



Reporte de caso

Hemorragia digestiva grave debido a ectasia vascular de yeyuno

Severe gastrointestinal bleeding due to jejunal vascular ectasia

Eduardo Amaya Rocha MD^a
Zenia Claros Coca MD^b
Gironella Duveyska Flores Muñoz MD^c

^a Director Hospital Clínico Viedma. Coordinador de Residencia Cirugía General. Cirujano de Emergencias del Hospital Clínico Viedma. Cochabamba, Bolivia.

^b Residente de Cirugía General Hospital Clínico Viedma, Cochabamba, Bolivia. Residente miembro del Colegio Americano de Cirujanos.

^c Residente de Cirugía General Hospital Clínico Viedma, Cochabamba, Bolivia.

RESUMEN

Introducción: la hemorragia del intestino delgado representa 5% de las hemorragias digestivas y se debe en especial a malformaciones vasculares. El diagnóstico se realiza mediante cápsula endoscópica, aunque depende del estado del paciente así como de la disponibilidad de acceso. **Presentación del caso:** mujer de 22 años que cursa con un cuadro de hematoquecia que condujo a un estado de choque hipovolémico y paro cardiorrespiratorio, con estudios de endoscopia alta y baja negativos. Ante la imposibilidad de acceder a cápsula endoscópica, se realizó intervención quirúrgica con identificación de ectasia vascular de yeyuno.

Palabras clave: hemorragia gastrointestinal, intestino delgado, yeyuno, malformaciones vasculares.

© 2022 Fundación Universitaria de Ciencias de la Salud - FUCS.
Este es un artículo Open Access bajo la licencia CC BY-NC-ND (<http://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/4.0/>).

INFORMACIÓN DEL ARTÍCULO

Historia del artículo:

Fecha recibido: septiembre 12 de 2022

Fecha aceptado: diciembre 6 de 2022

Autor para correspondencia.

Dr. Eduardo Amaya
Eduardo_amaya_r@outlook.com

DOI

10.31260/RepertMedCir.01217372.1389

Citar este artículo así: Amaya Rocha E, Claros Coca Z, Flores Muñoz GD. Hemorragia digestiva grave debido a ectasia vascular de yeyuno. Repert Med Cir. <https://doi.org/10.31260/Repert Med Cir.01217372.1389>

ABSTRACT

Introduction: bleeding from the small bowel represents 5% of all cases of gastrointestinal (GI) bleeding and is mainly due to vascular malformations. Diagnosis is made by capsule endoscopy, although it depends on the patient's condition as well as capsule endoscopy availability. **Case report:** a 22-year-old female patient presenting with hematochezia leading to hypovolemic shock and cardiorespiratory arrest, with negative upper and lower GI endoscopies. Given the impossibility of accessing capsule endoscopy, a surgical intervention was performed which identified jejunal vascular ectasia.

Key words: gastrointestinal hemorrhage, small intestine, jejunum, vascular malformations.

© 2022 Fundación Universitaria de Ciencias de la Salud - FUCS.

This is an open access article under the CC BY-NC-ND license (<http://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/4.0/>).

INTRODUCCIÓN

De los casos reportados de hemorragia digestiva 5% tiene origen en el intestino delgado causando una clínica diversa, desde cuadros de anemia por deficiencia de hierro hasta melena o hematoquecia.¹ Las causas vasculares son frecuentes (24%), seguidas por las inflamatorias (18%) y las tumorales (11%). En los menores de 40 años la enfermedad de Crohn es la etiología principal, a diferencia de los >40 que son las angioectasias y las malformaciones vasculares.² Estas últimas son la angiodisplasia, telangiectasia, flebectasia, malformación arteriovenosa, lesión de Dieulafoy y várices. La endoscopia las clasifica en cuatro tipos, de acuerdo con la clasificación de Yano-Yamamoto: 1A y 1B que engloban a la angiodisplasia, 2A y 2B que corresponden a la lesión de Dieulafoy, tipo 3 las malformaciones arteriovenosas y 4 el resto de lesiones, siendo la angiodisplasia la más frecuente.³

Históricamente el sangrado digestivo se ha clasificado como alto o bajo y cuando se sospechaba un probable origen en intestino delgado se denominaba "sangrado de origen oscuro". En la actualidad se usan los términos "hemorragia de origen intermitente" o solo "sangrado de intestino delgado"², por ello el diagnóstico y enfoque de este tipo de patologías exige una correcta historia clínica y adecuada exploración semiológica para guiar y utilizar los diferentes recursos, con el fin de dar una resolución definitiva tomando como base el estado del paciente.

