

Hemorragia digestiva baja masiva por lesión de Dieulafoy rectal

Massive lower gastrointestinal bleeding due to rectal Dieulafoy lesion

Boscà Ramon A*, Caballol Oliva B, Cuba Camasca V, Barrufet Sole M, Burrel Samaranch M

Hospital Clínic Universitari i Provincial de Barcelona

INFORMACIÓN DEL ARTÍCULO

DOI

10.30454/2530-1209.2019.3.4

HISTORIA DEL ARTÍCULO

Recibido: 12 de abril de 2019

Aceptado: 5 de agosto de 2019

Disponible *online*: 30 de septiembre de 2019

PALABRAS CLAVE

Lesión de Dieulafoy

Hemorragia digestiva baja

Embolización arterial transcáteter

KEYWORDS

Dieulafoy's lesion

Lower gastrointestinal bleeding

Transcatheter arterial embolization

RESUMEN

La lesión de Dieulafoy (LD) es una anomalía vascular constituida por una arteria submucosa gastrointestinal de calibre aumentado que erosiona la mucosa suprayacente. Se trata de una causa rara, aunque potencialmente fatal de hemorragia gastrointestinal. Su localización más frecuente es en el estómago, mientras que las lesiones rectales son excepcionales.

Pese a que su diagnóstico y manejo es generalmente endoscópico, en las lesiones colorrectales o en pacientes inestables la angio-tomografía computarizada (angio-TC) y la angiografía son técnicas cada vez más utilizadas como primera opción diagnóstica y terapéutica respectivamente.

Exponemos el caso de un varón de 67 años ingresado en UCI que presenta hemorragia digestiva baja (HDB) masiva secundaria a LD rectal, evidenciada en angio-TC y tratada con embolización arterial transcáteter mediante microcoils y partículas de alcohol polivinílico (PVA).

ABSTRACT

Dieulafoy lesion (LD) is a vascular anomaly consisting of an enlarged gastrointestinal submucosal artery that erodes the overlying mucosa. It's a rare but potentially fatal cause of gastrointestinal bleeding. Its most frequent location is the stomach, while rectal lesions are exceptional.

Although its diagnosis and management are generally endoscopic, in colorectal lesions or in unstable patients, CT angiography and arteriography are increasingly accepted techniques as the first diagnostic and therapeutic option, respectively. We expose the case of a 67-year-old man admitted to the ICU who presented with massive lower gastrointestinal bleeding (HDB) secondary to rectal LD, evidenced by CT angiography and treated with transcatheter arterial embolization using microcoils and PVA particles.

*Autor para correspondencia

Correo electrónico: antonibosca@gmail.com (Boscà Ramon A)

INTRODUCCIÓN

La LD es una causa rara e infradiagnosticada de hemorragia gastrointestinal, representando el 1-2 % de las hemorragias gastrointestinales agudas. Se caracteriza por la existencia de una arteria submucosa anormalmente dilatada (1-3 mm), generalmente con un calibre 10-20 veces superior al de un capilar normal, que erosiona la mucosa suprayacente, dando lugar a sangrado gastrointestinal sin evidencia de úlcera primaria o aneurisma^{1,2}. Esta malformación puede alojarse en cualquier parte del tracto gastrointestinal, siendo la más frecuente el estómago (72 %), seguido de duodeno (15 %), esófago (8 %), colon (2 %), recto (2 %) y yeyuno-íleon (1%)³⁻⁵. Afecta generalmente a varones en la quinta década de la vida y se presenta como hematemesis repentina masiva, recurrente e indolora, pero también puede manifestarse en forma de melenas, hematoquecia e hipotensión.

