



OBSERVACIÓN CLÍNICA

Hematoma retroperitoneal tras tratamiento de lesión de Dieulafoy duodenal

Joana Pinto*, Miguel Afonso, Ricardo Veloso, Rolando Pinho, Luisa Proença, João Carvalho y José Fraga

Departamento de Gastroenterología y Hepatología, Centro Hospitalario Vila Nova de Gaia, Portugal

Recibido el 8 de marzo de 2011; aceptado el 16 de mayo de 2011

Disponible en Internet el 21 de julio de 2011

PALABRAS CLAVE

Retroperitoneo;
Duodeno;
Hemorragia;
Úlcera de Dieulafoy

KEYWORDS

Retroperitoneum;
Duodenum;
Hemorrhage;
Dieulafoy's lesion

Resumen La lesión de Dieulafoy es una causa poco frecuente de sangrado del tracto gastrointestinal que puede tener consecuencias graves como hipotensión y hemorragia recurrente si no es tratada.

Los autores publican el caso de una paciente anciana con múltiples comorbilidades que debuta con hemorragia digestiva, causada por una lesión de Dieulafoy a nivel duodenal, que se trató por vía endoscópica y luego se complicó con la formación de un hematoma retroperitoneal. Teniendo en cuenta el riesgo quirúrgico los autores optaron por tratar nuevamente la lesión por vía endoscópica lo que resultó ser un enfoque razonable en este paciente en particular.

© 2011 Elsevier España, S.L. Todos los derechos reservados.

Retroperitoneal hematoma after treatment of Dieulafoy's lesion of the Duodenum

Abstract Dieulafoy's lesion is an uncommon cause of brisk arterial bleeding from the gastrointestinal tract that can have severe consequences such as rebleeding and hypotension if left untreated.

The authors report the case of an elderly woman with several comorbidities who presented with duodenal bleeding caused by a Dieulafoy lesion. The lesion was treated endoscopically and was subsequently complicated by the formation of a retroperitoneal hematoma. Given the surgical risk, the authors opted to retreat endoscopically, which proved to be a reasonable approach in this particular patient.

© 2011 Elsevier España, S.L. All rights reserved.

Introducción

La lesión de Dieulafoy es una causa poco frecuente de hemorragia digestiva. Se presenta con mayor frecuencia en hombres que en mujeres en una proporción de 2:1 y se encuentra normalmente en el estómago, distal a la unión

* Autor para correspondencia.

Correo electrónico: joanaisabelpinto@gmail.com (J. Pinto).

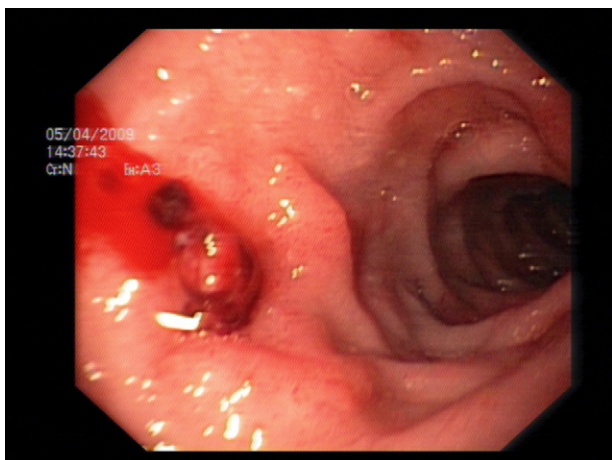


Figura 1 Lesión de Dieulafoy en la pared anterior del bulbo duodenal.

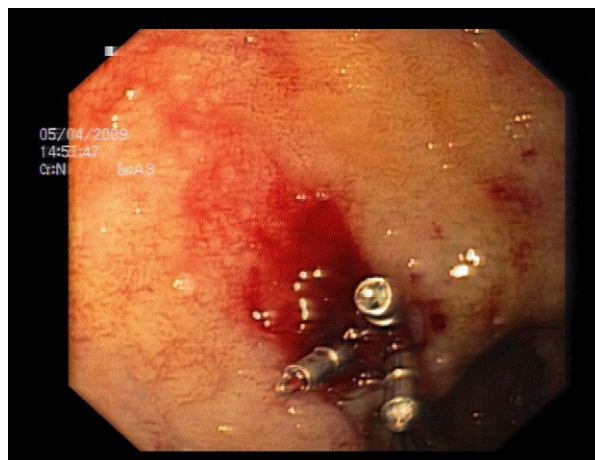


Figura 2 Tratamiento inicial de la lesión de Dieulafoy con 3 clips hemostáticos.

