

Imagen del mes

Francisco Javier Guarda V.¹, Juan Pablo Arab V.^{1,3},
Carolina Ramírez C.² y Marco Arrese J.³

Image of the month

Caso clínico

Mujer de 72 años con historia de diabetes mellitus y daño hepático crónico secundario a esteatohepatitis no alcohólica consultó en el servicio de urgencias por hematemesis. Dentro de su historia, presentaba varias hospitalizaciones previas por encefalopatía portal, ascitis y várices esofágicas, las cuales se encontraban en profilaxis con betabloqueadores.

En la evaluación inicial la paciente evidenciaba elementos sugerentes de hemorragia digestiva alta masiva, asociada a anemia aguda (con caída de 10 puntos de hematocrito con respecto a control previo), pero sin inestabilidad hemodinámica significativa.

Se realizó endoscopia digestiva alta (Figura 1), que mostró sangrado activo originado de dos várices fúndicas grandes. Se utilizó cianoacrilato para lograr hemostasia, además de tratamiento con terlipresina y profilaxis antibiótica. La paciente evolucionó satisfactoriamente en las horas siguientes al procedimiento.

El día posterior a la realización de la terapia endoscópica, la paciente presentó disnea de inicio súbito, taquicardia y episodios transitorios de desaturación.

Se realizaron radiografías de tórax y abdomen simple que se muestran a continuación (Figuras 2 y 3).

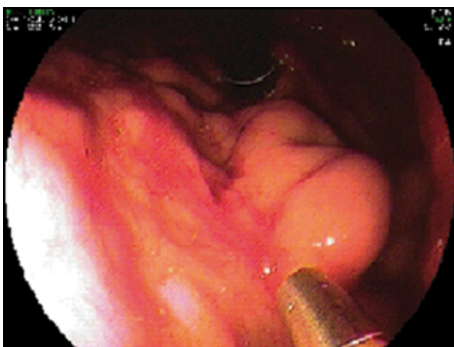


Figura 1.



Figura 2.



Figura 3.

¹Departamento de Medicina Interna, Escuela de Medicina, Pontificia Universidad Católica de Chile.
²Departamento de Anestesiología, Escuela de Medicina, Pontificia Universidad Católica de Chile.
³Departamento de Gastroenterología, Escuela de Medicina, Pontificia Universidad Católica de Chile.

Agradecimientos:
Este trabajo fue parcialmente financiado por FONDECYT # 1110455 a MA.

Conflictos de interés:
Los autores declaran no tener conflictos de interés.

Recibido: 11 de enero de 2014

Aceptado: 10 de febrero de 2014

Correspondencia a:
Dr. Juan Pablo Arab Verdugo
Departamento de Medicina Interna y Gastroenterología
Pontificia Universidad Católica de Chile.
Marcoleta 367,
Santiago. Casilla 114-D.
Teléfono/Fax: (+56 2) 6863845
Email: jparab@med.puc.cl

¿Cuál sería su diagnóstico?

Imágenes en Gastroenterología

Las radiografías de tórax y abdomen simple mostraron la presencia de material radiopaco en el lóbulo inferior del pulmón derecho, de idénticas características radiológicas al presente en cavidad gástrica, compatible con migración de cianoacrilato desde el sitio de administración hacia la vasculatura pulmonar. La presentación clínica de la paciente fue compatible con embolia pulmonar de cianoacrilato y, debido a que no existe en la literatura terapias validadas para este escenario clínico, sólo se utilizaron medidas de soporte con adecuada respuesta sintomática. La paciente presentó remisión completa de los síntomas y mejoría en la condición general, logrando el egreso hospitalario al séptimo día desde la admisión.

