

REPORTE DE CASO

Hemorragia Digestiva Alta por Dieulafoy intradiverticular: Tratamiento Endoscópico

Digestive Bleeding by Dieulafoy in Duodenal Diverticulum: Endoscopic Treatment

Ortiz Villalba, Jesús; Avalos Ortiz, Modesto; Kojima, Toshihiro; Macchi, Hugo

Departamento de Gastroenterología y Endoscopia Digestiva. Hospital de Clínicas. Facultad de Ciencias Médicas. Universidad Nacional de Asunción. San Lorenzo, Paraguay.

RESUMEN

La Lesión de Dieulafoy es una malformación vascular caracterizada por la presencia de un vaso arterial de gran calibre en la submucosa, ocasionalmente en la mucosa que puede erosionarse, provocar una hemorragia grave, recurrente y, en ocasiones mortal. Es una causa rara de hemorragia gastrointestinal y corresponde a menos del 2% de los episodios de sangrado digestivo agudo. La Lesión de Dieulafoy duodenal ha sido comunicada en un número reducido de casos y, la intradiverticular es excepcional. La endoscopia constituye el método diagnóstico de elección y, en las últimas décadas la terapéutica endoscópica es la técnica preferida por su elevada efectividad y escasa incidencia de complicaciones. Presentamos el caso de un paciente de 82 años con hemorragia digestiva alta grave por lesión de Dieulafoy duodenal intradiverticular diagnosticado en la endoscopia de urgencia y, tratado eficazmente mediante ligadura con banda elástica.

Palabras Clave: Hemorragia Digestiva - Dieulafoy sangrante - Divertículo Duodenal – Ligadura endoscópica con banda elástica.

Autor correspondiente: Prof. Dr. Jesús Ortiz Villalba. Departamento de Gastroenterología y Endoscopia Digestiva. Hospital de Clínicas. Facultad de Ciencias Médicas, Universidad Nacional de Asunción. San Lorenzo, Paraguay. E-mail: jesusortizv@hotmail.com

Fecha de recepción el 19 de junio del 2017; aceptado el 04 de diciembre del 2017

ABSTRACT

The lesion of Dieulafoy is a vascular malformation characterized by the presence of a large arterial vessel in the submucosa and occasionally in the mucosa, which can erode and cause severe, recurrent and sometimes fatal hemorrhage. It is a rare cause of gastrointestinal bleeding and responds to less than 2% of episodes of acute gastrointestinal bleeding. The duodenal Dieulafoy lesion has been reported in a small number of cases and the intradiverticular is exceptional. Endoscopy is the diagnostic method of choice and in the last decade endoscopic therapy is the preferred technique due to its high effectiveness and low incidence of complications. We present the case of an 82-year-old patient with severe upper gastrointestinal bleeding due to an intradiverticular duodenal injury diagnosed in emergency endoscopy and treated effectively by rubber band ligation.

Keywords: Dieulafoy bleedind in Duodenal Diverticula - band ligation.

INTRODUCCION

La Lesión de Dieulafoy fue descrita inicialmente en 1898 por George Dieulafoy, denominándose exulceración simple, creyendo que era el estadio inicial de una úlcera gástrica (1). Consiste en un vaso arterial histológicamente normal, de gran tamaño, que de manera anómala mantiene su calibre (1-3 mm) a lo largo de un recorrido sinuoso desde la submucosa hasta la mucosa, donde penetra por un defecto mínimo. Se localiza generalmente en estómago proximal aunque se han descrito en esófago, duodeno, yeyuno, colon y recto. Es una causa rara, aunque potencialmente fatal de hemorragia gastrointestinal (2). Es más frecuente en hombres y se presenta a una edad media de 60 años, pero puede verse incluso en niños (3). La endoscopia juega un papel muy importante en el diagnóstico y tratamiento, y es de primera elección (4-5).

Se han publicado diferentes series en las que se comparan varios métodos, pero hasta el momento no se ha comprobado la superioridad de una modalidad terapéutica endoscópica.