gastroesofágica¹. Su etiología es desconocida, pero puede deberse a causas congénitas o adquiridas (asociada con atrofia de la mucosa o aneurismas arteriolares)². Las alternativas para el tratamiento endoscópico de las lesiones de Dieulafoy incluyen la escleroterapia³ y las técnicas mecánicas como la ligadura con banda y la colocación de hemoclips⁴, las cuales permiten con frecuencia evitar una cirugía mayor. ☒

Observación clínica

Se presenta el caso de una mujer de 80 años de edad, que ingresó en la sala de urgencias con postración y somnolencia. Entre los antecedentes personales destacan demencia, diabetes mellitus e hipertensión arterial. Sus signos vitales eran estables y no había evidencias clínicas de sangrado digestivo, sin embargo, se identificó una anemia de reciente aparición (hemoglobina 9,7 g/dl). Durante su estancia hospitalaria presentó un episodio de hematemesis, con una caída de los valores de hemoglobina hasta 6,7 g/dl. En la gastroduodenoscopia se evidenció una lesión de Dieulafoy en la pared anterior del bulbo duodenal (fig. 1), que fue tratada con 3 clips hemostáticos (fig. 2). Evoluciona con inestabilidad hemodinámica requiriendo transfusiones de sangre en los días sucesivos. Se repitió la gastroduodenoscopia que mostró un gran hematoma duodenal debajo de los 2 clips hemostáticos. Se apreció una hemorragia de bajo volumen, que fue controlada mediante la colocación de otros 2 clips hemostáticos (fig. 3). Se realizó una TC abdominal que mostró un gran hematoma retroperitoneal con 17 x 6,8 cm (fig. 4) y un hematoma de la segunda y tercera porción del duodeno. Fue evaluada por el equipo de cirugía digestiva y se decidió aplicar un tratamiento conservador, con seguimiento radiológico seriado del hematoma retroperitoneal. La reevaluación endoscópica realizada 3 días después no reveló signos de sangrado activo. La paciente logró estabilizarse hemodinámicamente, sin requerir nuevas transfusiones. Se realizaron otras 2 TC durante la hospitalización, que confirmaron una lenta disminución del tamaño del hematoma retroperitoneal. Le fue dada el alta a los 20 días del ingreso, y se ha realizado seguimiento de manera ambulatoria. A los 18 meses de seguimiento no se han observado

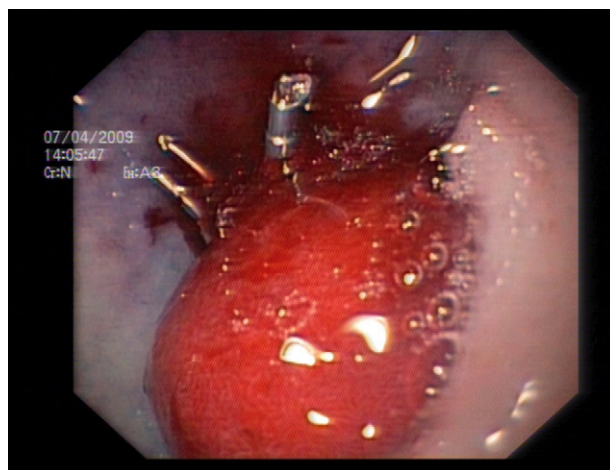


Figura 3 Hematoma duodenal y hemorragia de bajo volumen en la segunda gastroduodenoscopia.



Figura 4 Hematoma retroperitoneal en la tomografía computarizada.

nuevos episodios de sangrado. El hematoma retroperitoneal se reabsorbió completamente sin requerir ningún tipo intervención.

Discusión

Los autores presentan este caso por la rareza de la presentación clínica. Este fue el primer caso en nuestra unidad de un hematoma retroperitoneal tras el tratamiento de una lesión vascular y el único que los autores han encontrado en la literatura médica.