Revisión de la literatura

La hemorragia digestiva asociada a la presencia de hipertensión portal es una complicación grave asociada a mortalidad¹. El tratamiento endoscópico y farmacológico ha demostrado eficacia en el manejo de esta complicación. Sin embargo, cuando el origen del sangramiento corresponde a várices ubicadas en el fondo gástrico, la terapia resulta más desafiante por razones de orden técnico². El empleo de adhesivos tisulares como el N-butil-2-cianoacrilato (*Histoacryl*®) ha demostrado eficacia en este escenario clínico y es considerada la terapia de elección^{2,3}. La frecuencia de complicaciones de la terapia con adhesivos en la

hemorragia aguda por várices gástricas es baja^{3,5} pero en ocasiones el empleo de esta modalidad terapéutica se puede asociar a complicaciones graves⁴. Dentro de ellas, se han descrito resangrado por extrusión temprana del polímero (4,4%), sepsis (1,3%) y embolia distancia (0,7%)⁶⁻⁸. La embolia del cianoacrilato puede ocurrir por migración a través de cortocircuitos portosistémicos a distintos territorios⁹. Se han descrito casos de embolia del material hacia circulación espinal, cerebral y vasculatura esplénica, entre otros⁵, lo que demuestra la variada gama de síntomas y signos que pueden evidenciarse como complicación de esta terapia.

La migración del polímero a la circulación pulmonar puede imitar la presentación de un tromboembolismo, siendo indistinguible de este último. Los estudios de imágenes con radiografía simple pueden evidenciar la presencia de material radiopaco en la vasculatura, el que genera moldes de los vasos pulmonares, tal como se puede observar en las figuras presentadas. De este modo, para su diagnóstico, es necesario un alto índice de sospecha, siendo la terapia de elección en estos casos la de soporte.

Este caso permite mostrar a la comunidad médica la necesidad de tener presente la existencia de este tipo de complicaciones en pacientes con inicio súbito de taquicardia y disnea, dolor torácico o hipoxia tras la administración endoscópica de cianoacrilato para el tratamiento de hemorragias secundarias a várices gástricas.

Referencias

- 1.- Bari K, Garcia-Tsao G. Treatment of portal hypertension. *World J Gastroenterol* 2012; 18: 1166-75.
- 2.- García-Pagan JC, Barrufet M, Cardenas A, Escorsell A. Management of Gastric Varices. *Clin Gastroenterol Hepatol* 2013; doi: 10.1016/j.cgh.2013.07.015. [Publicación electrónica en avance].
- 3.- Kumar A, Singh S, Madan K, Garg PK, Acharya SK. Undiluted N-butyl cyanoacrylate is safe and effective for gastric variceal bleeding. *Gastrointest Endosc* 2010; 72: -7.
- 4.- Hashizume M, Akahoshi T, Tomikawa M. Management of gastric varices. *J Gastroenterol Hepatol* 2011; 26 Suppl 1: 102-8.
- 5.- Singer AD, Fananapazir G, Maufa F, Narra S, Ascher S. Pulmonary embolism following 2-octyl-cyanoacrylate/lipiodol injection for obliteration of gastric varices: an imaging perspective. *J Radiol Case Rep* 2012; 6: 17-22.
- 6.- Belletrutti PJ, Romagnuolo J, Hilsden RJ, Chen F, Kaplan B, Love J, et al. Endoscopic management of gastric varices: efficacy and outcomes of gluing with N-butyl-2-cyanoacrylate in a North American patient population. *Can J Gastroenterol* 2008; 22: 931-6.
- 7.- Mahmoudi N, Whittaker JS. Glueing of fundal varices. *Can J Gastroenterol* 2006; 20: 691-3.
- 8.- Sarin SK, Mishra SR. Endoscopic therapy for gastric varices. *Clin Liver Dis* 2010; 14: 263-79.
- 9.- Rajoriya N, Forrest EH, Gray J, Stuart RC, Carter RC, McKay CJ, et al. Long-term follow-up of endoscopic Histoacryl glue injection for the management of gastric variceal bleeding. *QJM* 2011; 104: 41-7.