

Hemorragia digestiva baja grave en joven de 25 años

Severe lower gastrointestinal bleeding in a 25-year-old patient

D. Ruiz-Clavijo, I. Fernández-Urrien, J.J. Vila, S. Goñi,
B. González de la Higuera, A. Martínez Echeverría

RESUMEN

La hemorragia digestiva baja se define como la que tiene su origen por debajo del ligamento de Treitz. La etiología de la misma varía dependiendo de la edad de los pacientes. Excluida la patología anorrectal benigna, en niños y jóvenes las causas más habituales son el divertículo de Meckel, los pólipos juveniles y la enfermedad inflamatoria intestinal. El divertículo de Meckel es la anomalía congénita más frecuente del tracto gastrointestinal, estando presente en el 2% de la población general. La mayoría de los divertículos de Meckel son asintomáticos y se diagnostican de forma incidental. Aproximadamente, el riesgo de presentar complicaciones es del 4-6%, siendo la hemorragia una de ellas.

Presentamos el caso de un paciente de 25 años, que acudió a nuestro servicio con un cuadro de molestias abdominales inespecíficas y rectorragia. Tras estudio endoscópico completo, el diagnóstico de divertículo de Meckel se realizó intraoperatoriamente. Se realizó resección ileal incluyendo el divertículo, con evolución posterior satisfactoria.

Palabras clave. Divertículo de Meckel. Hemorragia digestiva. Laparotomía.

ABSTRACT

Lower gastrointestinal bleeding refers to blood loss originating from a site distal to the ligament of Treitz. The aetiology varies depending on the age of patients. Excluding benign anorectal pathology in children and young people, Meckel's diverticulum, juvenile polyps and inflammatory bowel disease are the main causes. Meckel's diverticulum is the most common congenital anomaly of the gastrointestinal tract, being present in about 2% of the general population. Most Meckel's diverticulum are asymptomatic and are diagnosed incidentally. The risk of complications is 4-6%, with bleeding as one of them.

Key words. Meckel's diverticulum. Gastrointestinal bleeding. Laparotomy.

An. Sist. Sanit. Navar. 2012; 35 (3): 517-520

Servicio de Aparato Digestivo. Complejo Hospitalario de Navarra.

Recepción: 6 de febrero de 2012

Aceptación provisional: 28 de febrero de 2012

Aceptación definitiva: 15 de mayo de 2012

Correspondencia:

David Ruiz-Clavijo García
Servicio de Aparato Digestivo. Complejo Hospitalario de Navarra
Irunlarrea, 4
31008 Pamplona
E-mail: Bregapeche@hotmail.com

INTRODUCCIÓN

La hemorragia digestiva baja (HDB) es aquella que tiene su origen en lesiones distales al ángulo de Treitz. Representa aproximadamente el 15-20% de todos los casos de hemorragia digestiva, siendo su incidencia en torno a 20 casos por 100.000 habitantes y año¹. La forma de presentación de la HDB varía en función de la localización de la lesión, la cuantía del sangrado y de la velocidad del tránsito intestinal. Así, puede manifestarse en forma de: melena, rectorragia y anemia ferropénica.

La etiología de la HDB varía en función de la edad del paciente. Si se excluye la patología ano-rectal benigna, en niños y adolescentes las causas más habituales son el divertículo de Meckel, los pólipos juveniles y la enfermedad inflamatoria intestinal¹. En adultos jóvenes la causa más frecuente es la enfermedad diverticular del colon seguida de la enfermedad inflamatoria intestinal, pólipos, cáncer y lesiones vasculares. Entre los adultos mayores de 60 años la causa más frecuente siguen siendo los divertículos, seguido de las lesiones vasculares, colitis isquémica, pólipos y cáncer.² Para abordar su diagnóstico es fundamental una buena anamnesis, que incluya antecedentes personales y familiares, forma de presentación de la hemorragia y sintomatología acompañante, seguida de una minuciosa exploración física. Entre las pruebas complementarias disponibles para el diagnóstico destacan la colonoscopia, arteriografía, isótopos radiactivos, enteroscopia, cápsula endoscópica y Angio-TC abdominal³. La rentabilidad de dichas pruebas depende de su utilización apropiada según la gravedad y evolución de la hemorragia.

