

## Imagen del mes

### Lesión con sangrado activo en tercera porción duodenal

Rodrigo Mansilla V.<sup>1</sup>, Francisca Honold G.<sup>2</sup>,  
Paula Miranda B.<sup>2</sup> y Hugo Richter R.<sup>3</sup>

Image of the month

Active bleeding of third part of duodenum

<sup>1</sup>Departamento de Medicina Interna, Hospital de Puerto Montt, Chile.

<sup>2</sup>Escuela de Medicina, Pontificia Universidad Católica de Chile, Santiago, Chile.

<sup>3</sup>Departamento de Cirugía, Pontificia Universidad Católica de Chile, Santiago, Chile.

Recibido: 26 de julio de 2016  
Aceptado: 25 de agosto de 2016

Se presenta un paciente de sexo masculino de 66 años, usuario de asistencia ventricular izquierda, en TACO. Consulta en el Servicio de Urgencias (SU) del Hospital Clínico de la Pontificia Universidad Católica de Chile en febrero de 2016 por un cuadro clínico de 24 h de evolución de melena intermitente, astenia y lipotimia, mientras se encontraba en su hogar. El paciente no refiere hematemesis ni dolor abdominal. En la revisión por sistemas, no refiere angina, disnea, ortopnea, palpitations ni fiebre. El tacto rectal realizado en el Servicio de Urgencia es positivo para presencia de melena, sin lesiones tumorales presentes en la ampolla rectal.

Los exámenes de laboratorio revelan la presencia

de anemia grave normocítica (hemoglobina de 3,9 g/dL; hematocrito de 13,9%; VCM de 96 fl), con un recuento de plaquetas normales (298.000 mm<sup>3</sup>); además, el paciente presenta falla renal aguda de probable etiología prerenal (creatinina de 2,3 mg/dL; BUN de 51 mg/dL), con hiponatremia e hipocloremia leve (Na: 134 mEq/L; Cl: 97 mEq/L) y potasemia de 4,7 mEq/L.

#### Hallazgos endoscópicos

Se realiza EDA de urgencia con panendoscopia estándar que muestra las siguientes imágenes:

#### Correspondencia a:

Dr. Rodrigo Mansilla  
Vivar  
Departamento de Medicina Interna,  
Hospital de Puerto Montt, Chile.  
Altamar 201, Casilla Postal 788, Puerto Montt Chile.  
Teléfono:  
[+56 65] 2652461  
ramansilla@uc.cl



Figura 1. Segunda porción duodenal con cromoendoscopia.

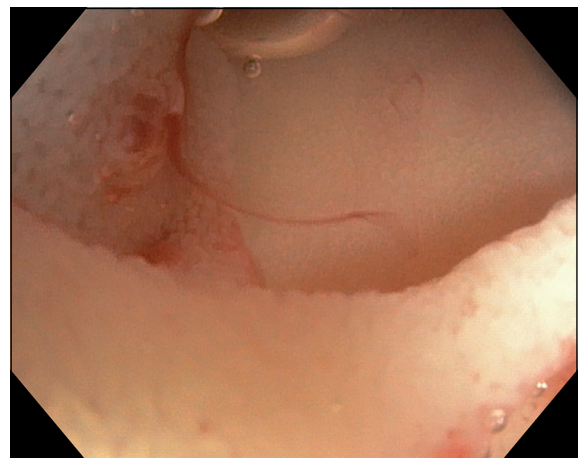


Figura 2. Tercera porción duodenal.

¿Cuál sería su diagnóstico?

