UNIVERSIDAD DE SAN CARLOS DE GUATEMALA
FACULTAD DE CIENCIAS MEDICAS

HEMATOMA INTRAMURAL DE YEYUNO

TESIS

Presentada a la Junta Directiva de la
Facultad de Ciencias Médicas de la
Universidad de San Carlos de Guatemala

POR

EDGAR FERNANDO ORTIZ CABRERA

En el acto de Graduación de

MEDICO Y CIRUJANO

CONTENIDO

INTRODUCCION

OBJETIVOS

ANTECEDENTES

MATERIAL Y METODOS

REVISION BIBLIOGRAFICA

PRESENTACION Y ANALISIS DE CASO

CONCLUSIONES

RECOMENDACIONES

BIBLIOGRAFIA

INTRODUCCION

El trauma abdominal cerrado de superficie pequeña, puede ser causante como ya es conocido, de lesiones pancreatoduodenales, y en mucho menor frecuencia de lesiones yuyenales, las cuales se hacen menos frecuentes aun, cuando se trata de hematomas parietales.

El hematoma intramural de yeyuno, constituye una entidad patológica, que dependiendo de su severidad puede ser causante de obstrucción intestinal y/o necrosis por congestión venosa; presentando una evolución de difícil diagnóstico inicial, ya que dada su especial fisiopatología los signos y síntomas no se expresan o manifiestan en toda su magnitud e incluso, retardan su aparición.

En base a que a través del tiempo, esta entidad patológica, se ha estudiado en muy pocas oportunidades y motivados por un caso que en fecha reciente se diagnosticó y trató en el hospital San Juan de Dios, - se decidió realizar un trabajo de tesis al respecto, para así llegar a conocer más a fondo su manejo adecuado y diagnóstico preciso, ya que entidades tan poco conocidas pueden sorprendernos en cualquier momento y el desconocimiento de ellas llevarnos a desenlaces fatales.

OBJETIVOS

A.- GENERALES

1. Promocionar el estudio de entidades patológicas poco conocidas, en la literatura médica del país.

2. Promover la investigación bibliográfica como un método de estudio.

3. Proporcionar un estudio bibliográfico, para contribuir con la documentación de entidades médicas con escasa referencia literaria en el medio.

B.- ESPECIFICOS

1. Conocer los casos de hematoma intramural de yeyuno, reportados hasta la fecha; - con particular énfasis en su manejo, diagnóstico y tratamiento.

2. Ilustrar en forma objetiva el caso de hematoma subseroso de yeyuno diagnosticado y tratado en el Hospital General San Juan de

Dios.

3. Evaluar la eficacia en el diagnóstico preoperatorio así como su hallazgo sorpresivo.

MATERIAL Y METODOS

MATERIAL

El material utilizado en el presente trabajo de investigación científica está constituído por los casos de hematoma intramural de yeyuno diagnósticados y tratados en el hospital general San Juan de Dios, así como también por los casos reportados a nivel nacional y los trabajos bibliográficos escritos al respecto y localizados a través del Index Médico.

METODO

En base al método de investigación científica, y valiéndonos de un estudio retrospectivo, se procederá de la siguiente manera:

a.- Revisión Bibliográfica
b.- Revisión de casos reportados a través de archivos: General, de sala de operaciones y de patología.
c.- Presentación y análisis de casos referidos.
d.- Conclusiones y Recomendaciones.

Se excluyen hipótesis y análisis estadístico por ser esta la primera vez que se describen fenómenos de esta naturaleza en Guatemala.

RECURSOS

A) HUMANO
- -Médicos Asesor y Revisor
- -Laborantes de Bibliotecas, Archivos y otras dependencias Pub.
- -Pacientes con Diagnóstico de Hematoma Intramural de Yeyuno.

B) NO HUMANO
- -Archivo General, de Sala de Operaciones y de Patología
- -Papeletas de historias Clínicas
- -Index Médico
- -Libros y Revistas de consulta.