CASO CLÍNICO

Varón de 67 años ingresado en UCI por hipertensión portal y pulmonar en situación de fallo ventricular derecho en el contexto de Gripe A. Como antecedentes de interés presenta cirrosis hepática enólica con estadio Child-Pugh A, portador de derivación portosistémica intrahepática transyugular (TIPS) y se encuentra en ventilación mecánica con traqueostomía debido a intubación prolongada. En el 24.º día de ingreso, tras mejoría y estabilización del problema cardiopulmonar, presenta rectorragia abundante con inestabilidad hemodinámica, descenso del hematocrito hasta el 14 % y hemoglobina de 4,4 g/dl, requiriendo transfusión de 6 concentrados de hematíes y 1L de plasma. En el contexto de HDB masiva se realiza

angio-TC abdomino-pélvico (Figura 1) que muestra extravasación activa de contraste en fase arterial en el espacio submucoso del recto proximal y aumento de su extensión en fase portal, asociando dilatación de la ampolla rectal con material hiperdenso correspondiente a restos hemáticos. Se decide realizar angiografía mediante abordaje femoral derecho con introductor de 5F, se cateteriza arteria hipogástrica izquierda con catéter Simmons, identificando sangrado arterial activo dependiente de arteria rectal media. Se procede a cateterización supraselectiva de rama terminal de arteria rectal media a través de microcatéter Excelsior®1018® (Stryker), y se realiza embolización supraselectiva del vaso sangrante con partículas PVA de 355-500 µm Contour® y posteriormente con cuatro microcoils Vortex® de 0.018" (Figura 2). Por último, se revisan de nuevo ambas arterias hipogástricas y la arteria mesentérica inferior, sin identificar extravasación activa de contraste. Se emplea cierre percutáneo femoral Mynxgrip® 5F.

En los días posteriores al procedimiento el paciente se encuentra estable hemodinámicamente con incremento del hematocrito hasta el 24 %, recuento de hematíes de 2,6 millones/mm³ y hemoglobina de 7,9 g/dl. Durante su ingreso se realiza colonoscopia, observándose en cara anterolateral derecha del recto una lesión mucosa cicatricial con salida de una espira metálica de microcoil. Durante el mes posterior a la embolización el paciente no presentó recidiva hemorrágica.

DISCUSIÓN

La hemorragia digestiva baja es aquella que tiene lugar entre el ángulo de Treitz y el recto representando aproximadamente el 25 % de los sangrados digestivos. Pre-

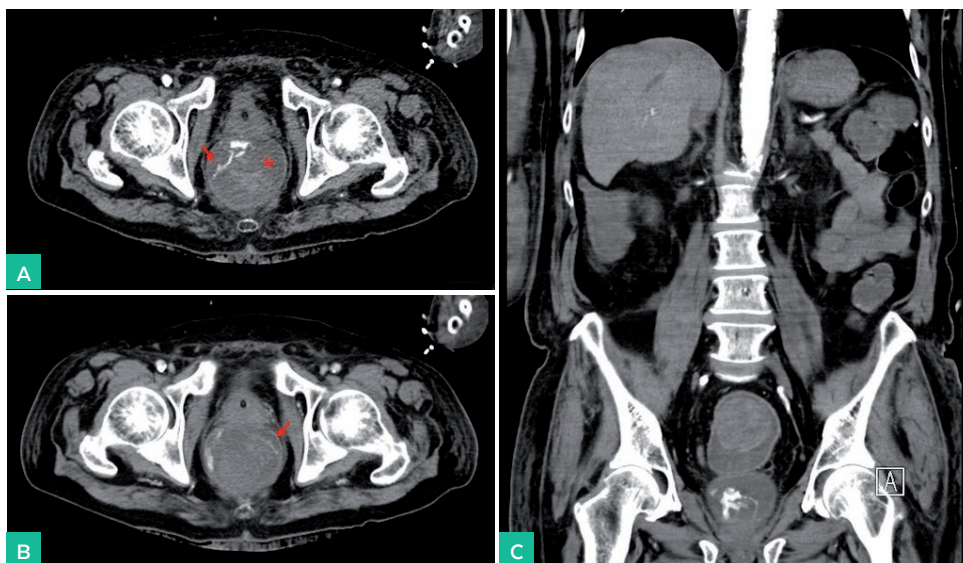


Figura 1. A. Imagen axial de TC en fase arterial, se aprecia extravasación activa del contraste (flecha) y presencia de material hiperdenso en ampolla rectal correspondiente a restos hemáticos (punta de flecha). B. Imagen axial de TC en fase portal, se observa aumento de la extravasación (flecha). C. Imagen coronal de TC en fase arterial, muestra los mismos hallazgos que en A.