## Discusión

La hemorragia digestiva alta (HDA) es todo sangramiento procedente de una lesión en el tubo digestivo cuya localización es proximal al ligamento de Treitz. En Estados Unidos, la HDA presenta una tasa de hospitalización de 150 por cada 100.000 habitantes, siendo la hemorragia digestiva alta (HDA) entre 1,5 y 2 veces más frecuente que la hemorragia digestiva baja (HDB)<sup>1</sup>. Es aproximadamente dos veces más frecuente en hombres que en mujeres, y su tasa de mortalidad varía entre 6 a 10%. El signo y motivo de consulta más frecuente en los pacientes es la presencia de melena (70-80%), sin embargo, el signo de HDA que presenta mayor especificidad es la hematemesis, presente en 40-50% del total de casos<sup>2</sup>. Durante la anamnesis es imprescindible la interrogación dirigida acerca de factores de riesgo del paciente, además de la búsqueda de antecedentes médico-quirúrgicos que representen potenciales orígenes de sangrado como várices esofágicas o gastropatía hipertensiva (en el contexto de daño hepático crónico), fistulas aorto-entéricas (en pacientes con antecedentes de aneurisma o coartación aórtica), angiodisplasias, úlcera péptica, neoplasias y úlceras marginales o de sitio anastomótico (en pacientes con anastomosis gastro-entéricas).

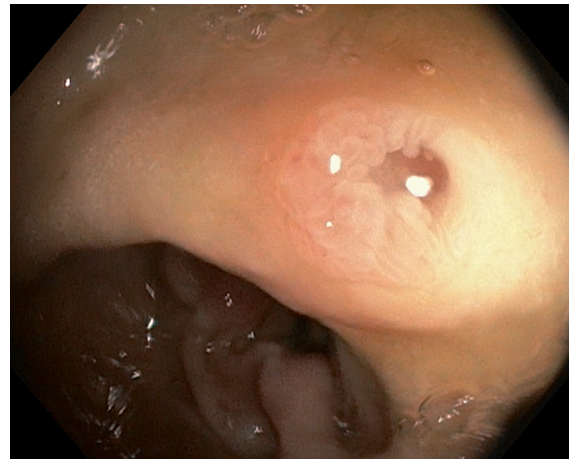
La evaluación inicial ante la sospecha de HDA debe involucrar la estabilización hemodinámica y resucitación en caso de ser necesarias<sup>1</sup>. Sus etiologías pueden clasificarse a modo general como varicosas (6-39%) y no varicosas (61-94%). La HDA secundaria a la presencia de lesión de Dieulafoy representa aproximadamente menos de 5% del total de casos de HDA<sup>3</sup>.

El tratamiento de las lesiones con sangrado activo tipo Dieulafoy incluye manejo estándar de 2 métodos hemostáticos en el mismo procedimiento<sup>4</sup>. Los métodos usados en este caso fueron inyectoterapia con adrenalina 1:20.000 e instalación de *hemoclips*, logrando hemostasia satisfactoria.

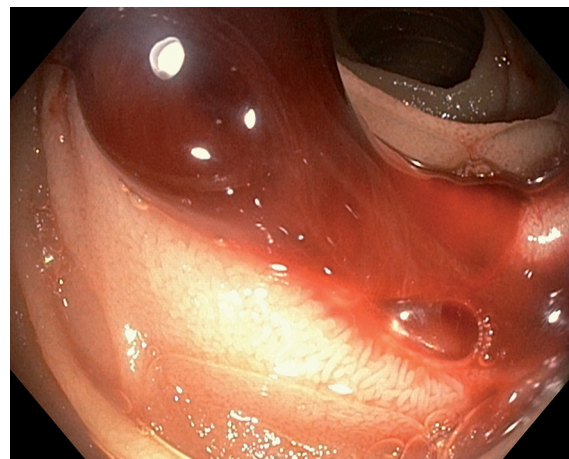
Los hallazgos endoscópicos de este caso incluyen en segunda porción duodenal papila dilatada de aspecto en "boca de pez" (Figura 3) y contenido hemático fresco inmediatamente posterior a segunda porción duodenal (Figura 2). Debido a esta imagen clásica se revisa papila con cromosendoscopia (Figura 1) sin observar alteraciones mucosas sospechosas de neoplasia local.

Con estos hallazgos se decide cambio de equipo a un colonoscopio pediátrico. Se observa en tercera porción duodenal sangrado activo con coágulo fresco (Figura 4). Se lava profusamente la base de sangrado observando sangrado activo por lesión tipo Dieulafoy (Figura 1).