REVISION BIBLIOGRAFICA

ANATOMIA:*

El intestino delgado es la porción del tubo digestivo que se extiende desde píloro hasta ciego a través de 6 a 7 cm. de longitud, pudiéndose distinguir una porción fija, El Duodeno y la otra móvil, el yeyunoileon. Su función principal es la absorción, que depende de una integración muy compleja de factores estructurales fisiológicos y bioquímicos. La regulación neurohormonal de la secresión y la función motora gástrica, biliar, pancreática e intestinal proporciona el ambiente luminal adecuado para la digestión completa de los alimentos, y la presentación de los productos de la digestión al epitelio intestinal especializado para que los absorba.

Una característica anatómica esencial del intestino delgado es su gran área superficial, que se encarga de la absorción. Las características microscópicas, macroscópicas y ultraestructurales de intestino delgado que intervienen en esta distribución tan notable son: Longitud intestinal, pliegues mucuosos, vellosidades y microvellosidades. La eficacia de la digestión y absorción se ve también grandemente afectada por los diversos tipos de movimientos intestinales.

* 6, 17

Descripción General

El yeyuno se inicia en el ángulo duodenoyeyunal, sostenido por el ligamento de treitz; representando las dos quintas partes proximales del intestino delgado.

Mesenterio

El intestino delgado está sostenido de la pared abdominal posterior por un pliegue grande de peritoneo, llamado mesenterio, que se une a la pared abdominal posterior a la izquierda de la segunda vértebra lumbar, y pasa oblicuamente hacia la derecha y hacia abajo hasta la articulación sacroilíaca. El mesenterio contiene vasos sanguíneos, nervios, linfáticos y ganglios así como mucha grasa. Está unido al intestino delgado por uno de sus lados, el reborde mesentérico, dejando el resto de la pared del intestino cubierto por su peritoneo viseral, la serosa.

Riego Sanguíneo

El intestino delgado recibe sangre de la arteria mesentérica superior, segunda rama de la aorta abdominal. Las arterias intestinales se dividen dentro del mesenterio para unirse a las arterias adyacentes y formar una serie de arcos arteriales antes de enviar pequeñas ramas rectas hacia el intestino delgado. Las arterias intestinales entran en contacto con intestino delgado en el borde mesentérico, sitio en el que pasan hacia el reborde antimesentérico, envian-

do alli ramas pequeñas hacia las capas del intestino. Las venas del intestino delgado drenan hacia la vena mesentérica superior, una de las tributarias principales de la vena porta.

Linfáticos

Hay ganglios linfáticos agregados, llamados placas de Peyer, en la submucosa del intestino delgado. El drenaje linfático del intestino delgado pasa por tres grupos de ganglios mesentéricos. El primer juego está cerca de la pared del intestino delgado, el segundo es adyacente a los arcos mesentéricos y el tercero se encuentra a lo largo del tronco de la arteria mesentérica superior. El grupo mesentérico preaórtico superior drena en el tronco intestinal, que, a su vez, lo hace en la cisterna magna. El drenaje linfático del intestino delgado es la vía principal por la cual los líquidos absorbidos son transportados hacia la circulación.

Mucosa

La superficie mucosa del intestino delgado contiene numerosos pliegues mucuosos circulares llamados Pliegues circulares (válvulas conniventes, válvulas de kerckring). Estos pliegues tienen una altura de 3 a 10 mm, son más altos y numerosos en duodeno distal y yeyuno proximal, y se hacen más cortas y más escasas en sentido distal. Difícilmente visible para el ojo desnudo las vellosidades intestinales son apéndices pequeñas y digitiformes que se proyectan hacia la luz intestinal.

