

Imagen del mes

Hemorragia digestiva baja en paciente con trombofilia

Alberth Burnier C.¹, Paulina Navarrete F.¹ y Diego San Martín R.²

Image of the month

Lower gastrointestinal bleeding in patient with thrombophilia

Paciente hombre de 33 años con antecedentes de tromboembolismo pulmonar bilateral secundario a trombosis de vena sólea izquierda en 2010, siendo subsidiario de filtro vena cava y anticoagulación permanente desde entonces, con diagnóstico de trombofilia adquirida en control por hematología. En 2012 es sometido a cirugía de manga gástrica debido a obesidad mórbida. En 2013 desarrolla trombosis de vena mesentérica superior en contexto de difícil anticoagulación, objetivando discreta recanalización filiforme en estudio por tomografía computada de abdomen y pelvis (TC). En 2016 ingresa de urgencia por hemorragia digestiva masiva con origen en intestino medio (sangrado activo desde íleon proximal tras

estudio endoscópico inicial) que obligó a resolución quirúrgica tras laparotomía exploradora, resecano 30 cms. de yeyuno, identificando várices en la pieza operatoria como origen del sangrado (se realizó enteroanastomosis primaria término-terminal). Mantuvo controles en hematología con anticoagulación con heparina de bajo peso molecular y posteriormente inhibidor de factor X activado.

Reingresa en abril 2018 desde policlínico con cuadro de 2 semanas de evolución de dolor abdominal y rectorragia de escasa cuantía, sin anemia ni compromiso hemodinámico. Se hospitaliza para estudio endoscópico que descarta origen alto y colonoscopia evidencia los siguientes hallazgos endoscópicos (Figura 1).

¹Residente de Medicina Interna, Universidad de Concepción, Chile.
²Gastroenterólogo Hospital Las Higueras, Talcahuano, Chile.

Recibido: 6 de mayo de 2018
Aceptado: 8 de mayo de 2018

Correspondencia a:

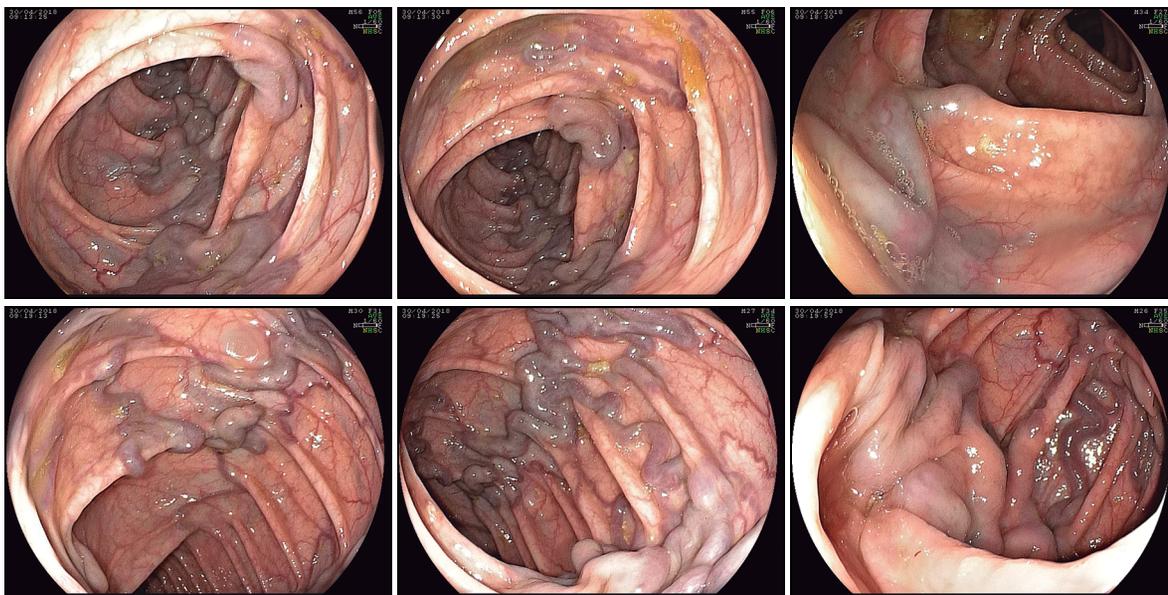


Figura 1. Imágenes de colonoscopia.

¿Cuál es su diagnóstico?

Imágenes en Gastroenterología

La colonoscopia identifica várices grandes a lo largo del segmento transversal del colon, desde tercio proximal hasta ángulo esplénico, sin signos de sangrado reciente. Actualmente el equipo multidisciplinario analiza la eventual necesidad de profilaxis de sangrado variceal colónico en contexto de paciente con indicación perentoria de anticoagulación y riesgo de nuevo episodio de sangrado digestivo masivo.