Se presenta el caso clínico de una paciente joven quien debutó con cuadro de hematoquecia que llevó a choque hipovolémico, cursó con paro cardiorespiratorio y requirió intervención quirúrgica urgente, apoyo nutricional y neuroestimulación. La evolución fue favorable.

PRESENTACIÓN DEL CASO

Mujer de 22 años de edad procedente de Toro Toro, (Bolivia) sin antecedentes patológicos de relevancia, referida del centro de salud por hematoquecia de 24 horas de evolución. Al ingreso la presión arterial fue 60/40 mm

Hg, iniciando trasfusión de concentrado de glóbulos rojos y cristaloides. Los laboratorios reportaron glóbulos rojos (GR) de 0,7 l, hemoglobina 2.7 g/dL, hematocrito 7%, así como cuadro de acidosis metabólica: pH 7, pO₂ 32 mm Hg, PCO₂ 28 mm Hg, HCO₃ 74 mmol/L. Dos horas después del ingreso entró en paro cardiorespiratorio con duración de 6 minutos y uso de dos ciclos de adrenalina; dieciséis horas después se practicó endoscopia digestiva alta y colonoscopia sin hallazgo positivo de la fuente del sangrado, emitiendo como diagnóstico "hemorragia digestiva intermedia". Posterior al procedimiento cursó con un segundo paro cardiorespiratorio con duración de 8 minutos y uso de tres ciclos de adrenalina; los laboratorios de control reportaron anemia severa, plaquetopenia e insuficiencia prerrenal. Ante el cuadro de inestabilidad, pérdida hemática continua, el reporte negativo de la endoscopia junto con la imposibilidad de acceso a una cápsula endoscópica, se decidió la intervención quirúrgica encontrando líquido serohemático (500 cc) y marco colónico distendido. La revisión de las asas intestinales reveló irregularidad de la pared junto con un cambio de la coloración de cerca de 15 mm a 40 cm del ángulo de Treitz. La enterotomía mostró salida de sangre del sitio de la tumoración, llevando a cabo una resección en cuña y rafia de la lesión. El estudio histopatológico reportó fragmento de pared de yeyuno con ruptura de una dilatación vascular de probable origen venoso y ectasia vascular de yeyuno. La microscopía no reveló atipia celular en el material de estudio, por ello no se realizó estudio de inmunohistoquímica. La evolución de la paciente fue satisfactoria, dándose el alta al mes y medio de su ingreso.

DISCUSIÓN

Según el estudio realizado en el Hospital Bach Mai, en el norte de Vietnam, desde enero 2009 hasta diciembre 2019, las principales características clínicas de la hemorragia

del intestino delgado son melena, hematoquecia, dolor abdominal y choque⁴, similar al cuadro que presentó la paciente. El Colegio Americano de Gastroenterología y la Sociedad Europea de Endoscopia Gastrointestinal recomiendan la cápsula endoscópica como de primera línea luego de la endoscopia digestiva alta y baja, que permite evaluar 90% del intestino delgado, con rendimiento diagnóstico hasta de 83%. La identificación de los hallazgos conduce a un cambio en el manejo en 37 a 87% de los casos.⁵ La enteroscopia asistida por dispositivos también se puede realizar en las primeras 72 horas como estudio de primera línea, en especial cuando hay antecedente de cirugías previas en intestino delgado. Otros métodos son la angiografía percutánea que identifica el sitio de sangrado y permite el tratamiento endovascular en pacientes con inestabilidad hemodinámica, la gammagrafía con eritrocitos marcados con Tecnecio 99 y la enterografía por tomografía computarizada.⁶ En cuanto al caso presentado, se pudo realizar la endoscopia digestiva alta y baja, pero por falta de acceso a la cápsula endoscópica y gran deterioro de la paciente se decidió la laparotomía exploradora. Llama la atención el resultado histopatológico, ya que las anomalías vasculares son más frecuentes en pacientes mayores de 40 años, en contraste con nuestra paciente que tenía 22 años de edad.