Inervación

La inervación eferente del intestino delgado se deriva de las divisiones parasimpáticas y simpáticas del sistema nervioso autónomo. La inervación parasimpática se deriva de las fibras preganglionares que pasan a través de los vagos para hacer sinapsis con las neuronas de los plexos intrínsicos del timo. La inervación simpática del intestino delgado se deriva de las fibras preganglionares que nacen en los segmentos torácico noveno y décimo de la médula espinal, y hacen sinapsis en el ganglio mesentérico superior.

Anatomía Microscópica

El intestino delgado está constituído por cuatro capas que, desde la luz hasta el exterior, son: mucosa, submucosa, muscular y adventicia o serosa.

La superficie mucosa tiene dos características estructurales importantes: las vellosidades y las criptas de Lieberkuhn. Las vellosidades son proyecciones luminales digitiformes que tienen una superficie de epitelio cilíndrico y una médula de tejido conectivo celular de lámina propia. Cada vellosidad tiene un vaso linfático central llamado conducto galactóforo, una pequeña vena y una redecilla capilar, así como también fibras musculares que le proporcionan contractilidad. Las criptas de Lieberkuhn, o glándulas intestinales son adyacentes a las bases de las vellosidades y se extienden hacia la muscular de

la mucosa.

Las células epiteliales cilíndricas son las encargadas de la absorción, tienen una altura de 22 a 26 micras y se caracterizan por un borde luminal estriado (Borde en cepillo) y un núcleo de situación basal. La microvellosidades aumentan grandemente la superficie de absorción de la célula epitelial y son producto de numerosos pliegues de la membrana plasmática apical.

La submucosa es una capa de tejido conectivo areolar y fibroelástico fuerte que contienen vasosnervios y nódulos linfáticos. Esta capa proporciona mucha de la fuerza para la sutura de la pared intestinal, cualquier método de sutura intestinal debe de incluir puntos a través de la submucosa.

La porción muscular del intestino delgado está formado por dos capas distintas de músculo liso o no estriado, una túnica longitudinal externa y una túnica circular interna.

FISIOLOGIA: *

Las moléculas de los nutrientes, después de la digestión, se absorben a través del revestimiento interno del tubo digestivo. La mayor parte de la absorción ocurre en el intestino delgado, sobre todo en su

* 10, 20

porción distal. El agua se absorbe en el colon, pero casi todas las substancias orgánicas e inorgánicas se absorben antes en el intestino delgado. La mucosa del mismo como ya dijimos previamente, está muy plegada, lo que multiplica la superficie de absorción y, por consiguiente la importancia de la misma al lado de sus vellosidades, microvellosidades y glándulas anexas.

La absorción es un proceso complejo en el que participa la simple difusión de substancias desde la cavidad del intestino, por las células de revestimiento intestinal, y luego a los capilares sanguíneos y linfáticos. Las células que tapizan el intestino forman una membrana semipermeable; permiten el paso de unas substancias como aminoácidos y glucosa, en tanto que evitan el de moléculas de proteínas sin modificar y de almidón. La glucosa y los aminoácidos son absorbidos merced a procesos de transporte activo por los capilares sanguíneos y llevados por la vena porta al hígado, donde se depositan y aguardan su final distribución por todo el organismo.

El glicerol y los ácidos grasos, productos de la digestión de la grasa, penetran en el organismo siguiendo una vía distinta. Las sales biliares desempeñan importante papel al aumentar la absorción de ácidos grasos, monogliceridos y trigliceridos (producto de la hidrólisis lípida) y de otras substancias solubles en las grasas. A medida que los productos de la hidrólisis lípida pasan por las células mucosas de las vellosidades, se sintetizan de nuevo en moléculas de

grasa, los cuales forman glóbulos demasiado voluminosos para penetrar en los capilares de la corriente sanguínea. Los glóbulos de grasa son recogidos por los capilares linfáticos, los cuales acaban vaciándose en el gran conducto torácico y, por éste en la circulación sanguínea.

