CIR ESP. 2020;98(Espec Congr 1):1194

Cirugía Española

www.elsevier.es/cirugia

P-659 - PERFORACIÓN DE DIVERTÍCULO DUODENAL POR ÚLCERA DE DIEULAFOY

Cejas Arjona, Francisco Javier; Gómez Infante, Marta; Ciria Bru, Rubén; Ibáñez Rubio, Marta; Anelli, Ferdinando Massimiliano; Briceño Delgado, Francisco Javier

Hospital Universitario Reina Sofía, Córdoba.

Resumen

Introducción: La lesión de Dieulafoy es una malformación vascular caracterizada por la presencia de un vaso arterial de gran calibre en la submucosa y ocasionalmente en la mucosa, que puede erosionarse y provocar una hemorragia grave, recurrente y en ocasiones mortal. Se asocia al tratamiento anticoagulante en la mitad de los casos. Su localización más frecuente es el estómago (60,97%), seguida del duodeno (29,26%). Es una causa rara de hemorragia gastrointestinal y corresponde a menos del 2% de los episodios de sangrado digestivo agudo.

Caso clínico: Paciente de 76 años, con antecedentes personales de hipertensión arterial, dislipemia, estenosis aortica severa con colocación de TAVI hace un mes (AAS 100 mg + clopidogrel 75 mg/24h) que acude a urgencias por astenia y deposiciones oscuras desde hace 1 mes. A su llegada presenta hemoglobina de 6 g/dl, con TA de 87/57 mmHg. Ingresa en Unidad de Sangrantes, donde se realiza endoscopia digestiva alta sin encontrar hallazgos reseñables. Tras estabilización de la paciente se completa estudio con colonoscopia y cápsula endoscópica, objetivando sangre fresca en duodeno distal-yeyuno proximal sin clara lesión subyacente. Se realiza enteroscopia de doble balón, observando divertículo duodenal con restos hemáticos. Se hace angioTC, con imagen de vaso arterial a nivel submucoso de la pared del divertículo en cuarta porción duodenal, con origen en arteria mesentérica superior, compatible con lesión de Dieulafoy, que se trata endoscópicamente con clips. Posteriormente comienza con empeoramiento clínico y hemodinámico, por lo que se realiza TC abdominal, evidenciándose perforación de víscera hueca. Se procede a cirugía urgente, por incisión subcostal bilateral, identificándose infiltrado aero-biliar de retroperitoneo periduodenal. Se realiza maniobra de Cattel-Braasch y de Kocher, identificando perforación de divertículo en tercera porción duodenal, que se reseca con endograpadora e invaginación de línea de grapas. En el postoperatorio se mantuvo estable clínica y hemodinámicamente, dándose de alta al 10º día postoperatorio.

Discusión: La perforación de divertículo duodenal debería considerarse como causa de abdomen agudo en pacientes con evidencia previa de divertículo en estudios anteriores. Los divertículos sintomáticos son menos del 10% y de estos, sólo 1 al 2% se someten a tratamiento quirúrgico. Dentro de la localización, el hallazgo en la tercera porción del duodeno es del 10%, siendo necesaria la exploración quirúrgica de todo el segmento duodenal. Entre las posibilidades de tratamiento están desde las más conservadoras con drenaje percutáneo y antibióticos, hasta las derivaciones digestivas. El tratamiento conservador tiene limitaciones, ya que excluye a los pacientes inestables o

con datos de respuesta inflamatoria sistémica. Entre los procedimientos más comunes se encuentra la extirpación del divertículo con plastia y el uso de endograpadoras, sin grandes diferencias en ambos resultados, sea por vía abierta o por laparoscopia. Se ha intentado el cierre primario con parche de Graham con resultados cuestionables, por lo que esta práctica ha tendido al abandono. En este caso se decide la resección del divertículo porque durante un periodo corto entre el cuadro clínico y el diagnóstico, el estado clínico del enfermo había empeorado.

0009-739X © 2020 AEC. Publicado por Elsevier España, S.L.U. Todos los derechos reservados