Cuando nos encontramos frente a una hemorragia digestiva de intestino delgado, se debe cuantificar la pérdida hemática, lo cual nos orienta hacia posibles complicaciones como el choque hipovolémico hasta el paro cardiopulmonar.⁷ En relación con el caso presentado, la paciente cursó con choque hipovolémico, dos episodios de paro cardiorrespiratorio y pérdida continua de sangre en las asas, que podría haberse complicado afectando aún más el sistema nervioso central, pulmonar, cardiaco, renal y hepático con reducción de las funciones metabólicas.⁸

La complicación más grave del síndrome posparo es la lesión cerebral, que es la causa de muerte en 23% de los pacientes hospitalizados, requiriendo un manejo óptimo hemodinámico, con buen soporte de oxígeno y asegurando un correcto aporte nutricional.^{9,10} Dichas medidas fueron instauradas además de terapias de neuroestimulación y fisioterapia motora y respiratoria que permitieron obtener un resultado positivo. En conclusión, ante un cuadro de hemorragia digestiva, prima: la correcta elaboración de la historia clínica con una buena revisión semiológica y tener presente los pasos diagnósticos para identificar el origen del sangrado, que permita en forma ordenada llegar a identificar la causa. La hemorragia del intestino delgado tiene como principal etiología la angiodisplasia, su tratamiento definitivo es la intervención, ya sea endoscópica, por angiografía o quirúrgica.

DECLARACIÓN CONFLICTO DE INTERÉS

No se declara existencia de conflicto de intereses.

REFERENCIAS

1. Sakai E, Ohata K, Nakajima A, Matsushashi N. Diagnosis and therapeutic strategies for small bowel vascular lesions. *World J Gastroenterol.* 2019;25(22):2720-2733. Disponible en: <https://doi.org/10.3748/wjg.v25.i22.2720>
2. Sandoval Riveros C, Lúquez Mindiola A, Marulanda Fernandez H, Otero Regino W. Sangrado del intestino delgado: enfoque y tratamiento. *Rev Colomb Gastroenterol.* 2017;32(3):245-257. <https://doi.org/10.22516/25007440.156>
3. García-Compeán D, Del Cueto-Aguilera AN, Jiménez-Rodríguez AR, González-González JA, Maldonado-Garza HJ. Diagnostic and therapeutic challenges of gastrointestinal angiodysplasias: A critical review and view points. *World J Gastroenterol.* 2019;25(21):2549-2564. <https://doi.org/10.3748/wjg.v25.i21.2549>
4. Nguyen CL, Pham KK, Nguyen CH, Nguyen HN, et al. Causes and Clinical Characteristics of Small Bowel Bleeding in Northern Vietnam. *Can J Gastroenterol Hepatol.* 2020;2020:8884092. <https://doi.org/10.1155/2020/8884092>
5. Koffas A, Laskaratos FM, Epstein O. Non-small bowel lesion detection at small bowel capsule endoscopy: A comprehensive literature review. *World J Clin Cases.* 2018;6(15):901-907. <https://doi.org/10.12998/wjcc.v6.i15.901>
6. Peláez-Luna M, Hernández-Guerrero AI, Blanco-Vela CI, Blanco-Velasco G, Martínez-García CL, Zamora-Nava LE, et al. Guías de diagnóstico y manejo endoscópico de la hemorragia de intestino delgado. *Endoscopia* 2018;30(4):160-175. Disponible en: <https://doi.org/10.26723/Endoscopia.0188-9893.184.007>
7. Reyes Medina GA. Sangrado del intestino medio persistente y masivo. *Rev Colomb Gastroenterol.* 2018;Supl1-33(2):33-6.
8. Sáez-Sáez AI, De La Fuente-Fernández E, Sáenz-Casco LV, Ramos-Meca MA. Síndrome compartimental abdominal. *Rev Colomb Gastroenterol.* 2020;35(3):345-350. <https://doi.org/10.22516/25007440.491>
9. Acosta-Gutiérrez EG, Alba-Amaya AM, Roncancio-Rodríguez S, Navarro-Vargas JR. Síndrome posparo cardiaco en pacientes adultos hospitalizados. *Colombian Journal of Anesthesiology.* 2022;50(e972):1-14. <https://doi.org/10.5554/22562087.e972>
10. Joon Kang Y. Management of post-cardiac arrest syndrome. *Acute Crit Care.* 2019;34(3):173-178. <https://doi.org/10.4266/acc.2019.00654>