DIAGNOSTICO*

El diagnóstico de hematoma intramural de yeyuno es un problema médico quirúrgico de mucha importancia, ya que especial fisiopatología hace que no se expresen o manifiesten en toda su magnitud los signos físicos esperados, e incluso muchas veces retarden su aparición y manejo quirúrgico.

El hematoma intramural de yeyuno constituye una entidad patológica muy infrecuente pero sumamente interesante que generalmente se presenta asociada a trauma cerrado de abdomen, aunque también debemos de tomarla en consideración en pacientes que presentan problemas de hemostacia y súbitamente hacen cuadros de abdomen agudo, sin antecedentes previos de trauma.

Cuando la lesión es causada por un trauma cerrado de abdomen, suele producirse una ruptura de los vasos sanguíneos intramurales con formación de una masa en forma de salchicha, obscura y alojada

* 3, 8, 11, 18

en la capa submucosa de la pared. Este hematoma causa una obstrucción completa o parcial del intestino delgado generalmente asociada con náuseas, vómitos y dolor abdominal alto; sugiriendo una masa en cuadrante superior derecho.

Generalmente, luego de un diagnóstico de contusión de la pared abdominal, las pacientes evolucionan satisfactoriamente hasta que se extrae la sonda y se comienza la alimentación bucal, momento en el que se presentan vómitos de contenido alimenticio y demás síntomas de obstrucción intestinal.

Las causas del retardo en el diagnóstico en casi todos los individuos es como ya se dijo, el desconocimiento de signos abdominales sutiles , así como también la evolución de obstrucción progresiva del lumen yeyunal que se da en pacientes que no buscan la atención médica inmediata luego de un trauma abdominal; presentándose a las emergencias hospitalarias hasta que se encuentra completamente instalado el cuadro de obstrucción intestinal.

Cuando la lesión del yeyuno se da en pacientes con discracias sanguíneas y sin antecedentes de traumatismos previos, los síntomas se semejan con los de una apendicitis aguda, pero en los rayos X de abdomen se ve un íleo moderado y en la serie gastroduodenal un engrosamiento uniforme de la pared abdominal.

PRUEBAS DE LABORATORIO Y RADIOGRAFIAS*

Debido al aparecimiento súbito de la lesión en algunos casos, y al retardo del diagnóstico por desconocimiento de la entidad en otros, ningún dato de laboratorio es específico para el diagnóstico temprano de los hematomas intramurales del yeyuno. Se menciona una baja en la concentración de glóbulos rojos únicamente en aquellos pacientes que se dejaron en observación con impresiones clínicas de contusión abdominal, siendo hecho el diagnóstico final en sala de operaciones. También se ha mencionado como medio diagnóstico de importancia la elevación de la amilasa sérica, la cual no es del todo confiable por ser positiva para muchas otras lesiones incluidas dentro del diagnóstico diferencial.

Las personas con hematomas intramurales de yeyuno o desgarre de la serosa sin perforación no muestran datos sugestivos de lesión yeyunal en las radiografías de tórax y abdomen. Se refieren figura de masa en cuadrante superior derecho y borramiento del psoas del mismo lado en placas simples de abdomen. El diagnóstico generalmente se hace en base a una serie gastrointestinal alta, la cual nos demostrará una dilatación del lumen duodenal, con apariencia del signo clásico descrito como: "En espiral o resorte", "en pico de Pájaro o "En muelle enrollado"; el cual se considera es debido al agrupamiento de las válvulas conniventes ocasionado por el desplazamiento del hematoma.

* 3, 8, 11, 18

HALLAZGOS QUIRURGICOS Y TRATAMIENTO*

Después de las medidas adecuadas de reanimación, estabilidad e inducción de la anestesia, la vía más fácil de acceso a la región duodenoyeyunal la constituye la Laparotomía Exploradora.