Presentamos el caso de un varón de 82 años que ingresó con el diagnóstico de hemorragia digestiva alta grave, en el que la endoscopia de urgencia demostró sangrado arterial activo en jet (Forrest Ia) por lesión de Dieulafoy localizado en el interior de un divertículo duodenal, tratado endoscópicamente con banda elástica y, una revisión de las técnicas endoscópicas descritas para tratar este tipo de patología sangrante.

PRESENTACIÓN DEL CASO

Paciente masculino de 82 años, que consulta en la urgencia por melena y hematoquecia de 48 horas de evolución e inestabilidad hemodinámica. No antecedente de ingesta de AINES ni sangrado digestivo anterior. Al ingreso: hemoglobina de 6g% y hematocrito de 25%. Previa compensación hemodinámica con transfusión de concentrados de hematíes, se realiza una endoscopia digestiva alta de urgencia, con hallazgo de sangre fresca y coágulos en el duodeno, después de lavado con chorros de agua y aspirado, conseguimos visualizar un divertículo duodenal de tamaño grande proximal a la ampolla de Vater.

En el interior del divertículo se encontró un coágulo adherido que una vez movilizado deja al descubierto en el fondo diverticular una pequeña lesión erosiva con un vaso que sangra activamente en jet (Forrest Ia) (**Figura 1**).

