

M. Dolores Antón*, Ana Polanco, Inmaculada Ferrando, Patricia Latorre, Andrea Pascual y Eduardo Moreno Osset

Servicio de Medicina Digestiva, Hospital Universitario Dr. Peset, Valencia, España

* Autor para correspondencia.

Correo electrónico: anton.dolcon@gva.es (M.D. Antón).

<https://doi.org/10.1016/j.gastrohep.2017.06.004>
0210-5705/

© 2017 Elsevier España, S.L.U., AEEH y AEG. Todos los derechos reservados.

Hemorragia digestiva recurrente por lesión de Dieulafoy tratada con éxito mediante esclerosis guiada por ecoendoscopia



Recurrent gastrointestinal bleeding secondary to Dieulafoy's lesion successfully treated with endoscopic ultrasound-guided sclerosis

Presentamos el caso de un varón de 82 años que acude a Urgencias por un cuadro de hematemesis y melenas. Como antecedentes de interés destacaban hipertensión arterial, fibrilación auricular en tratamiento anticoagulante, un aneurisma de aorta abdominal intervenido y un episodio previo hacía 7 meses de hemorragia digestiva alta secundaria a una lesión de Dieulafoy (LD) en el fundus gástrico, que fue tratada mediante esclerosis y colocación de hemoclips.

A su llegada a nuestro hospital el paciente presentaba una tensión arterial de 85/50 mmHg y una frecuencia cardíaca de 120 lpm, así como una hemoglobina de 6,5 g/dl, procediéndose entonces a su reanimación con volumen y transfusión de hemoderivados. Posteriormente, en las primeras 8 h tras su llegada a Urgencias, se realizó una gastroscopia en la que se evidenció a nivel de la curvatura mayor-fundus un coágulo de gran tamaño adherido, sin ser posible visualizar claramente el foco del sangrado, siendo tratado con inyección de adrenalina y etoxiesclerol a través del coágulo. Al día siguiente se repitió la gastroscopia, objetivándose un coágulo menor de 1 cm, así como pequeñas disrupciones mucosas puntiformes adyacentes, probablemente correspondientes a la esclerosis del día anterior y los hemoclips colocados en el anterior ingreso. Al no evidenciarse signos de resangrado y no ser posible determinar el punto exacto del origen de la hemorragia, no se realizó terapéutica alguna en esta ocasión.

En planta volvió a presentar melenas y anemia, por lo que se realizó una ecoendoscopia (EUS) en la que se identificó a nivel del fundus gástrico un vaso de 2 mm de calibre que atravesaba la pared, altamente compatible con enfermedad de Dieulafoy (fig. 1). Se procedió entonces a su esclerosis, guiada por aguja de EUS, inyectándose 0,5 mg de adrenalina y 2 cc de etoxiesclerol, tras lo que se observó la desaparición del flujo a dicho nivel. Desde entonces el paciente no volvió a presentar exteriorización de sangrado ni precisó nuevas transfusiones en los 6 meses de seguimiento posterior.

La LD es una anomalía vascular del tracto digestivo, cuya localización más habitual es a nivel de la cavidad gástrica¹⁻⁴.

Consiste en una arteria submucosa histológicamente normal pero de trayecto aberrante, que no sigue las ramificaciones habituales, siendo por ello de un calibre 10 veces superior al calibre normal de los capilares a nivel de la mucosa gastrointestinal^{1,5-7}.

Su importancia radica en que se trata de una causa grave, aunque poco frecuente, de hemorragia digestiva alta, representando aproximadamente entre el 1 y el 2% de los casos^{2,7}. La etiología y la patogenia son desconocidas, aunque afecta típicamente a varones adultos con múltiples comorbilidades, tales como hipertensión arterial, diabetes mellitus o enfermedad renal crónica^{1,2}. El uso de AINE también se ha asociado con esta afección, probablemente por la isquemia y atrofia que provocan en la mucosa gastrointestinal, favoreciendo el sangrado en estos pacientes^{1,6,8}.