CASO CLÍNICO

Varón de 25 años de edad que ingresa en mayo de 2007 por un cuadro de molestias abdominales inespecíficas de 48 horas de evolución acompañado de rectorragia la mañana que acude a urgencias. Entre sus antecedentes personales destacaba una leve disminución del factor VII de la coagulación, dos episodios de hemorragia digestiva baja autolimitadas en 1999 (gastroscopia, colonoscopia, gammagrafía con Tc99, enteroscopia, tránsito intestinal y arteriografía sin objetivar

lesiones) y otro episodio en 2004 (gastroscopia, colonoscopia e ileoscopia y gammagrafía con hematíes marcados sin anomalías) manifestados como hematoquecia. En la exploración física no había nada destacable permaneciendo el paciente con una hemodinámica estable. En los análisis de urgencias presentaba hemograma, bioquímica y coagulación normales. Dados los antecedentes del paciente se decidió comenzar el estudio con una gammagrafía con hematíes marcados observándose a las cinco horas de administrar el trazador, un depósito patológico a nivel de flanco derecho siendo compatible con actividad en zona de intestino delgado a nivel de ileon, ciego o colon ascendente (Fig. 1). Para descartar un posible sangrado en dichas localizaciones se decidió realizar esa misma tarde una colonoscopia en la que se observaron restos hemáticos por todo el trayecto explorado hasta 15 cm de ileon, sin encontrar un claro punto de sangrado. Ante la situación de hemorragia digestiva baja persistente, permaneciendo el paciente estable, se decidió transfundir 2 concentrados de hematíes y realizar una arteriografía en la que no se observaron anomalías.

Ante estos hallazgos se decidió realizar una enteroscopia con cápsula endoscópica (ECE) para valorar el resto de intestino delgado. La misma tarde del día del procedimiento el paciente presentó una rectorragia franca con repercusión clínica y analítica (hemoglobina 4,7g/dl, y hematocrito 13,7%). En esta situación se transfundieron 3 concentrados de hematíes y se contactó con el cirujano de guardia decidiéndose realizar una nueva arteriografía urgente sin evidenciarse un punto de sangrado. En este nuevo escenario clínico se planteó una laparotomía urgente en la que se observó divertículo de Meckel a 50 cm de la válvula ileocecal con hemorragia activa a partir del mismo, sin apreciarse sangrado proximal (Fig. 2). Se realizó resección ileal incluyendo el divertículo con anastomosis termino-terminal con una evolución posterior satisfactoria. La exploración con cápsula visualizada al día siguiente objetivó en tramos distales de ileon, la presencia de abundantes restos hemáticos frescos.

DISCUSIÓN

El divertículo de Meckel es la anomalía congénita más frecuente del tracto gastrointestinal, estando presente en el 2% de la población general^{4,5}. Es un divertículo verdadero revestido por una mucosa heterotópica, la mayor parte de las veces gástrica o pancreática y que se localiza habitualmente en los últimos 90 cm íleon⁴. La mayoría de los divertículos de Meckel son