senta una mortalidad del 4 % frente al 6-10 % de la hemorragia digestiva alta. Entre sus causas se encuentran la diverticulosis, angiodisplasia, colitis isquémica, hemorroides, neoplasias, enfermedad inflamatoria intestinal y como causa rara la LD de localización yeyunal, ileal o colorrectal⁶.

Por otra parte, se habla de hemorragia digestiva masiva cuando existe hipotensión con tensión arterial sistólica <90 mmHg o necesidad de transfusión de al menos 4 concentrados de hematíes en las primeras 24 h, otras definiciones incluyen la pérdida de >35 % del volumen sanguíneo⁷.

En el manejo de la HDB la colonoscopia está considerada la prueba diagnóstica inicial, indicada cuando el sangrado ha cesado y tras preparación del colon, pese a ello en el 25-32 % de los casos no se logra localizar el punto de sangrado. Por estos motivos, su indicación está más cuestionada en casos de HDB masiva o en pacientes inestables, donde la visualización endoscópica está limitada por la sangre y no es posible la preparación del colon.

En estos casos se puede considerar como primera prueba diagnóstica la angio-TC, debido a su alta sensibilidad y a que permite visualizar el punto sangrado y la causa en muchas ocasiones, así como orientar el tratamiento. En el paciente inestable en el que la colonoscopia y la angio-TC son negativas y se sospeche sangrado arterial, debe realizarse una angiografía. Además de su valor diagnóstico, es una herramienta clave en el tratamiento de la HDB masiva, con un porcentaje de éxito del 81-93 %, por lo que la embolización arterial transcáteter supraselectiva puede considerarse como primera opción terapéutica en la HDB masiva tras la localización del punto sangrante mediante angio-TC^{6,8}.

Respecto a la LD, su diagnóstico endoscópico se basa en la visualización de un sangrado micropulsátil a través de pequeños defectos mucosos (<3 mm) rodeados de mucosa normal, protrusión de vasos y coágulos frescos adheridos a mucosa normal o con mínimas alteraciones^{5,9}. En la angio-TC los hallazgos característicos incluyen una arteria anormalmente dilatada, con recorrido