Discusión

Las várices ectópicas son venas/varicosidades esplácnicas (mesoportales) dilatadas y/o colaterales porto sistémicas dilatadas, que pueden ocurrir a lo largo de todo el tracto gastrointestinal fuera de los sitios de várices patológicos comunes¹. Los sitios varicosos patológicos comunes incluyen várices gastroesofágicas (várices esofágicas), várices cardiofúndicas (gástricas) y hemorroides internas. Las hemorroides internas o várices rectales son consideradas por diversos autores como várices ectópicas².

Las várices ectópicas representan 2% -5% de las hemorragias variceales en el tracto gastrointestinal³. Sin embargo, las várices ectópicas tienen un mayor riesgo de hemorragia en comparación con las várices esofágicas y pueden tener una tasa de mortalidad hasta 40%⁴. El debate sobre si tratar estas várices mediante descompresión con derivación porto-sistémica intrahepática por acceso transyugular (*Transjugular intrahepatic Porto-Systemic Shunt-TIPS*, por su sigla en inglés) *versus* la obliteración transvenosa no está resuelto⁵. Se han reportado beneficios de la escleroterapia en várices duodenales, pero menor eficacia en

várices colónicas⁶. Posiblemente la menor eficacia en várices ectópicas se debe al mayor diámetro de éstas con lo cual el esclerosante inyectado se encuentra más diluido y no alcanza las concentraciones adecuadas para producir obliteración de la variz⁷. También se ha publicado un adecuado control con la inyección de cianoacrilato⁸. La ligadura de várices ectópicas tampoco se ha comprobado que sea una opción terapéutica eficaz, y existe el riesgo que se produzca un mayor defecto en la variz una vez que la banda se caiga y recurra el sangrado; se ha recomendado intentar su realización solamente en casos en que el diámetro de la variz es menor que el diámetro del ligador. Los TIPS, y en ocasiones la ligadura del vaso sangrante se consideran en pacientes con buena función hepática (Child-Pugh A) y en pacientes con trombosis portal⁹. El retardo en el diagnóstico y la comorbilidad de estos pacientes influyen en el pronóstico^{9,10}. Desafortunadamente, el número de casos de várices ectópicas en la literatura es pequeño y no se puede llegar a una conclusión definitiva sobre cuál es la forma ideal de manejar estos pacientes¹¹.

En el caso de nuestro paciente se decidió mantener terapia anticoagulante en contexto de trombofilia y trombosis venosa recurrente; Además de manejo expectante de várices colónicas que no han sangrado previamente.

Seguramente, el bajo número de pacientes con estos hallazgos y las comorbilidades pueden definir conductas, que basadas en la escasa literatura, se apoyan más en la recomendación de expertos y el análisis caso a caso (individualizado) que en guías clínicas *ad hoc*.

Referencias

1. Saad WE, Lippert A, Saad NE, Caldwell S. Ectopic varices: anatomical classification, hemodynamic classification, and hemodynamic-based management. *Tech Vasc Interv Radiol* 2013;16:108-25.
2. Kocher N, Tripathy D, McAvoy NC, Ireland H, Redhead DN, Hayes PC. Bleeding ectopic varices in cirrhosis: the role of transjugular intra-hepatic portosystemic stent shunts. *Aliment Pharmacol Ther* 2008;28:294-303.
3. Hashimoto N, Akhoshi T, Yoshida D, Kinjo N, Konishi K, Uehara H, et al. The efficacy of balloon-occluded retrograde transvenous obliteration on small intestinal variceal bleeding. *Surgery* 2010;148:145-50.
4. Onozato Y, Kakizaki S, Iizuka H, Mori K, Takizawa D, Ohyama T, et al. Ectopic varices rupture in the gastroduodenal anastomosis successfully treated with N-butyl-2-cyanoacrylate injection. *Acta Med* 2007;61:361-5.
5. Ectopic varices. Almadi MA, Almessabi A, Wong P, Ghali PM, Barkun A. *Gastrointest Endosc* 2011;74:380-8.
6. Lebec D, Benhamou JP. Ectopic varices in portal hypertension. *Clin Gastroenterol* 1985;14:105-21.
7. Cifuentes SP, Piña AC, Lizarazo JI. Várices ectópicas. *Rev Col Gastroenterol* 2008;23:136-41.
8. Sans M, Llach J, Bordas JM, Andreu V, Reverter JC, Bosch J, Mondelo F, et al. Thrombin and ethanolamine injection therapy in arresting uncontrolled bleeding from duodenal varices. *Endoscopy* 1996;28:403.
9. Norton ID, Andrews JC, Kamath PS. Management of ectopic varices. *Hepatology* 1998;28:1154-8.
10. Alastair NJ, Graham P. Intrahepatic rupture of ectopic variceal a rare complication of portal hypertension. *HPB Surgery* 1994;7:315-8.
11. Van Stiegmann G. Diagnosis and management of ectopic varices. *J Gastroenterol Hepatol* 2004;19(Suppl 7):S168-S173.