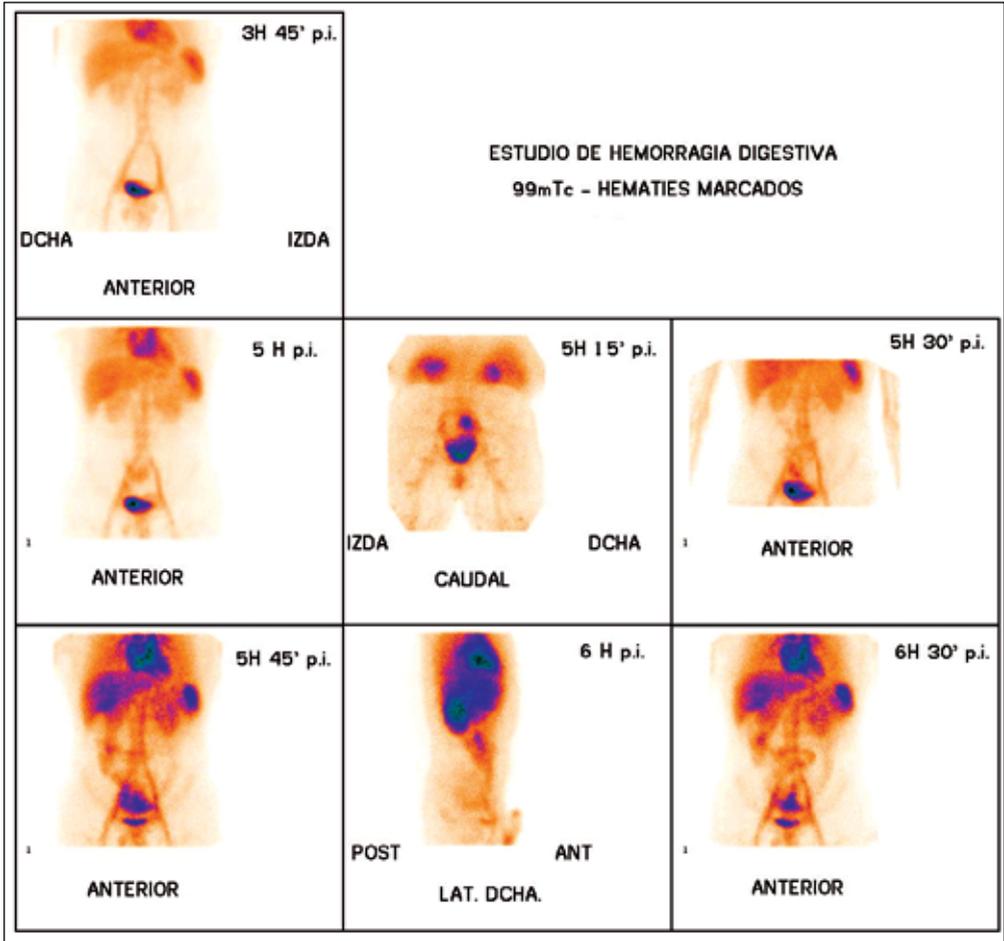


Figura 1. Depósito patológico a nivel de flanco derecho, siendo compatible con actividad en zona de intestino delgado distal.



Figura 2. Resección intestinal que incluye el divertículo de Meckel.

asintomáticos, con un riesgo de presentar complicaciones del 4-6%. La presentación clínica es heterogénea, variando desde hemorragia digestiva, diverticulitis, intususcepción, oclusión intestinal, peritonitis por perforación y la hernia de Littré estrangulada^{4,5}. La hemorragia puede presentarse de forma masiva, como en nuestro caso, anemia secundaria por sangrado crónico o como un episodio recidivante que remita de forma repentina. El origen habitual de sangrado es una úlcera crónica que contiene mucosa gástrica ectópica⁵. En cuanto al estudio diagnóstico se ha de tener claro que nos vamos a encontrar ante una patología, frecuentemente sospechada, casi siempre buscada y raramente encontrada.

El estudio con gammagrafía con pertecnectato de ^{99m}Tc marcado, es la técnica de elección. Otras técnicas diagnósticas son: la radiología baritada y la cápsula endoscópica, a pesar de que no existen muchos casos descritos en la literatura^{6,7}.