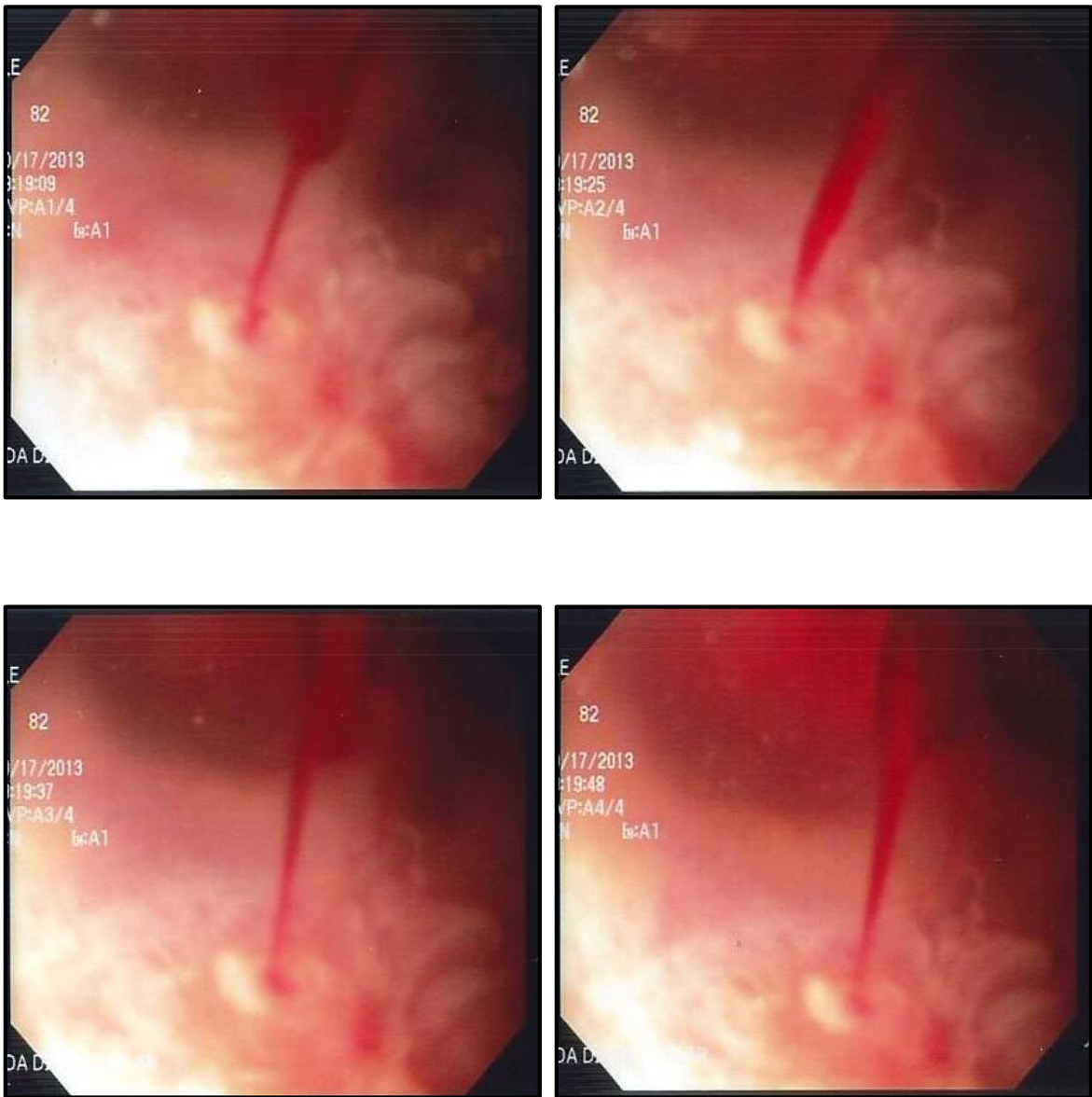


Figura 1. Dieulafoy con sangrado activo en jet intradiverticular (Forrest Ia).

Seguidamente procedemos a realizar hemostasia endoscópica del vaso sangrante utilizando la técnica de la ligadura con banda elástica (**Figura 2**). Se coloca una banda elástica sin dificultad, deteniéndose inmediatamente el sangrado. El paciente evolucionó favorablemente sin complicación alguna.

