

Hemorragia digestiva de origen atípico

B. Amores Arriaga, M.A. Torralba Cabeza, S. Olivera González, J.I. Pérez Calvo y P. Cía Gómez
Servicio de Medicina Interna. Hospital Clínico Universitario Lozano Blesa. Zaragoza.

Caso clínico

Se presenta el caso de un paciente de 31 años de edad que ingresa por dolor cólico en fosa ilíaca derecha de 6 meses de evolución, astenia, hiporexia y pérdida de peso. Veinticuatro horas antes presenta una deposición de sangre roja y síncope. Entre sus antecedentes refiere una herida por arma de fuego a los 23 años con perforaciones en íleon terminal y en arteria ilíaca derecha que se solucionó con la colocación de una prótesis vascular y la realización de una simpatectomía, sin extraerse un proyectil (figs. 1 y 2).

En la exploración física destaca la palidez, la taquicardia (115 ppm) y la sensación de masa en la fosa ilíaca derecha con un aumento del peristaltismo. En la analítica de ingreso presenta una hemoglobina de 9,4 g/dl, un hematocrito del 29%, un volumen corpuscular medio de 86 fl, leucocitos de $14.300/\text{mm}^3$ y plaquetas de $460.000/\text{mm}^3$ y una velocidad de sedimentación globular de 100 (1.^a hora). La glucosa, la urea, la creatinina, los iones, las transaminasas, la bilirrubina y el sedimento de orina eran normales. El paciente ingresa con el diagnóstico de hemorragia digestiva baja y síncope.



Fig. 1. Radiografía simple de abdomen, proyección posteroanterior donde se observa cuerpo extraño metálico.



Fig. 2. Radiografía simple de abdomen, proyección lateral donde se observa cuerpo extraño metálico con forma de proyectil.



Fig. 3. Corte de tomografía axial de abdomen donde se ve la dilatación de pelvis renal.

Evolución

El paciente presenta episodios repetidos de rectorragias y melenas, con dolor abdominal; se le transfunden 15 concentrados de hematíes por anemia severa. Durante estos episodios se realizan 2 fibrocolonoscopias, 2 fibrogastroskopias y un tránsito esófago-gastro-duodenal que son normales. Se realiza también una tomografía computarizada abdominal (fig. 3) que objetiva un atrapamiento del uréter derecho por proceso inflamatorio o fibrótico con dilatación pélvica. Ante la falta de origen del sangrado se realiza una arteriografía de arterias mesentéricas superior e inferior cuyo resultado es normal y una gammagrafía con hematíes marcados que también resulta negativa en las primeras imágenes pero que muestra captación en el intestino delgado en las imágenes tardías, lo que sugiere que el origen del sangrado sea proximal al yeyuno (fig. 4).

Tras un nuevo episodio de rectorragia masiva se le realiza laparotomía de urgencia. En la intervención se observa trombosis e infección de la prótesis vascular ilíaca, que engloba el íleon distal y el ciego, con perforaciones en el apéndice y el íleon y peritonitis en la pelvis menor. Se retira la prótesis con ligadura de la ilíaca derecha, sin signos de isquemia por la amplia circulación colateral. El postoperatorio cursa sin incidencias y el paciente es dado de alta a domicilio.

Diagnóstico

Rectorragia por fístula protésico-ental e infección en el bloque de la prótesis, el íleon terminal y el ciego.

Discusión

Las hemorragias de origen digestivo son una causa frecuente de morbilidad y mortalidad. En un 5% de los casos, a

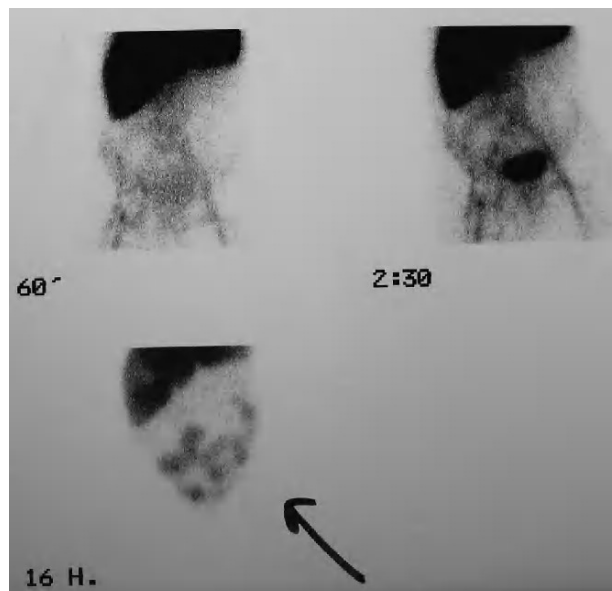


Fig. 4. Gammagrafía con hematíes marcados que muestra captación en yeyuno.

pesar de los estudios endoscópicos, no se llega a averiguar el origen. Esto es de especial importancia en los casos en los que hay anemia severa, es recurrente o hay riesgo vital como es nuestro caso¹.