Debido al resultado negativo de la gammagrafía con pertecnectato de ^{99m}Tc y su alta sensibilidad se decidió no repetir la prueba ni modificar la técnica con antagonistas de los receptores H₂ de la histamina ni la pentagastrina. Se comenzó el estudio directamente con una gammagrafía con hematíes marcados con ^{99m}Tc para aprovechar la larga vida media de dicho marcador e intentar orientar sobre la localización del sangrado. A las cinco horas de administrar el trazador, se objetivó un depósito patológico a nivel de flanco derecho. Con estos hallazgos y ante la evidencia de hemorragia activa, se decidió realizar una colonoscopia observándose sangrado activo a través de ileon sin observar el origen del mismo.

Aunque en todo momento se tuvo en cuenta la posibilidad de que se pudiera tratar de un divertículo de Meckel, las diversas situaciones de urgencia que se vivieron obligaron a tomar determinadas medidas como la segunda arteriografía. Posteriormente se decidió completar el estudio con una enteroscopia con cápsula para confirmar los hallazgos de la gammagrafía y la localización del sangrado de cara a la cirugía. Con la cápsula endoscópica se observó la presen-

cia de un sangrado activo, restos hemáticos frescos en ileon pre-terminal aunque no se indentificó la lesión subyacente. La cápsula no aportó toda la información deseada por presentar el paciente un sangrado activo. No obstante, se trata de una prueba que permite modificar el tratamiento final llegando a la resolución del cuadro clínico en un porcentaje no desdeñable de casos^{8,9}. Finalmente dado el diagnóstico de sospecha de un divertículo de Meckel, se realizó la laparotomía que aportó el diagnóstico y tratamiento definitivo para el paciente. La anatomía patológica del divertículo evidenció mucosa gástrica ectópica, lo esperable en más del 95% de los divertículos de Meckel sangrantes. A pesar de la alta sensibilidad de la gammagrafía con pertecnectato de ^{99m}Tc sobre todo en niños, ésta fue negativa pudiéndose tratar de un falso negativo.

BIBLIOGRAFÍA

1. ZUCKERMAN GR, PRAKASH C. Acute lower intestinal bleeding: part I: clinical presentation and diagnosis. *Gastrointest Endosc* 1998; 48: 606-617.
2. ZUCKERMAN GR, PRAKASH C. Acute lower intestinal bleeding. Part II: etiology, therapy, and outcomes. *Gastrointest Endosc* 1999; 49: 228-238.
3. EISEN GM, DOMINITZ JA, FAIGEL DO, GOLDSTEIN JL, KALLOO AN, PETERSEN BT et al. American Society for Gastrointestinal Endoscopy. Standards of Practice Committee. An annotated algorithmic approach to acute lower gastrointestinal bleeding. *Gastrointest Endosc* 2001; 53: 859-863.
4. YAHCCHOUCY EK, MARANO AF, ETIENNE JC, FINGERHUT AL. Meckel's diverticulum. *J Am Coll Surg* 2001; 192: 658-662.
5. SAGAR J, KUMAR V, SHA DK. Meckel's diverticulum: a systemic review. *J Soc Med* 2006; 99: 501-505.
6. MITTAL BR, KASHYAP R, BHATTACHARYA A, SINGH B, RADOOTRA BD, NARASIMHA RAO KL. Meckel's diverticulum in infants and children; technetium-99m pertecnetate scintigraphy and clinical findings. *Hell J Nucl Med* 2008; 11: 26-29.
7. MATA A, Llach J, BORDAS JM, FEU F, PELLISÉ M, FERNÁNDEZ-ESPARRACH G et al. Role of capsule endoscopy in patients with obscure digestive bleeding. *Gastroenterol Hepatol* 2003; 26: 619-623.
8. SOKOL H, SEKSIK P, WENDUM D, BELLANGER J, PARC Y, COSNES J et al. Gastrointestinal bleeding diagnosed using video capsule endoscopy. Meckel's diverticulum. *Gut* 2009; 58: 1206, 1290.
9. IWAMOTO J, MIZOKAMI Y, SHIMOKOBE K, YARA S, MURAKAMI M, KIDO K et al. The clinical outcome of capsule endoscopy in patients with obscure gastrointestinal bleeding. *Hepatogastroenterology* 2011; 58: 301-305.