El hematoma intramural de yeyuno o el desgarro de la serosa diagnosticado en forma incidental durante la laparotomía como casi siempre sucede, en busca de peritonitis, hemoperitoneo, hematoma subcapsular del bazo y/o hematoma de la pared abdominal se trata mejor con evacuación del hematoma y aproximación de las hojas de la serosa.

Cuando el diagnóstico se hace ulteriormente, debido a los signos ya descritos de obstrucción, puede mantenerse al paciente en observación durante una a tres semanas, no haciendo ninguna intervención quirúrgica; con una predisposición bastante satisfactoria de que habrá resolución del hematoma y alivio de la obstrucción. Es raro que se rompa un hematoma durante este lapso de observación. Los pacientes que no muestran signos de mejoría en un término de 12 a 14 días, necesitarán una intervención quirúrgica con evacuación del hematoma. La duodenoyeyunostomía se hace si se aprecia que es importante el angos

* 8, 9, 11

tamiento, estrechamiento o extensión del hematoma. La morbilidad en estos pacientes deberá de ser mínima.

ASISTENCIA POST OPERATORIA*

Las bases de la asistencia post-operatoria son semejantes a las que se siguen con otros pacientes con lesiones gastrointestinales. Se prestará atención al estado de la ventilación, al ingreso y egreso de líquidos, a la función renal, a la extensión del íleo intestinal, y a la descompresión nasogástrica.

Se deberá tener cuidado apropiado para gastrostomía y yeyunostomía, utilizando succión gástrica hasta que se logre observar un tránsito apropiado. Se inicia la alimentación por yeyunostomía al desaparecer el Ileo postoperatorio; suspendiéndose esta al observar buen tránsito a través de la región afectada.

* 8, 9

PRESENTACION Y ANALISIS DE CASO

Historia Clínica # 02729/80
Hospital General San Juan de Dios
Departamento de Pediatría
Guatemala

15/Feb/80 DATOS GENERALES
10:20 Hrs.

Paciente masculino, 12 años de edad, estudiante, Originario y residente en esta capital.

HISTORIA DE LA ENFERMEDAD

Refiere padre de paciente que hace cinco días pequeño inició cuadro súbito de dolor abdominal tipo cólico intermitente de moderada intensidad a nivel de hipocondrio izquierdo, acompañado de vómitos postprandriales abundantes, amargos, de coloración amarillenta a razón de 3 a 4 al día; así como también fiebre no cuantificada por termómetro y ligera distensión abdominal. Cuadro por el cual decidieron consultar con médico particular que les recetó pastillas e inyecciones cuyo nombre no conoce, pero en vista de no presentar ninguna mejoría, se deciden traerlo a la emergencia de este hospital.

ANTECEDENTES

MEDICOS Catarros y diarreas ocasionales TRAUMATICOS Pte. refiere que hace 5 días sufrió accidente en su bicicleta, golpeándose con el timón de la misma a nivel del hipocondrio izquierdo, lo cual le produjo dolor leve que cedió sin ningún tipo de tratamiento. QUIRURGICOS Ng. ALERGICOS Ng.

REVISION POR SISTEMAS

* Cefalea universal leve, urente de 3 días de evolución
* No defeca desde hace 2 días.

EXAMEN FISICO

Paciente conciente, orientado, colaborador, en malas condiciones generales y nutricionales. S/V P.A. 90/60 PR.100x' FR. 26x' TO. 37.8° C. OJOS Conjuntivas pálidas, moderado enoftalmos, pupilas simétricas con buena respuesta a rayo de luz. BOCA Nl. OIDO Nls. NARIZ Nl. GARGANTA Amígdalas hipertróficas con pequeñas criptas bien diseminadas. - CUELLO Simétrico, delgado, móvil, sin masas ni adenopatías, tráquea central. - TORAX simétrico, buena expansión. PULMONES libres, ventilando bien en todos

sus campos. CORAZON rítmico sin soplos. ABDOMEN plano, poco depresible, con ruidos intestinales ausentes, doloroso a la palpación a todo nivel y más acentuado a nivel de flanco e hipocondrio izquierdo, no se puede palpar bazo ni hígado y hay ligero signo de rebote positivo. GENITOURINARIO Genitales externos normales a su edad, dolor a la puñopercusión de fosa renal izquierda EXTREMIDADES Simétricas, buena movilidad, sensibilidad y reflejos Nls. TACTO RECTAL Ampolla vacía, esfinter de buena consistencia, dolor a la palpación bimanual en fosa ilíaca izquierda.