La LD puede permanecer silente durante años, comenzando en la mayoría de los casos como un sangrado gastrointestinal indoloro de inicio súbito que puede llegar a alcanzar altos índices de morbilidad, con tendencia a la recurrencia^{2,4,5,8}.

La endoscopia representa la modalidad diagnóstica de elección en esta enfermedad^{4,8}. Sin embargo, hasta en un 33% de los casos son necesarias endoscopias de repetición para alcanzar el diagnóstico definitivo^{2,6,7}, ya que la LD puede ser de difícil detección en ausencia de sangrado

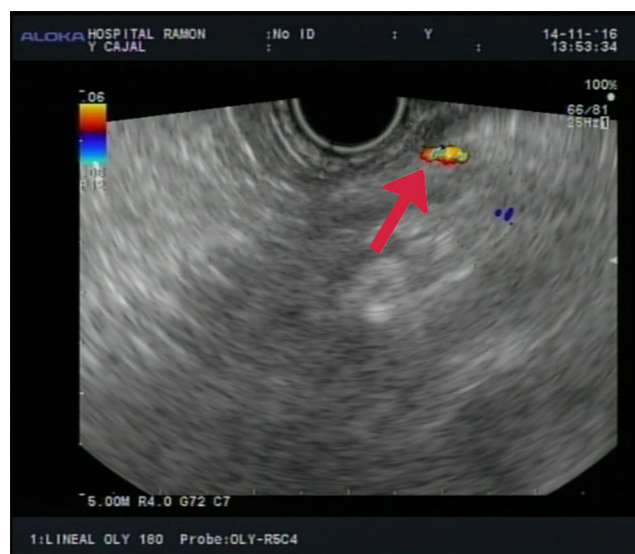


Figura 1 Imagen de ecoendoscopia. Imagen vascular atravesando la pared gástrica compatible con lesión de Dieulafoy.

activo, debido al pequeño tamaño de la misma y a la apariencia normal de la mucosa de alrededor.

En cuanto al tratamiento, la endoscopia ha demostrado ser una técnica segura y eficaz, consiguiéndose la hemostasia inicial en un 90-100% de los casos². Existen varias opciones terapéuticas endoscópicas disponibles^{2,5,6}, habiéndose comunicado mejores resultados con el empleo de métodos mecánicos, así como con la terapia combinada en comparación con la monoterapia^{2,4,8}.

Sin embargo, a pesar de que los avances endoscópicos en este campo hayan permitido una drástica reducción de la mortalidad (de un 80 a un 8%) por hemorragia secundaria a LD, relegando la cirugía a un segundo plano⁴, se estima que el riesgo de resangrado en estos pacientes oscila entre un 9 y un 40%².

Debido a ello, en un número no despreciable de casos el manejo de la LD supone un verdadero reto tanto diagnóstico como terapéutico, lo que explica el creciente interés existente en el estudio de otras técnicas poco invasivas alternativas a la endoscopia, como la arteriografía con embolización selectiva^{4,7} o la EUS^{1,2,5,8}.

En los últimos años la EUS ha sido señalada como un recurso tecnológico de gran utilidad en el abordaje de esta entidad^{2,3,5,9}, especialmente en aquellos casos en los que la endoscopia ha fracasado previamente. El empleo de ecodoppler permite delimitar con gran precisión el trayecto del vaso submucoso aberrante, así como realizar una esclerosis selectiva del mismo mediante la inyección de diversas sustancias, tales como adrenalina o etanol^{3,4,9}. Más allá, esta técnica puede emplearse también para confirmar el éxito en la ablación de la lesión tras su tratamiento, demostrando la ausencia de flujo en la arteria aberrante mediante doppler^{2,3}.

Así, el caso presentado constituye un claro ejemplo del papel de la EUS en el manejo de la hemorragia recurrente por LD, ya que esta fue la técnica decisiva en nuestro paciente para conseguir el control de la LD refractaria al tratamiento endoscópico.

