

dolor, predisposición a infecciones bacterianas secundarias (paroniquia) y a la formación de tejido de granulación<sup>1,4,7</sup>.

Se debe considerar entre las causas de uña encarnada, así como en el diagnóstico diferencial con diferentes alteraciones ungueales<sup>1</sup> como onicomiosis, alteraciones secundarias a fármacos, traumatismos (en ocasiones originan una desviación lateral de la lámina), déficits vitamínicos, dermatosis que afectan a las uñas (liquen plano, psoriasis, alopecia areata, enfermedad de Darier y eccema), manifestación de enfermedades sistémicas, procesos fisiológicos o algunos síndromes complejos (síndrome uña-rótula, displasia ectodérmica hereditaria y tricotiodistrofia).

Basándose en que muchos casos de DUC son asintomáticos, y que casi el 50% de los casos mejora o incluso se resuelven espontáneamente antes de los 10 años, algunos autores recomiendan una actitud conservadora en las formas leves, sin tratamiento, sólo con control evolutivo, medidas preventivas y antisépticas. Cuando existen complicaciones repetidas o formas graves, es preciso una corrección quirúrgica mediante la rotación medial de la matriz para conseguir realinear la matriz y la lámina ungueal. Aunque esta cirugía tiene un postoperatorio con una gran morbilidad, muchos autores consideran que como no hay signos o síntomas indicativos de la evolución en un determinado paciente, es necesaria una intervención precoz. Aplazarla puede causar complicaciones como una distrofia ungueal permanente incluso en niños menores de 2 años<sup>1,4,7</sup>.

**B. Monteagudo Sánchez<sup>a</sup>, E. León Muñños<sup>b</sup>,  
M. Cabanillas González<sup>a</sup>, J. Labandeira García<sup>c</sup>  
y A.I. Novo Rodríguez<sup>d</sup>**

Servicios de <sup>a</sup>Dermatología y <sup>b</sup>Pediatría. Complejo Hospitalario Arquitecto Marcide-Novoa Santos. Ferrol. La Coruña. <sup>c</sup>Servicio de Dermatología.

Complejo Hospitalario Universitario.

Facultad de Medicina. Santiago de Compostela.

<sup>d</sup>Centro de Salud de Cedeira. La Coruña. España.

**Correspondencia:** Dr. B. Monteagudo Sánchez. Alegre, 83-85, 3<sup>ª</sup>A.

15403 Ferrol. A Coruña. España.

Correo electrónico: benims@hotmail.com

## BIBLIOGRAFÍA

1. Iglesias A, Tamayo L, Sosa de Martínez C, Duran McKinster C, Orozco Covarrubias L, Ruiz Maldonado R. Prevalence and nature of nail alterations in pediatric patients. *Pediatr Dermatol.* 2001;18:107-9.
2. Samman PD. Great toe nail dystrophy. *Clin Exp Dermatol.* 1978;3:81-2.
3. Baran R, Bureau H, Sayag J. Congenital malalignment of the big toe nail. *Clin Exp Dermatol.* 1979;4:359-60.
4. Iglesias Zamora ME, Casado Redondo MF. Desviación ungueal congénita del primer dedo del pie. Presentación de dos casos. *Actas Dermosifiliogr.* 1999;90:439-42.
5. Cohen PR. Congenital malalignment of the great toenails: Case report and literature review. *Pediatr Dermatol.* 1991;8:43-5.
6. Del Río E. Desviación ungueal congénita del primer dedo del pie. *Piel.* 1997;12:362-4.
7. Baran R, Haneke E. Etiology and treatment of nail malalignment. *Dermatol Surg.* 1998;24:719-21.

8. Ozdemir E, Bostanci S, Akyol A, Ekmekci P, Gurgey E. Congenital malalignment of the great toenails in a pair of monozygotic twins. *J Am Pediatr Med Assoc.* 2005;95:398-400.

9. Chaniotakis I, Bonitsis N, Stergiopoulou C, Kiorpelidou D, Bassukas ID. Dizygotic twins with congenital malalignment of the great toenails: Reappraisal of the pathogenesis. *J Am Acad Dermatol.* 2007;57:711-5.

10. Kus S, Tahmaz E, Gurunluoglu R, Candan I, Uygur T. Congenital malalignment of the great toenails in dizygotic twins. *Pediatr Dermatol.* 2005;22:434-5.