I C

1.- FIEBRE TIFOIDEA
2.- D P C GRADO II

ORDENES DE INGRESO

1.- Ingreso a Medicina de Niños

2.- Reposo en Cama

3.- Dieta Libre a tolerar

4.- Control de S/V de rutina

5.- Vigilar por Náuseas, vómitos, diarrea, distención abdominal y/o estado de conciencia.

6.- Laboratorios: Hematología, heces, orina, frote periférico, hemocultivo, coprocultivo, Widal

7.- Evaluar mielocultivo en servicio

8.- Evaluar medicamentos de acuerdo - con resultado de hematología

9.- Rx de Tórax y Abdomen

10.- Presentar a médicos del servicio

11.- Reportar cambios.

12:00 hrs. HEMATOLOGIA

Glóbulos blancos 14,860. Segmentados 69. Linfositos 39 Hemoglobina 15.6. Hematocrito 43%.

ORINA

Epitelios escasos

16:00 hrs. Consulta a Cirugía

16:30 hrs. 1.- Lavado gástrico
2.- S. G. D.
3.- Control de Hemoglobina y hematocrito

I C HEMATOMA SUB-CAPSULAR - DEL BAZO

18:00 hrs. Hemoglobina 12.9. Hematocrito 43%

1.- Traslado a observación
2.- NpO HNO
3.- Laboratorios de Heces, orina, coprocultivo y Widal
4.- Soluciones IV.

I C 1) HEMATOMA DE LA PARED ABDOMINAL

2) HEMATOMA SUB-CAPSULAR DEL BAZO

21:00 hrs. HECES nl
ORINA nl
WIDAL + Ag U 1.80
Ag H 1.160

RX DE TORAX: Nl.

S. G. D.:

- Hay bario en estómago y duodeno, observándose líquido de retención intragástrica y tumefacción de la mucosa. Antro y Píloro son Nls.

- Sospecha de compresión extrínseca de curvatura mayor del estómago con rueda dentada.

- Duodeno dilatado, con obstrucción de cuarta porción, la cual causa dilatación proximal y edema de mucosa. En el sitio de la lesión hay "mucosa en resorte".

I.C MASA DE LA CUARTA PORCION - DEL DUODENO QUE CAUSA OBSTRUCCION TOTAL, LA CUAL CORRESPONDE A UN HEMATOMA INTESTINAL.

21:15 hrs. Programar sala de Operaciones

22:00 hrs. Laparatomía Exploradora.

24:00 hrs. NOTA OPERATORIA

En sala de operaciones, con paciente en - decúbito supino, bajo anestesia general e intubación endotraqueal se procedió a laparotomía exploradora mediante incisión paramediana izquierda.

Hallazgos:

- Hemoperitoneo de más o menos 100 cc.

- Hematoma gigante sub-seroso desde el ángulo de Treitz hasta 20 cm. después de este

Procedimiento

- Se abrió serosa y se drenó hematoma gigante
- Se pasa SNG hasta 10 cm. después del ángulo de - Treitz.
- Se sutura serosa después de haber evacuado hematoma
- Se efectúa Gastrostomía tipo Stamm con sonda de Foley 18
- Se efectúa lavado peritoneal.

Paciente sale sin complicaciones de sala de operaciones.