Bibliografía

1. Lee YT, Walmsley RS, Leong RW, Sung JJ. Dieulafoy's lesion. 2003;58:236-43.
2. Jeon HK, Kim GH. Endoscopic management of Dieulafoy's lesion. Clin Endosc. 2015;48:112-20.
3. Law R, Fujii-Lau L, Wong Kee Song LM, Gostout CJ, Kamath PS, Abu Dayyeh BK, et al. Efficacy of endoscopic ultrasound-guided hemostatic interventions for resistant nonvariceal bleeding. Clin Gastroenterol Hepatol. 2015;13:808-12.
4. Lee YT, Walmsley RS, Leong WL, Sung JJY. Dieulafoy's lesion. Gastrointest Endosc. 2013;58:236-43.
5. González-Sánchez CB, Orozco-Monroy G, Leycegui-Aiza M, Eljore-Eljore M, Martínez-de la Maza E. Lesión de Dieulafoy, aspectos generales de diagnóstico y tratamiento. Endoscopia. 2010;22:161-5.
6. Saleh R, Lucerna A, Espinosa J, Scali V. Dieulafoy lesion: The little known sleeping giant of gastrointestinal bleeds. Am J Emerg Med. 2016;34:2464.e3-5.
7. Batouli A, Kazemi A, Hartman MS, Heller MT, Midian R, Lupetin AR. Dieulafoy lesion: CT diagnosis of this lesser-known cause of gastrointestinal bleeding. Clin Radiol. 2015;70:661-6.
8. Baxter M, Aly EH. Dieulafoy's lesion: Current trends in diagnosis and management. Ann R Coll Surg Engl. 2010;92:548-54.
9. Vila JJ, Pérez-Miranda M, Basterra M, Gómez M, Fernández-Urién I, Jiménez FJ. Endoscopic ultrasound-guided therapy of a rectal Dieulafoy lesion. Endoscopy. 2014;46:E84-5.

Irene García de la Filia, Nerea Hernanz,
Enrique Vázquez Sequeiros y Eduardo Tavío Hernández*

Servicio de Gastroenterología y Hepatología, Hospital Universitario Ramón y Cajal, Madrid, España

* Autor para correspondencia.

Correo electrónico: eduardo.tavio@salud.madrid.org
(E. Tavío Hernández).

<https://doi.org/10.1016/j.gastrohep.2017.06.002>
0210-5705/

© 2017 Elsevier España, S.L.U., AEEH y AEG. Todos los derechos reservados.

Una causa inusual de fallo hepático agudo: infiltración tumoral por carcinoma neuroendocrino



An unusual cause of acute liver failure: Tumour infiltration by neuroendocrine carcinoma

El fallo hepático agudo (FHA) es una entidad rara de instauración rápida y alta mortalidad que se caracteriza por coagulopatía con INR > 1,5 y cualquier grado de encefalopatía en un paciente sin enfermedad hepática previa¹. Algunas de las causas más frecuentes son la toxicidad por fármacos como el acetaminofén, las hepatitis víricas, la hepatitis autoinmune, la enfermedad de Wilson y la

hepatitis isquémica^{1,2}. Aunque la diseminación hematógena de los tumores sólidos afecta frecuentemente al hígado, el FHA por infiltración neoplásica es muy infrecuente, existiendo pocos casos descritos en la literatura. En un estudio realizado en el Reino Unido durante 18 años (1978-1995) esta situación se documentó solo en el 0,44% de los pacientes, siendo las neoplasias de origen hematológico la causa más frecuente³. En otro estudio multicéntrico americano más reciente, realizado por el *Acute Liver Failure Study Group* donde revisaron 1.910 pacientes con FHA desde 1998 a 2012 identificaron solamente 27 pacientes (1,4%) con FHA secundario a una infiltración tumoral⁴.

El parénquima hepático es sustituido por células neoplásicas que se propagan por vía sinusoidal, produciendo isquemia hepatocelular y liberando citoquinas proinflamatorias. El aumento de la AST, la LDH y la hepatomegalia apoyan esta hipótesis; el fallo hepático fulminante desencadena