En la aproximación al diagnóstico etiológico está indicada la repetición de las pruebas endoscópicas alta y baja (incluso por exploradores diferentes), incluyendo la visualización del íleon para diagnosticar lesiones que en una primera exploración hayan podido pasar desapercibidas (lesiones lineares de la hipertensión portal, varices gástricas, sangrados del conducto pancreático, hemobilia, etc.)^{2,3}.

Si a pesar de esta repetición no se diagnostica el punto de sangrado, se deben realizar técnicas que incluyan el estudio del intestino delgado, especialmente en los pacientes menores de 50 años por la mayor frecuencia de tumores en dicha zona^{4,6}. Para ello disponemos de la enteroscopia, que permite explorar el duodeno y el yeyuno proximal con una sensibilidad del 24-75%, aumentando hasta el 70-100%, según las series, si la técnica se realiza intraoperatoriamente; también podemos utilizar la enteroclasia, capaz de detectar masas pero no lesiones mucosas, que puede combinarse con la realización de una tomografía o una resonancia^{7,8}. Otras técnicas empleadas son la cápsula endoscópica, más sensible que las pruebas previas y no invasiva⁹. También se utilizan técnicas con radiofármacos, siempre que la cantidad sea superior a 0,1-0,5 ml/mn. Esta técnica, que se realiza con tecnecio o hematíes marcados con tecnecio 99 y es más sensible que la angiografía, pero menos específica, señala únicamente el área de sangrado, sin la posibilidad de precisar más la estructura anatómica afectada¹⁰. Por último, la realización de la angiografía, que sí nos dará el punto exacto de sangrado, se reserva para los casos que requieran transfusión y debe realizarse cuando esté activo el sangrado¹¹.

BIBLIOGRAFÍA

1. Rockey DC. Occult gastrointestinal bleeding. *N Engl J Med*. 1999;341:38-46.
2. Lin S, Rockey DC. Obscure gastrointestinal bleeding. *Gastroenterol Clin North Am*. 2005;34:679-98.
3. Mitchell SH, Schaefer DC, Dubagunta S. A new view of occult and obscure gastrointestinal bleeding. *Am Fam Physician*. 2004;69:875-81.
4. Van Gossum A. Obscure digestive bleeding. *Best Pract Res Clin Gastroenterol*. 2001;15:155-74.
5. Amaro R, Barkin JS. Diagnostic and therapeutic options in obscure gastrointestinal blood loss. *Curr Gastroenterol Rep*. 2000;2:395-8.
6. Lewis BS, Kornbluth A, Waye J. Small bowel tumors: yield of enteroscopy. *Gut*. 1991;32:763-5.
7. Hara AK, Leighton JA, Sharma VK, Heigh RI, Fleischer DE. Imaging of small bowel disease: Comparison of capsule endoscopy, standard endoscopy, barium examination and CT. *Radiographics*. 2005;25:697-718.
8. Ress AM, Benacci JC, Sarr MG. Efficacy of intraoperative enteroscopy in diagnosis and prevention of recurrent, occult gastrointestinal bleeding. *Am J Surg*. 1992;163:94-8.
9. Carey EJ, Fleischer DE. Investigation of the small bowel in gastrointestinal bleeding- enteroscopy and capsule endoscopy. *Gastroenterol Clin North Am*. 2005;34:719-34.
10. Rollins ES, Picus D, Hicks ME, Darcy MD, Bower BL, Kleinhoffer MA. Angiography is useful in detecting the source of chronic gastrointestinal bleeding of obscure origin. *AJR Am J Roentgenol*. 1991;156:385-8.
11. Voeller GR, Bunch G, Britt LG. Use of technetium-labeled red blood cell scintigraphy in the detection and management of gastrointestinal hemorrhage. *Surgery*. 1991;110:799-804.