ORDENES POST OPERATORIAS

1.- Reposo absoluto
2.- NPO HNO
3.- SNG con succión intermitente
4.- Sonda de gastrostomía a gravedad
5.- S/V cada 4 hrs.
6.- Control de excreta urinaria
7.- Vigilar por dolor, hipotención, náuseas, vómitos
8.- Solución #2 - 500 cc iv para 8 hrs.
9.- Dolex 1 amp. Im c/6 hrs. PRN por dolor.

20/Feb/80 1.- Omitir SNG y soluciones IV.
2.- Cerrar Gastrostomía
3.- Iniciar líquidos claros PO.

21/Feb/80 1.- Dieta blanda
2.- Control de Hematología

22/Feb/80 1.- Dieta Libre

HEMATOLOGIA

Hemoglobina 9.7 Glóbulos blancos 9,157

27/Feb/80 1.- Retirar Gastrostomía

29/Feb/80 1.- Control de RX de Tórax y Abdomen.

7/Mar/80 1.- RX de Tórax y Abdomen Nls.

11/Mar/80 1.- EGRESO.

CONCLUSIONES

1.- El Hematoma Intramural de Yeyuno es una entidad patológica rara que no se incluye en los diagnósticos diferenciales de Trauma cerrado de abdomen, por lo que suele diagnosticarse - transoperatoriamente.

2.- El Hematoma Intramural de Duodeno y Subcapsular del bazo, constituyen los diagnósticos diferenciales más asociados con el cuadro clínico, datos de laboratorio y rayos X del hematoma intramural de yeyuno.

3.- Las causas de retardo en el diagnóstico en casi todos los pacientes que presentan este padecimiento es el desconocimiento de signos abdominales sútiles y la obstrucción progresiva del lumen yeyunal, en aquellos que no buscan la atención médica inmediata luego de un trauma cerrado de abdomen.

4.- Cuando la lesión del yeyuno se da en pacientes con problemas de hemostasis y sin antecedentes de traumatismos previos, los síntomas se asemejan a los de una apendicitis aguda, pero en los rayos X de abdomen, se ve un íleo moderado y en la serie gastrointestinal un engrosamiento uniforme de la mucosa.

5.- Ninguno de los exámenes de laboratorio conocido hasta la fecha, son específicos para el diagnóstico temprano de hematoma intramural de yeyuno.

6.- La serie Gastrointestinal, constituye el medio diagnóstico más certero para este tipo de obstrucción intestinal.

7.- El tratamiento quirúrgico para el hematoma intramural de yeyuno, es el de elección, y consiste en la evacuación del hematoma y la aproximación de las hojas de la serosa.

8.- La morbi-mortalidad en los pacientes con este tipo de padecimientos suele ser mínima.

9.- El caso referido en el presente trabajo de tesis, es el único diagnosticado en todo el país hasta la fecha; concordando con otros reportados a nivel internacional en que el paciente no presenta signos de obstrucción intestinal hasta días después del trauma desencadenante.

10.- A pesar de que en el estudio bibliográfico realizado se menciona obstrucción intestinal parcial, nuestro caso se caracterizó por una obstrucción aunque progresiva, al final, total.

RECOMENDACIONES

1.- Incluir dentro de los diagnósticos diferenciales de Trauma cerrado de abdomen con signos de obstrucción intestinal el de Hematoma Intramural de Yeyuno.

2.- Tomar conciencia de los signos abdominales - "sutiles" de obstrucción intestinal por hematoma intramural de yeyuno, para no dejarlo olvidado en el momento de su diagnóstico diferencial y saber distinguirlo en la serie Gastroduodenal.

3.- Estar alerta en el diagnóstico de pacientes con problemas hemostáticos que súbitamente presentan cuadro de abdomen agudo sin causa aparente.

4.- Conocer los procedimientos quirúrgicos a seguir en caso de diagnóstico sorpresivo transoperatorio de hematoma intramural de yeyuno.