La lesión de Dieulafoy es una causa infrecuente de hemorragia digestiva, que se caracteriza por la presencia de una arteria aberrante submucosa de grueso calibre, que erosiona la mucosa, causando una hemorragia que a veces puede ser masiva (< 1%). Por lo general se produce en el cuerpo proximal o fondo gástrico, a unos 6 cm de la unión gastroesofágica, aunque también se ha descrito en otros lugares como el esófago, el intestino delgado, el colon y el recto. El cuadro clínico se caracteriza por la aparición repentina de hematemesis o melenas, sin otros síntomas, y refleja un sangrado habitualmente intermitente. Esta naturaleza de la hemorragia puede complicar la identificación de la lesión debido a que la mucosa puede parecer completamente normal en ausencia de sangrado activo. En caso de encontrarse un estómago lleno de sangre sin lesión identificable se hace necesaria la observación cuidadosa del cuerpo proximal (si es preciso utilizando metoclopramida o eritromicina) para excluir la presencia de una lesión de Dieulafoy.

En la primera mitad del siglo pasado, la mortalidad por estas lesiones fue del 80%, en gran parte debido a la difícil identificación del punto de sangrado y la necesidad de cirugía urgente. Actualmente, la mortalidad a los 30 días está alrededor del 13%, lo cual refleja la introducción del tratamiento por métodos endoscópicos y angiográficos². El tratamiento endoscópico se ha convertido en el método estándar para el manejo de estas lesiones, con tasas de éxito tan altas como del 95%⁵. Se ha utilizado una variedad de métodos endoscópicos para el tratamiento de estas lesiones, incluyendo esclerosis, sonda de calor, ligadura con bandas, hemoclips y coagulación con plasma de argón. El porcentaje de hemostasia inicial es cercano al 90% y la recurrencia hemorrágica después de un tratamiento exitoso es baja. Aun así, hasta el 16% de los pacientes necesitarán intervención

quirúrgica². Si el tratamiento endoscópico fracasa hay otras alternativas terapéuticas como la embolización arterial o la cirugía. La ecoendoscopia puede ser un método útil en la identificación de estas lesiones y el marcado con tinta china puede facilitar su identificación en caso de hemorragia recurrente².

En este caso, a pesar de que la lesión fue identificada y tratada precozmente, la evolución de la paciente nos ha hecho plantear un nuevo enfoque respecto de su tratamiento porque la misma se complicó con un hematoma retroperitoneal, evidente solo después del tratamiento endoscópico. En la segunda endoscopia quedó claro que el tratamiento endoscópico inicial causó una hemorragia subepitelial, probablemente iniciando una hemorragia con paso de sangre al retroperitoneo. Después del segundo tratamiento se asume que la arteria fue correctamente pinzada consiguiéndose la hemostasia. Dado que se trataba de una paciente con comorbilidades, y por eso con un mayor riesgo de muerte en caso de una cirugía de urgencia, la opción elegida fue el retratamiento endoscópico y la observación seriada con métodos de imagen. La embolización arterial no fue considerada después de que el segundo tratamiento endoscópico lograra estabilizarla hemodinámicamente y que el seguimiento mediante pruebas de imagen pusiera de manifiesto la reabsorción del hematoma.

Bibliografía

1. Veldhuysen van Zanten SJO, Bartelsman JFWM, Schipper MEI, Tytgat GNJ. Recurrent massive haematemesis from Dieulafoy vascular malformations—a review of 101 cases. *Gut*. 1986;27:213–22.
2. Brandt L, Landis C. Vascular lesions of the gastrointestinal tract. *Sleisenger and Fordtrans. Gastrointestinal and liver disease*, 1, 9th edition Philadelphia: Saunders Elsevier; 2010. p. 602–3.
3. Marcelo MM, Filho BH, Schraibman V, Goitia-Durán MB, Grande JC, Sato NY, et al. Dieulafoy lesion: endoscopic and surgical management. *Surg Laparosc Endosc Percutan Tech*. 2006;16:1–3.
4. Romaozinho JM, Pontes JM, Lérias C, Fererira M, Freitas D. Dieulafoy's lesion: management and long-term outcome. *Endoscopy*. 2004;36:416–20.
5. Sone Y, Kumada T, Toyoda H, Hisanaga Y, Kiriama S, Tanikawa M. Endoscopic management and follow up of Dieulafoy lesion in the upper gastrointestinal tract. *Endoscopy*. 2005;37:449–53.