## Hematoma intramural duodenal posbiopsia

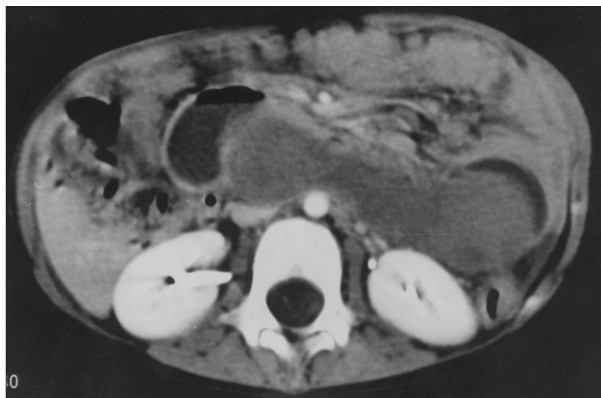
*Sr. Editor:*

La formación de un hematoma intramural duodenal en niños se debe en la mayoría de los casos a traumatismos abdominales<sup>1</sup>. Una causa mucho menos frecuente es la presentación de esta entidad como complicación de las biopsias intestinales, procedimiento realizado mediante la cápsula de Watson-Crosby o por endoscopia digestiva. Ambas técnicas se consideran muy seguras y las complicaciones más frecuentemente descritas son la perforación y hemorragia intraluminal<sup>2</sup>. El hematoma duodenal intramural es una complicación muy poco frecuente<sup>3,4</sup>. Se comunican 2 casos de hematoma duodenal que fueron remitidos a nuestro hospital tras la realización de una biopsia intestinal por endoscopia en otro centro.

*Paciente 1.* Niño de 12 años, con sospecha clínica de enfermedad celíaca y sin antecedentes de trastornos de la coagulación. Se realiza biopsia intestinal mediante endoscopia y transcurridas 24 h inicia cuadro de dolor abdominal intenso con defensa y vómitos que evolucionan a biliosos. Se realiza una ecografía y una tomografía computarizada (TC) abdominal en los que se objetiva un hematoma in-



**Figura 1.** TC abdominal sin contraste intravenoso: afectación de la pared duodenal con extensión desde la segunda porción duodenal hasta el ángulo de Treitz.



**Figura 2.** TC abdominal con contraste intravenoso: engrosamiento mural de la segunda y tercera porción duodenal con compresión de la luz intestinal (segunda porción y ángulo de Treitz).

tramural duodenal que afecta a la segunda y tercera porciones duodenales (fig. 1). En la bioquímica sanguínea presenta una elevación de la amilasa. Se trata de modo conservador, precisando 21 días de nutrición parenteral total. Se objetiva mediante ecografía la resolución del hematoma en 1 mes, así como la normalización de las enzimas pancreáticas.

**Paciente 2.** Niña de 5 años presenta dolor abdominal con defensa y vómitos a las 24 h de realizarle una biopsia intestinal por sospecha de enfermedad celíaca. Ingresó en el hospital de origen y a las 72 h, por la persistencia de la clínica se realiza ecografía y TC abdominal en los que se evidencia un hematoma intramural que afecta a tercera porción de duodeno (fig. 2). Se constata elevación de la amilasa en sangre. Se inicia tratamiento conservador con nutrición parenteral total, con resolución completa del cuadro en 3 semanas.

La formación de un hematoma duodenal intramural responde en la mayoría de los casos a traumatismos abdominales cerrados. Jewett et al<sup>5</sup> publicaron una extensa serie de casos en los que el 43% aparecían tras accidentes de bicicleta, el 14% durante actividades deportivas, el 10% eran secundarios a maltrato infantil y el 8% a accidentes de tráfico. La realización de biopsias intestinales para el diagnóstico de enteropatías es una técnica ampliamente extendida y de escasa dificultad. La aparición de complicaciones es poco frecuente, y las más habituales son hemorragia intraluminal y la perforación<sup>2</sup>. La particular localización del duodeno sobre el plano duro de la columna vertebral, su escasa movilidad y su abundante vascularización condicionan que traumatismos de intensidad leve o moderada puedan dar lugar a la hemorragia intramural. El crecimiento de este hematoma hacia la luz intestinal origina la lenta instauración de la clínica de tipo obstructivo<sup>5</sup>.

Aparecen principalmente en niños sanos, tanto en el caso de hematomas de origen traumático como en el caso de los secundarios a biopsia, aunque existen casos descritos en pacientes afectados de enfermedades hematológicas<sup>6</sup> que reciben terapia anticoagulante<sup>7</sup>, o como complicación en la púrpura de Schönlein-Henoch<sup>8</sup>.

