe una alta incidencia de complicaciones asociadas con esta patología. Las dos principales son la formación de fistulas y la obstrucción duodenal. La mayoría de las series comunican una incidencia de fistulas que oscila entre el 6 y el 11%. Esta complicación se presenta con más frecuencia después del quinto día tras la cirugía<sup>6</sup>. La alta tasa de mortalidad relacionada con el traumatismo duodenal en gran parte se ve afectada por la existencia de lesiones asociadas.

#### Referencias bibliográficas

1. Perera S, García H. Cirugía de urgencia. 2ª edición. Buenos Aires: Editorial Médica Panamericana; 2006.
2. Asensio JA, Petrone P, Kimbrell B, Kuncir E. Trauma duodenal. Técnica y manejo. Rev Colomb Cir. 2006; 21(1).
3. Magaña Sánchez IJ, García Núñez LM. Alternativas de manejo del trauma duodenal. Cirujano General 2013; 35 (Supl. 1).
4. American College of Surgeons, Committee on Trauma (AAST). Advanced Trauma Life Support Manual. Chicago, IL; 1997.
5. Oria AS, Amato NO, Hernández NA, Sternberg E. Reemplazo de pared duodenal mediante injerto pediculado de yeyuno. Rev Argent Cirug. 1993; 64:210-2.
6. Asensio JA, García WM, Petrone P, Pardo M, García JC, García Nuñez LM, et al. Lesiones duodenales. Parte II. Cirujano General 2005; 27(3).