

Imagen del mes

Lesión duodenal en paciente con hemorragia digestiva alta

Raúl Araya J.¹ y Cristóbal Balmaceda A.²

Image of the month

Duodenal lesion in a patient with upper gastrointestinal bleeding

Paciente mujer de 64 años, con antecedentes de enfermedad pulmonar obstructiva crónica (EPOC) tabáquica, colecistectomía laparoscópica hace 12 años, histerectomía y ooforectomía por tumor ovárico benigno. Sin consumo de anti-inflamatorios no esteroideos (AINEs) ni anti-agregantes plaquetarios. Consulta al servicio de urgencia del Hospital Militar por cuadro de 7 días de evolución, caracterizado por dolor epigástrico intermitente, urente, no relacionado con las comidas, asociado a pirosis, melena y lipotimia. Al ingreso, Presión Arterial: 158/109 mm/Hg,

pulso 74 latidos por minuto, Saturación de oxígeno de 99%. En box presenta episodio de hematemesis, hipotensión sin *shock*, motivando su ingreso a unidad de paciente crítico (UPC) para estabilización hemodinámica. Entre sus exámenes destacan: Hematocrito de 28% y Hb 9,8 g/dL, con recuento de plaquetas normal. *Score Blatchford* 6 puntos (rango de 0-23), se efectúa endoscopia digestiva alta (EDA) de urgencia después de dos horas, que muestra lesión en bulbo duodenal (Figura 1), cuya imagen se presenta a continuación.

¹Servicio de Gastroenterología y Endoscopia Hospital Militar de Santiago, Chile.

²Servicio de Medicina Hospital Militar de Santiago, Chile.

Recibido: 13 de octubre de 2014
Aceptado: 18 de octubre de 2014

Correspondencia a:
Dr. Raúl Araya Jofré
Servicio de Gastroenterología y Endoscopia Hospital Militar de Santiago.

Av. Alcalde Fernando Castillo Velasco 9100, Santiago, Chile.
Teléfono: [+56 2] 223316872
rarayajofre@gmail.com

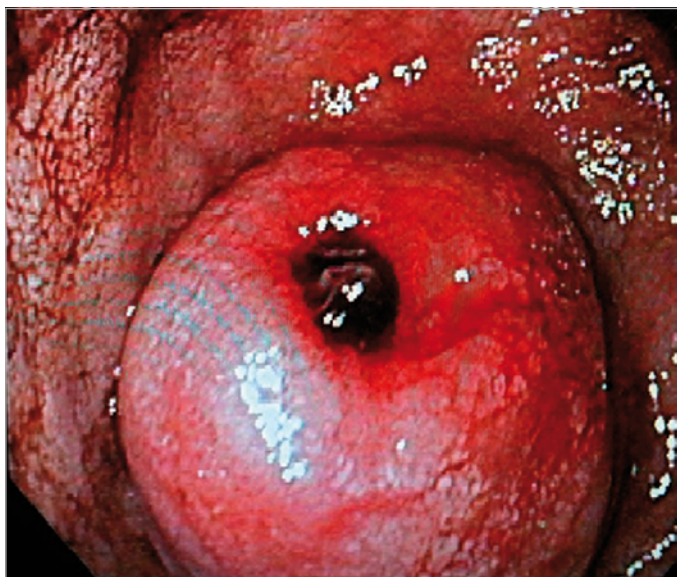


Figura 1. Imagen endoscópica de bulbo duodenal.

¿Cuál sería su diagnóstico?

Imágenes en Gastroenterología

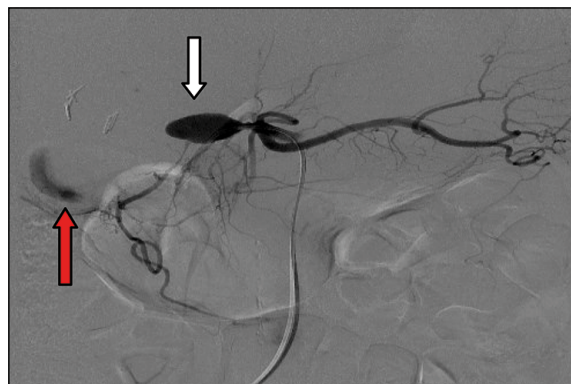


Figura 2. Flechas: Blanca: aneurisma de AH; Roja: sangrado activo de la ADP.

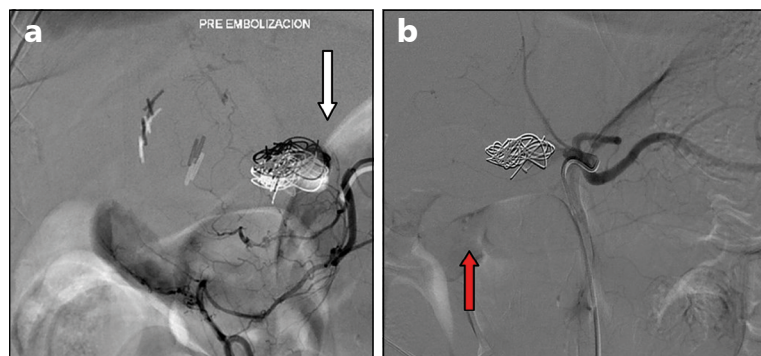


Figura 3. 3a: Embolización de AH; 3b: Embolización de ADP.