La presentación clínica del hematoma duodenal es común en la mayoría de casos<sup>1,2</sup> y consiste en la aparición tras un período libre asintomático de entre 12-24 h de dolor abdominal y vómitos que llegan a ser biliosos. La sospecha diagnóstica se confirma mediante técnicas de imagen como la ecografía y la TC. La evolución de estos pacientes es favorable con tratamiento conservador median-

te sonda nasogástrica y nutrición parenteral, y en la mayoría de los casos se resuelven en entre 2 y 4 semanas<sup>9</sup>. Aquellos casos en los que existan complicaciones sobreañadidas como la perforación serían subsidiarios de tratamiento quirúrgico<sup>6</sup>. En nuestros 2 pacientes aparece hiperamilasemia transitoria secundaria a la afectación pancreática por el crecimiento del hematoma, aunque se han descrito en la literatura médica casos de evolución a pancreatitis crónica<sup>10</sup>.

A modo de conclusión, recalcaremos que el hematoma intramural duodenal es una complicación infrecuente tras la realización de una biopsia de intestino delgado, aunque debe tenerse en cuenta como opción diagnóstica ante la presencia de clínica obstructiva tras un período libre de síntomas en las primeras 24-48 h desde la realización de la misma. En nuestra experiencia y en los casos publicados, la evolución es favorable con tratamiento conservador.

**M. Izquierdo Renau<sup>a</sup>, A. Pereda Pérez<sup>a</sup>,  
C. Sangüesa Nebot<sup>b</sup> y J. Lluna<sup>c</sup>**

<sup>a</sup>Sección de Gastroenterología Infantil.  
Servicios de <sup>b</sup>Radiodiagnóstico y <sup>c</sup>Cirugía Pediátrica.  
Hospital Infantil La Fe. Valencia. España.

**Correspondencia:** Dra. M. Izquierdo Renau.

Sección de Neonatología.  
Hospital Sant Joan de Déu.  
P<sup>o</sup> Sant Joan de Déu, 2. Esplugues de Llobregat.  
08950 Barcelona. España.  
Correo electrónico: mizquierdo@hsjdbcn.org

## BIBLIOGRAFÍA

1. Bechtel K, Moss RL, Leventhal JM, Spiro D, Abo A. Duodenal hematoma after upper endoscopy and biopsy in a 4-year-old girl. *Pediatr Emerg Care.* 2006;22:653-4.
2. Ramírez RM, Parra JC, Sierra C, Barco A, del Río L. Hematoma Duodenal Intramural: inusual complicación de la biopsia intestinal mediante cápsula. *Rev Esp Pediatr.* 2000;56:511-4.
3. Ghishan FK, Werner M, Vieira P, Kuttesch J, DeHaro R. Intramural duodenal hematoma: An unusual complication of endoscopic small bowel biopsy. *Am J Gastroenterol.* 1987;82:368-70.
4. Szajewska H, Albrecht P, Ziolkowski J, Kubica N. Intramural duodenal hematoma: An unusual complication of duodenal biopsy sampling. *J Pediatr Gastroenterol Nutr.* 1992;16:331-3.
5. Jewett TJ, Calderola V, Karp M, et al. Intramural hematoma of the duodenum. *Arch Surg.* 1988;123:54-8.
6. Wooley MM, Mahour GH, Sloan T. Duodenal Hematoma in Infancy and Childhood. Changing etiology and changing treatment. *Am J Surg.* 1978;136:8-13.
7. Eizaguirre I, Martínez-Mora J, Herrera M, Boix-Ochoa J, Martínez-Ibáñez V. Hematoma duodenal intramural. Tratamiento conservador en seis casos. *An Esp Pediatr.* 1982;16:53-9.
8. Ramakrishna J, Treem W. Duodenal hematoma as a complication of endoscopic biopsy in pediatric bone marrow transplant recipients. *J Pediatr Gastroenterol Nutr.* 1997;25:426-9.
9. Shaw PH, Ranganathan S, Gainer B. A spontaneous intramural hematoma of the bowel presenting as obstruction in a child receiving low-molecular-weight heparin. *J Pediatr Hematol Oncol.* 2005;27:558-60.
10. Daum R, Roth H, Bolkenius M. Problems of intramural hematoma in childhood. *Z Kinderchir.* 1982;20:39-42.