5.- Tener cuidado apropiado para gastroyeyunostomía, utilizando succión gástrica que logre observar un tránsito apropiado e iniciar la alimentación por yeyunostomía al desaparecer el íleo pos-operatorio; suspendiéndose ésta al observar buen tránsito a través de la región afectada.

BIBLIOGRAFIA

1.- Asteagueta Arana, Luis Felipe. Lesiones Traumáticas de Duodeno. Tesis (Médico y Cirujano). - Guatemala, Universidad - de San Carlos, Facultad de Ciencias Médicas. 1974

2.- Barrios, Silvia Guisela. Perforación del intestino delgado (yeyuno - Ileon) por trauma cerrado de Abdomen . Tesis (Médico y Cirujano). Guatemala, Universidad de San Carlos, Facultad de Ciencias Médicas. 1977.

3.- Boustany F. N. Traumatic Duodenojejunal Causes by intraperitoneal Hematoma . Journal of Medicen Liban 27:531-41. 1974

4.- Búcaro Hurtarte, Carlos. Manejo de Pacientes con herida abdominal. Tesis (Médico y Cirujano). Guatemala, Universidad de San Carlos, Facultad de Ciencias Médicas. 1978

5.- Cruz Molina, Raul. Trauma de Abdomen . Colegio de Médicos y Cirujanos de Guatemala, XXLLL Congreso Nacional de Medicina.

6.- Davis Cristopher. Tratado de Patología Quirúrgica . Editorial Interamericana. México 1972.

7.- Duarte F., José Toribio. Lesiones Gastroduodenales . Tesis (Médico y Cirujano). Guatemala, Facultad de Ciencias Médicas. 1961.

8.- Charles E. Lucas. Injuries In Pancreas And Duodeno . Clin. Quirurg. Of North Am. 1978.

9.- Frecark A. J. Norcross Wj. And Carley. Operation For Obstruction Hematoma . Surg. Clin. - North Am. 46: 85-97, 1966.

10.- Guyton Arthur. Tratado de Fisiología Médica . Editorial Interamericana México 1971.

11.- Jones W.; R. Hardin W. S. Davis. Intramural Of Duodeno A Rieview of The Literatura and Case Report. Ann. Surg. 173: 534, 1970.

12.- Márquez Riverar. Hemorrhage Of jejun, Etiologil Causes. Gen (32) 3: 324 -3o. Jun. Mar. 78 - (Emg-Abstr.).

13.- Lara Caballeros, Edgar. Traumatismo Cerrado de Abdomen . Tesis (Médico y Cirujano). Guatemala, Universidad de San Carlos, Facultad de Ciencias Médicas 1974.

14.- Ramírez, Samuel. Aspectos Controversiales del trauma abdominal . Monografía. Guatemala 1979.

15.- Rayo Méndez, José Gabriel. Trauma Pancreáticoduodenal . Tesis (Médico y Cirujano). Guatemala, Universidad de San Carlos, Facultad de Ciencias Médicas 1979.

16.- Rodríguez Gutiérrez, Mario. Ruptura Duodenal . Tesis (Médico y Cirujano). Guatemala, Uni-

versidad de San Carlos, - Facultad de Ciencias Médicas 1978.

17.- Rouviere H. L. Tratado de Anatomía Humana. Editorial Interamericana,- México 1971.

18.- The Canadian Journal Of Surgery. Hematoma Subserosal Of Duodeno, - Case Of Report . March 1971. April 1978.

19.- Schwartz. Principles of Surgery. Secund Edition Mcgraw Hill Book - Company 1979.

20.- Villee, Claude A. Biología. Editorial Interamericana, México 1971.

Br. Edgar Fernando Ortiz Cabrera

Dr. Asesor.
Mireya Ordoñez de Velasquez

Dr. Revisor.
Salvador Velasquez B.

D Director de Fase III
Héctor Nuila Ericastilla

Dr. Secretario
Raul A. Castillo R.

Vo. Bo.

Dr. Rolando Castillo Montalvo
Decano.