



P-613 - HEMORRAGIA DIGESTIVA BAJA POR VARICES ECTÓPICAS. A PROPÓSITO DE UN CASO.

Gomis Martín, Álvaro; Campo Betancourth, Carlos Felipe; Zarco Pleguezuelos, Antonio; Romero Simó, Manuel; Sevilla Micó, Silvia; Vellilla Vico, David; Rubio García, Juan Jesús; Ramírez, José Manuel

Hospital General Universitario, Alicante.

Resumen

Introducción: La hemorragia digestiva baja (HDB) es motivo frecuente de hospitalización, siendo más frecuente en personas de edad avanzada. La enfermedad diverticular, la patología hemorroidal, la colitis isquémica y el sangrado post-polipectomía se encuentran entre las causas más frecuentes. A pesar de que la mayoría de los casos son autolimitados, los pacientes en los que la hemorragia es significativa requieren de un diagnóstico precoz y un adecuado tratamiento. Presentamos un caso clínico de un paciente que presentaba shock hemorrágico por HDB, requiriendo intervención quirúrgica urgente.

Caso clínico: Mujer, 61 años, con diabetes mellitus tipo 2 y cirrosis hepática por VHC sin adecuada respuesta al tratamiento con IFN y ribavirina. Ingresa en urgencias por encefalopatía y rectorragia con inestabilidad hemodinámica, con TA 80/40 mmHg y FC 120 lpm, por lo que fue ingresada en unidad de críticos para monitorización y tratamiento de soporte. Presentó anemización: hemoglobina 6,9 mg/dL y hematocrito 21,3%, requiriendo transfusión de dos unidades de hematíes. En la gastroscopia se observaron varices esofágicas grado II-III sin signos de sangrado y la colonoscopia no fue concluyente. En las imágenes del TAC se visualizaron varices prominentes en fosa iliaca derecha, que conectaban el sistema venoso mesentérico con la vena ovárica derecha, en íntimo contacto con un asa de íleon. Ante la situación clínica se realizó laparotomía exploradora, observándose una masa varicosa pélvica adherida y fistulizada en 2 segmentos de íleon terminal, el primero a 10 cm y el segundo a 40 cm del ciego, los cuales se resecaron, realizándose anastomosis primaria. En el periodo postoperatorio no se evidenció deterioro hemodinámico. Pese al buen control quirúrgico de la hemorragia, la paciente presentó una evolución tórpida con fallo hepático refractario al tratamiento, y falleció a los 46 días de la intervención.

Discusión: Las varices ectópicas (VE) son causa infrecuente de HDB. Hay pocos casos publicados en los que las venas ováricas son afectadas, estando relacionadas a hipertensión portal (HTP) por cirrosis hepática. Se considera VE a cualquier dilatación venosa causada por HTP, exceptuando las varices esófago-gástricas. Tienen un amplio espectro de manifestaciones clínicas debido a su localización, incluyendo el sangrado gastrointestinal, hemoperitoneo, anemia ferropénica o como hallazgo incidental. La localización de las VE puede ser muy variada, por lo tanto, la estrategia diagnóstica es muy amplia. La localización más frecuente es en recto y duodeno, por tanto, la primera estrategia diagnóstica debería ser la gastroscopia y/o colonoscopia urgente. Si la endoscopia no fuese concluyente, el siguiente paso sería realizar un TAC con contraste. Los casos de HDB son autolimitados en su mayoría (85%). El 15% restante, la hemorragia permanece activa o presentan resangrado. En estos casos, cerca del 50% necesitan tratamiento quirúrgico urgente. Las causas atípicas como este caso clínico deben ser tenidas en cuenta, ya que pueden requerir de cirugía urgente para el

control de la hemorragia. Actualmente, no hay guías ni ensayos clínicos aleatorizados sobre el tratamiento de la HDB por varices ectópicas, siendo la mayor parte de la literatura casos clínicos y series de casos.