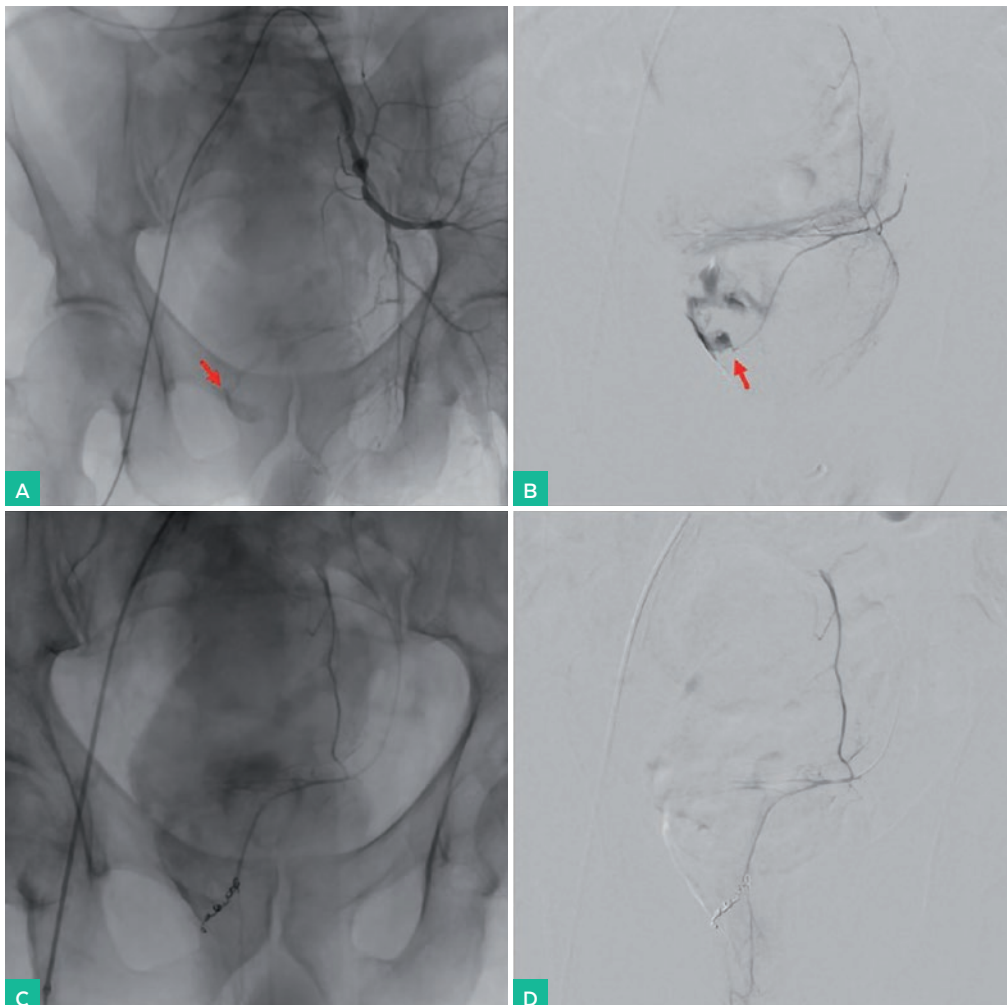


Figura 2. A. Angiografía de la arteria hipogástrica izquierda, se visualiza el sangrado activo dependiente de la arteria rectal media (flecha). **B.** Angiografía con sustracción digital, se muestra la cateterización supraselectiva de la arteria rectal media hasta el punto de la extravasación (flecha). **C y D.** Angiografía sin y con sustracción digital, se observa el resultado final tras la embolización con partículas de PVA y microcoils.

submucoso, con morfología tortuosa o lineal, pudiendo observar extravasación del contraste al espacio mucoso/submucoso o a la luz intestinal como signo de sangrado activo^{7,10}. En la angiografía los hallazgos típicos son la extravasación del contraste desde una arteria de aspecto normal o tortuosa hacia el espacio extravascular, con un calibre aumentado, en posición tangencial a la luz intestinal¹¹⁻¹³. En el caso que presentamos, los hallazgos radiológicos coinciden con los descritos en la literatura, además la visualización de una espira de microcoil en la colonoscopia muestra cuán superficial era el recorrido del vaso embolizado. El paciente no presentaba otra patología digestiva rectal causante del cuadro, siendo el TIPS normofuncionante y sin evidenciar colaterales portosistémicas (varices) potencialmente sangrantes. En el manejo de la HDB, si las lesiones son accesibles el tratamiento de elección es endoscópico, mediante electrocoagulación, inyección de epinefrina, escleroterapia o ligadura con bandas. La embolización arterial transcáteter supraselectiva puede realizarse generalmente mediante microcoils, partículas de Gelfoam o de PVA, consiguiendo

controlar la hemorragia en el 70-90 % de los casos sin complicaciones isquémicas mayores, con bajas tasas de resangrado y siendo rara la estenosis intestinal^{6,14}. La cirugía ha quedado reservada para pacientes con resangrado tras el fracaso del resto de terapias.