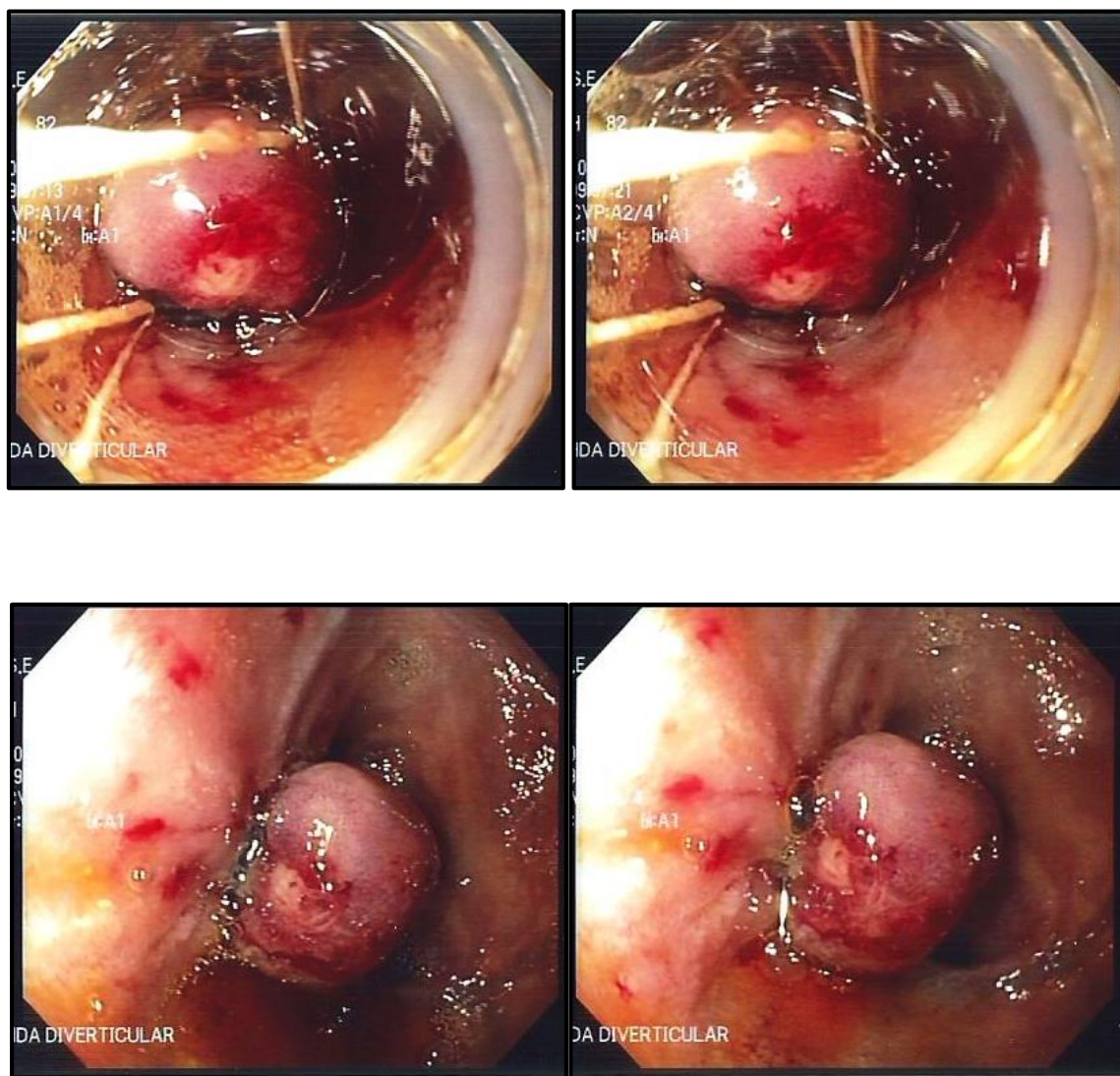


Figura 2. Ligadura endoscópica con banda elástica. Se puede apreciar la inclusión del vaso sangrante en el tejido ligado.

Al cuarto día se realiza un examen endoscópico de control, donde se puede observar la presencia de la ligadura sin sangrado alguno (**Figura 3**). Es dado de alta al quinto día de internación. En el control ambulatorio al mes no hubo episodio de recidiva hemorrágica.