El informe endoscópico es: “Esófago sin lesiones, estómago con sangre fresca y coágulos, no observándose lesiones en su mucosa, y en duodeno lesión de aspecto subepitelial de 15 x 15 mm, ulcerada en su superficie con coágulo adherido y sangramiento en napa en uno de sus bordes, llamando la atención el carácter pulsátil de ésta (Forrest Ib). (Figura 1). Se obtuvo en la UPC, el antecedente de haber sido evaluada en cirugía vascular en el año 2011 con estudio angiográfico que mostró aneurisma de la arteria hepática (AH) de 5,5 cm a 5 mm de la emergencia del tronco celiaco, con rama izquierda de la AH de calibre normal, arteria gastroduodenal nace desde el aneurisma”. La paciente rechazó tratamiento endovascular. Dado este antecedente y el carácter pulsátil de la lesión se decide no efectuar terapia endoscópica y se traslada a angiografía, cuyo estudio mostró “Aneurisma de 5 x 2 cm, que se origina en la AH a 15 mm del tronco celiaco, la arteria gastroduodenal aparece de tamaño normal y se origina del aneurisma, existiendo una arteria dorsal

pancreática (ADP) que demuestra un área de sangrado activo a nivel duodenal.” (Figura 2). Ambas arterias (AH y ADP) son embolizadas, logrando el cese del sangrado (Figuras 3a y 3b).

Paciente evoluciona estable, se efectúa EDA de control previa a su alta hospitalaria, observándose persistencia de lesión elevada en bulbo, sin sangrado activo y cicatriz en su superficie, quedando pendiente la reevaluación con nueva EDA más tardía y endosonografía, ya que los hallazgos radiológicos apuntan a sangrado arterial (ADP) sin aneurisma subyacente con persistencia de lesión subepitelial.

Discusión

La hemorragia digestiva alta no variceal tiene etiologías conocidas y frecuentes como la enfermedad ulceropéptica y otras menos frecuentes como la de este caso. La malformación arterial esplácnica fue descrita por primera vez en autopsias en 1809, con prevalencia aneurismática del 0,01-0,2% en series de autopsias, siendo mayor en hombres con relación 2:1, con edad promedio de 60 años¹. Estas lesiones son asintomáticas hasta que se produce la fistulización hacia el lumen intestinal o ruptura a peritoneo libre con mortalidad de 40%, el diagnóstico diferencial se debe efectuar con otras lesiones elevadas subepiteliales como tumores gastrointestinales de origen estromal (*Gastrointestinal Stromal Tumours-GIST*), quistes, páncreas ectópico, leiomioma, neurofibroma, Schwannoma, carcinoide, donde la endosonografía es de ayuda diagnóstica². La etiología principal de los aneurismas es arterioesclerótica en 30%, siendo otras el aneurisma micótico, procesos inflamatorios circundantes, congénito, displasia fibromuscular, traumatismos y cirugías previas^{1,2}. Malformaciones arteriales y aneurismas de la AH se han descrito también secundarias a la colecistectomía laparoscópica, que podría ser la causa en este caso, con daño o lesión vascular de 0,8% en AH y cística, siendo la embolización la terapia de elección^{3,4}. La embolización arterial introducida por Mandel 1987, es la terapia de primera línea, menos invasiva con alta tasa de éxito (70-100%)¹. Si bien esta causa es rara, su presentación es muy grave, con alta mortalidad, resangrado frecuente, alto consumo endoscópico, hemoderivados y cirugía. Se necesita de una adecuada categorización y estratificación de riesgo en base a variables clínicas y de laboratorio y *scores* validados. Su manejo y resolución es multidisciplinario donde concurren el intensivista, endoscopista, cirujano y radiólogo intervencionista.

Referencias

- 1.- Bellmunt-Montoya S, Maeso-Lebrún J, Royo-Serando J, Bofill-Brosa R, Matas-docampo M. Aneurismas de la arteria hepática. Descripción de cinco casos y revisión de la literatura. *Angiología* 2001; 53: 33-41.
- 2.- Chung-Tsui Huang, Ching-Yu Chiu, Kuo-Hsin Chen, Tzong-His Lee. A common hepatic artery aneurysm mimicking a duodenal submucosal tumor presenting as upper gastrointestinal bleeding: A case report. *J Intern Med* Taiwan 2010; 21: 56-61.
- 3.- Milburn JA, Hussey JK, Bachoo P, Gunn IG. Right hepatic artery pseudoaneurysm thirteen months following laparoscopic cholecystectomy. *Eur J Surg* 2002; 168: 566-8.
- 4.- Yao CA, Arnell TD. Hepatic artery pseudoaneurysm following laparoscopic cholecystectomy. *Am J Surg* 2010; 199 e10-1.