| CONCLUSIÓN

La LD es una causa rara de sangrado gastrointestinal y su localización rectal es excepcional. En los casos de HDB masiva y en aquellos casos en los que se identifique un punto sangrante la angio-TC puede ser considerada la prueba diagnóstica de elección. La angiografía con embolización arterial transcáteter supraselectiva ha demostrado ser una técnica segura y efectiva, por ello se debe tener en cuenta como primera opción terapéutica especialmente en pacientes inestables o con mala preparación para la endoscopia.

| CONFLICTO DE INTERESES

Todos los autores declaran no presentar conflicto de intereses.

| BIBLIOGRAFÍA

1. Khan R, Mahmad A, Gobrial M, Onwochei F, Shah K. The Diagnostic Dilemma of Dieulafoy's Lesion. *Gastroenterology Res.* 2015 Aug;8(3-4):201-6.
2. Inayat F, Ullah W, Hussain Q, Abdullah HMA. Dieulafoy's lesion of the colon and rectum: a case series and literature review. *Case Reports.* 2017 Oct 25;2017:bcr-2017-220431.
3. Nishimuta Y, Tsurumaru D, Komori M, Asayama Y, Ishibashi T, Honda H. A case of rectal Dieulafoy's lesion successfully treated by transcatheter arterial embolization. *Jpn J Radiol.* 2012 Feb 1;30(2):176-9.
4. Baxter M, Aly E. Dieulafoy's lesion: current trends in diagnosis and management. *Ann R Coll Surg Engl.* 2010 Oct;92(7):548-54.
5. Yagnik VD. Rectal dieulafoy's lesion: An underrecognized cause of lower gastrointestinal bleeding. *Journal of Digestive Endoscopy.* 2017 Jan 10;8(4):202.
6. Quiroga Gómez S, Pérez Lafuente M, Abu-Suboh Abadia M, Castell Conesa J. Hemorragia digestiva: papel de la radiología. *Radiologia.* 2011 Sep 1;53(5):406-20.
7. Yoon W, Jeong YY, Shin SS, Lim HS, Song SG, Jang NG, et al. Acute Massive Gastrointestinal Bleeding: Detection and Localization with Arterial Phase Multi-Detector Row Helical CT1. *Radiology [Internet].* 2006 Apr 1 [cited 2019 Mar 24]; Available from: <https://pubs.rsna.org/doi/abs/10.1148/radiol.2383050175>
8. Funaki B. Superselective embolization of lower gastrointestinal hemorrhage: a new paradigm. *Abdom Imaging.* 2004 Aug;29(4):434-8.
9. González-Sánchez CB, Orozco-Monroy G, Leycegui-Aiza M, Eljure-Eljure M, Martínez-de la Maza E. Lesión de Dieulafoy, aspectos generales de diagnóstico y tratamiento. *Endoscopia.* 2010 Oct 1;22(4):161-5.
10. Batouli A, Kazemi A, Hartman MS, Heller MT, Midian R, Lupetin AR. Dieulafoy lesion: CT diagnosis of this lesser-known cause of gastrointestinal bleeding. *Clinical Radiology.* 2015 Jun 1;70(6):661-6.
11. Wang M, Bu X, Zhang J, Zhu S, Zheng Y, Tantai X, et al. Dieulafoy's lesion of the rectum: a case report and review of the literature. *Endosc Int Open.* 2017 Sep;5(9):E939-42.
12. Durham JD, Kumpe DA, Rothbarth LJ, Van Stiegmann G. Dieulafoy Disease: Arteriographic Findings and Treatment. *Radiology.* 1990 Mar 1;174(3):937-41.
13. Penner RM, Owen RJ, Williams CN. Diagnosis of a bleeding Dieulafoy lesion on computed tomography and its subsequent embolization. *Can J Gastroenterol.* 2004 Aug;18(8):525-7.
14. Kwon JH, Han YH. Efficacy and safety of superselective trans-catheter arterial embolization of upper and lower gastrointestinal bleeding using N-butyl-2-cyanoacrylate. *Emerg Radiol.* 2018 Apr;25(2):111-20.