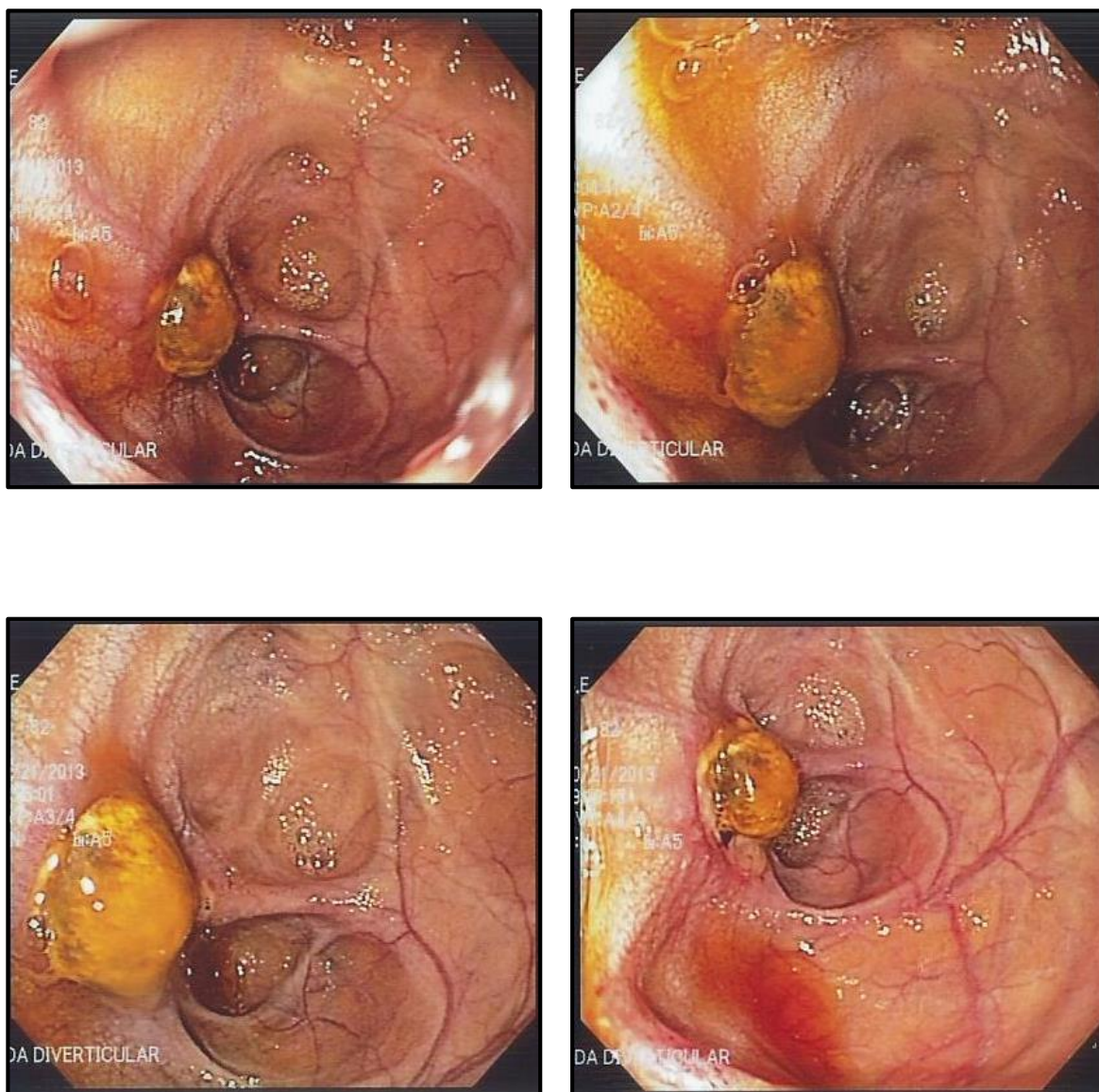


Figura 3. Control endoscópico cuatro días después de la terapéutica. No recidiva hemorrágica. Persiste el tejido ligado en el fondo del divertículo.

DISCUSION

La prevalencia del divertículo duodenal, generalmente como lesión única, se encuentra en alrededor del 22% en series de autopsia (6). En la mayoría de los casos el divertículo duodenal se localiza en la segunda porción del duodeno en vecindad a la Ampolla de Vater. No existe predisposición en cuanto al género y la edad de los portadores, pero suele ser mayor de 65 años.

Las complicaciones incluyen la perforación; de manejo quirúrgico y, el sangrado diverticular, responsable del 0,1% - 0,2% de la hemorragia digestiva alta (7). La presencia de una lesión sangrante tipo Dieulafoy en el fondo de un divertículo duodenal es sumamente rara. En la literatura se describen muy pocos casos. Hasta hace poco tiempo la cirugía era el método de elección para tratar este tipo de hemorragia originada en un divertículo duodenal. En los últimos años varias modalidades endoscópicas terapéuticas de avanzada han sido utilizadas con excelentes resultados para tratar este tipo de lesión sangrante, tales como como la inyección, coagulación, endoclip, ligadura con banda, terapia combinada, etc. (8-9). La inyección suele ser efectiva inicialmente en detener el sangrado (80% - 100%) pero la recidiva es elevada (10% - 40%) (10). Los clips han demostrado su utilidad hemostática pero teniendo en cuenta la ubicación del divertículo no siempre es posible un buen posicionamiento endoscópico para clipar el vaso sangrante y además existe algún riesgo de perforación con las ramas del clip (11-12). La ligadura con banda elástica se utiliza con seguridad en el tratamiento de las lesiones varicosas de esófago, en lesiones de Dieulafoy y también en divertículos colónicos sangrantes (13-15). Sin embargo, no se describen casos de ligaduras con banda elástica en hemorragia por lesión de Dieulafoy intradiverticular. A nivel nacional se publicó un trabajo sobre tratamiento endoscópico con clip en pacientes con hemorragia digestiva alta no varicosa, incluidos 12 casos de Dieulafoy, con resultado excelente en cuanto a la hemostasia definitiva (16). Nuestro grupo de trabajo viene utilizando en los últimos 5 años, con elevado porcentaje de éxito; la técnica de la ligadura endoscópica con bandas elásticas en lesiones sangrantes del tubo digestivo (úlceras agudas-Mallory Weiss-lesiones vasculares), incluidos cinco pacientes con Dieulafoy. Por esta experiencia previa acumulada decidimos recurrir a la hemostasia endoscópica con banda en éste caso de malformación vascular sangrante en un divertículo. Sabemos que la mayoría de los divertículos duodenales son pseudodivertículos sin la capa muscular, por lo tanto se podría incrementar el riesgo de perforación. Es probable que el endoclip constituya el mejor método terapéutico endoscópico, pero en nuestro caso, a pesar de tratarse de un Dieulafoy intradiverticular sangrante, conseguimos una buena visualización y posicionamiento estable que permitió la ligadura con banda elástica, detuvo el sangrado en forma definitiva y no hubo complicación alguna atribuible a la técnica.