Se inyecta con adrenalina en dilución 1: 20.000 y se instalan 2 *clips* hemostáticos sin incidentes (Figura 5).



**Figura 3.** Papila duodenal de aspecto en "boca de pez" con luz blanca.



**Figura 4.** Tercera porción duodenal sangrado activo con coágulo fresco.



**Figura 5.** Dos *clips* hemostáticos yeyunales.

## Imágenes en Gastroenterología

Durante la hospitalización y tratamiento médico, el paciente se mantiene estable; se transfunden un total de 4 unidades de glóbulos rojos, alcanzando un hematocrito de 28%.

El estudio imagenológico posterior confirma sospecha diagnóstica de dilatación de conducto pancreático por neoplasia mucinosa papilar intraductal de páncreas. Se realiza una estereoscopia con doble balón donde se observa lesión de aspecto cicatrizal, sin sangrado activo.

Posterior a la EDA, el paciente presenta cuadro de sedación profunda con compromiso ventilatorio, que requirió el uso de intubación. Después, evoluciona en forma favorable, con extubación sin dificultades. Se realiza colonoscopia en paciente que no evidencia hallazgos patológicos.

Las lesiones tipo Dieulafoy son una descripción frecuente en procedimientos endoscópicos, aunque son pocas las instancias en que se logra identificar claramente el punto de sangrado como es en este caso<sup>3</sup>.

La evolución de este paciente nos muestra 2 hallazgos interesantes: por un lado observamos una

ampolla de Vater patulosa con extrusión de moco y signo de "boca de pez", prácticamente patognomónicos de una neoplasia intrabiliar productora de mucina (*Intrabiliary Mucin Producing Neoplasia-IMP*)<sup>5</sup>. Cuando sea visualizado, este hallazgo es mandatorio para continuar el estudio de patología pancreática maligna.

Por otro lado, la utilización del colonoscopio pediátrico nos puede servir de gran ayuda cuando se encuentran sangrados cercanos a ampolla de Vater y en otros casos también ha sido utilizado como enteroscopia de pulsión en el manejo de los hallazgos de la cápsula endoscópica<sup>6</sup>.

En este caso la resolución del caso requirió de este tipo de equipos, que lamentablemente para la realidad nacional del país no se encuentra ampliamente disponibles.

Si bien este caso clínico no se presenta en forma frecuente, nos permite recomendar la existencia de un colonoscopio pediátrico en los servicios de endoscopia, especialmente en las unidades que tienen el servicio de endoscopia de urgencia.

## Referencias

- 1.- Barkun AN, Bardou M, Kuipers EJ, Sung J, Hunt RH, Martel M, et al. International Consensus Recommendations on the Management of Patients With Nonvariceal Upper Gastrointestinal Bleeding. *Ann Intern Med* 2010; 152: 101-13.
- 2.- Laine L. Gastrointestinal Bleeding. En: Kasper D, Fauci A, Hauser S, Longo D, Jameson J, Loscalzo J. (Eds), *Harrison's Principles of Internal Medicine*, 19e. 2015.
- 3.- González N, Pimentel F. Hemorragia Digestiva Alta (Capítulo 11). En: Crovari F, Manzor M. (Eds), *Manual de Patología Quirúrgica*, Ed. 2015.
- 4.- Baxter M, Aly EH. Dieulafoy's lesion: current trends in diagnosis and management. *Ann R Coll Surg Engl* 2010; 92: 548-54.
- 5.- Beintarisa I, Polymeros D, Krivanb S, Triantafyllou K. Fish-mouth appearance of the ampulla of Vater. *Ann Gastroenterol*; 2013: 26-73.
- 6.- Pérez Roldán F, González Carro P, Legaz Huidobro ML, Roncero García-Escribano O, Ynfante Ferrús M, Aoufi S, et al. Efficacy of pediatric colonoscopy used as push enteroscopy in the management of capsule endoscopy findings. *Rev Esp Enferm Dig* 2009; 101: 468-76.