Concluimos que la ligadura constituye una técnica endoscópica de gran efectividad, al mismo nivel que los clips, para tratar éste tipo de lesión sangrante.

REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS

1. Dieulafoy G. Exulceration simplex: L'intervention chirurgicale dans la hematemeses foudroyantes consecutives a l'exulceration simple de l'estomac. Bull Acad Med 1897; 39: 49-84.
2. Norton ID, Petersen BT, Sorbi D. et al. Management and long-term prognosis of Dieulafoy lesión. Gastrointest Endosc 1999;50: 762-7.
3. Lilje C. Greiner P. Riede Un. Sontheimer J. Brandis M. Dieulafoy lesión in a one-year old child. J Pediat Surg 2004; 39: 133-4.
4. Sone Y. Kumada T. Toyoda H. Hisanaga Y, et al. Endoscopic Managemente and follow up of Dieulafoy lesion in the upper gastrointestinal tract. Endoscopy 2005; 37: 449-53.
5. Ibañez A. Castro E. Fernández E. Baltar R, et al. Aspectos clínicos y tratamiento endoscópico de la hemorragia digestive por lesion de Dieulafoy. Rev Esp Enferm Dig 2007; 99: 505-510.
6. Ackermann W. Diverticula and variations of the duodenum. Ann Surg 1943;117:403-4.
7. Donald JW. Major complications of small bowel diverticula. Ann Surg 1979;190:183-8.
8. Chen YY, Yen HH, Soon MS. Impact of endoscopy in the management of duodenal diverticular bleeding. Gastrintest Endosc 2007; 66: 831-5.
9. Conway JD, Adler DG et al. Endoscopic hemostatic devices. Gastrointest Endosc 2009; 69 (6):987-96
10. Park WG, Yeh RW, Triadafilopoulos G. Injection therapies for non variceal gastrointestinal bleeding. Gastrointest Endosc 2007; 66: 343-54.
11. Raju G, Gajula L. Endoclips for GI endoscopy. Gastrointest Endosc 2004; 59 (2): 267-79
12. Ko KH, Lee SY, Hong SP. Et al. Duodenal perforation after endoscopic hemoclip application for bleeding from Dieulafoy lesion in a duodenal diverticulum. Gastrointest Endosc 2005;62:781-2.
13. Alis H, Oner OZ, Kalayci MU, Dolay K, Kapan S, Soyulu A, Aygun E. Is endoscopic band ligation superior to injection therapy for Dieulafoy lesion. Surg Endosc. 2009 Jul; 23(7): 1465-9
14. Zepeda S, Marcon NE. Endoscopic band ligation for nonvariceal bleeding: A review. Can J Gastroenterol 2008; 22 (9): 748-752
15. Nikolaidis N, Zezos P, Giouleme O, Budas K, Marakis G, Paroutoglou G. Endoscopic band ligation of dieulafoy-like lesions in the upper gastrointestinal tract. Trop Gastroenterol. 2013 ;34(2): 91-4.

16. Ortiz Villalba J. Hemostasia endoscópica con hemoclip en pacientes con hemorragia digestiva alta no varicosa. *Anales de la Facultad de Ciencias Médicas de la UNA*. 2003; Vol.XXXVI N° 1-2: 21-42.