

ARTÍCULO ORIGINAL

«Second look» en el tratamiento endoscópico de hemorragia digestiva



Esteban González D.^{a,*}, Tomás Navarro-Rodríguez^a y Horacio González A.^b

^a Departamento de Gastroenterología Clínica, Hospital das Clínicas, Facultad de Medicina de la Universidad de São Paulo (FMUSP), São Paulo, Brasil

^b Departamento de Gastroenterología Clínica, Hospital Vicente Corral Moscoso, Facultad de Medicina de la Universidad de Cuenca, Cuenca, Ecuador

Recibido el 25 de noviembre de 2013; aceptado el 5 de febrero de 2014
Disponibile en Internet el 28 de mayo de 2014

PALABRAS CLAVE

Hemorragia digestiva alta;
Lesión de Dieulafoy;
Tratamiento;
Endoscopia;
Esclerosante

Resumen

Introducción: Se parte de la falta de una recomendación formal de una técnica endoscópica concreta para el tratamiento de la hemorragia digestiva por lesión de Dieulafoy.

Objetivo: Evaluar la eficacia e impacto en el pronóstico de la terapia endoscópica de inyección (adrenalina/polidocanol) aplicada en 2 tiempos («second look») en la hemorragia digestiva por lesión de Dieulafoy.

Métodos: Estudio prospectivo, realizado en el hospital regional «Vicente Corral Moscoso» de la Universidad de Cuenca. Dieciocho pacientes con diagnóstico de hemorragia digestiva por lesión de Dieulafoy fueron separados en 2 grupos: grupo A, 9 pacientes, los cuales recibieron una sola terapia endoscópica de inyección a base de adrenalina más polidocanol; y grupo B, 9 pacientes, que recibieron el mismo tratamiento en primera instancia y posteriormente fueron sometido a nueva sesión 7 días después. Se analizaron y compararon las características clínicas, endoscópicas y los resultados de laboratorio, con un seguimiento durante 6 meses.

Resultados: Tanto en el grupo A como en el B se logró el 100% de hemostasia primaria. En el grupo A un 22% (2/9) presentó resangrado; en el grupo B, el 100% (9/9) de los pacientes no presentó nuevos episodios de hemorragia digestiva. En ambos grupos no hubo complicaciones secundarias al procedimiento endoscópico realizado.

* Autor para correspondencia: Residente de Gastroenterología. Departamento de Gastroenterología Clínica del Hospital Das Clinicas de la Facultad de Medicina de la Universidad de Sao Paulo. Av. Dr. Enéas de Carvalho Aguiar, 255 Cerqueira César 05403-000. Noveno piso. São Paulo – Brasil. Tel.:éfono: +(11) 964380815.

Correo electrónico: esteban.gonzalez@hc.fm.usp.br (E. González D.).

Conclusiones: El tratamiento endoscópico de inyección de solución a base de vasoconstrictor y esclerosante es 100% eficaz para conseguir hemostasia primaria. Una única intervención tiene un 22% de resangrado. La aplicación de «second look» con nueva terapia de inyección a base de vasoconstrictor y esclerosante es 100% eficaz para prevenir resangrados sin presentar complicaciones secundarias al tratamiento.

© 2013 Asociación Mexicana de Endoscopia Gastrointestinal. Publicado por Masson Doyma México S.A. Todos los derechos reservados.

KEYWORDS

Upper gastrointestinal bleeding; Dieulafoy's lesion; Treatment; Endoscopy; Sclerosing

“Second look” in endoscopic treatment of upper gastrointestinal bleeding

Abstract

Introduction: Based on the lack of a formal recommendation of a particular endoscopic technique for the treatment of gastrointestinal bleeding for Dieulafoy's lesion.

Objective: To evaluate the effectiveness and the impact on the prognosis of endoscopic injection therapy (adrenalin/polidocanol) applied two times («second look») in gastrointestinal bleeding for Dieulafoy's lesion.

Methods: Prospective studies, conducted at the regional hospital «Vicente Corral Moscoso» University of Cuenca. Eighteen patients diagnosed with gastrointestinal bleeding from Dieulafoy's lesion, were separated into 2 groups: Group A with 9 patients, who received a single endoscopic injection therapy with adrenaline and polidocanol. And group B with 9 patients, who received the same treatment, in the first instance, and were subsequently subjected to new session 7 days later. We analyzed and compared the clinical, endoscopic and laboratory results, with follow-up for 6 months.

Results: In both groups is achieving 100% of primary hemostasis. In Group A re-bleeding was present in 22% (2/9) and in Group B 100% (9/9) of pat patients had no further episodes of gastrointestinal bleeding. In both groups there were no complications secondary to endoscopic procedure performed.

Conclusions: Endoscopic injection treatment with a solution of a sclerosing and vasoconstrictor is 100% effective for primary hemostasis. A single intervention has a 22% rate of re-bleeding. Applying a «second look» with new injection therapy based on a vasoconstrictor and a sclerosing is 100% effective in preventing re-bleeding without adverse side effects.

© 2013 Asociación Mexicana de Endoscopia Gastrointestinal. Published by Masson Doyma México S.A. All rights reserved.

Introducción

La lesión de Dieulafoy es una lesión arterial asociada a hemorragia digestiva masiva, la cual fue descrita por primera vez por Gallard en 1884 y más tarde parcialmente caracterizada por el cirujano francés George Dieulafoy en 1896, inicialmente denominada «exulceratio simplex»^{1,2}. Actualmente es considerada una malformación vascular, conocida como «lesión de Dieulafoy», responsable del 6% de las hemorragias digestivas altas no varicosas^{3,4} y del 1-2% de todas las hemorragias digestivas^{5,6}. Usualmente dichas hemorragias son descritas en el estómago, pero pueden presentarse en todo el tracto gastrointestinal incluyendo esófago^{7,8}, duodeno⁹, intestino delgado¹⁰, colon¹¹, recto¹², ano¹³ y fuera del tracto gastrointestinal, como en el pulmón¹⁴.

El tratamiento de la lesión de Dieulafoy no se ha estandarizado y no hay consenso con relación a la terapia². Existen principalmente relatos de casos y varias series que describen el papel del tratamiento endoscópico, la mayor parte de

ellos descriptivos y retrospectivos, probablemente debido a la baja incidencia².

El objetivo general del presente trabajo prospectivo es determinar la importancia del tratamiento endoscópico de la hemorragia digestiva alta por lesión de Dieulafoy mediante escleroterapia con adrenalina más polidocanol aplicada en 2 tiempos («second look»¹).

Materiales y métodos

Estudio prospectivo, realizado en el hospital regional Vicente Corral Moscoso» de la Universidad Estatal de Cuenca-Ecuador, en un periodo de 6 años. El protocolo se llevó a cabo con la anuencia del Consejo Científico del Hospital, y en ningún caso se reveló la identidad de los pacientes incluidos en el estudio. Fueron analizados 18 pacientes con el diagnóstico de hemorragia digestiva por lesión de Dieulafoy (HDL), separándolos aleatoriamente (según el orden de inclusión de los pacientes, esto es, el primer paciente fue incluido en el grupo A (G-A) y el segundo en el grupo B

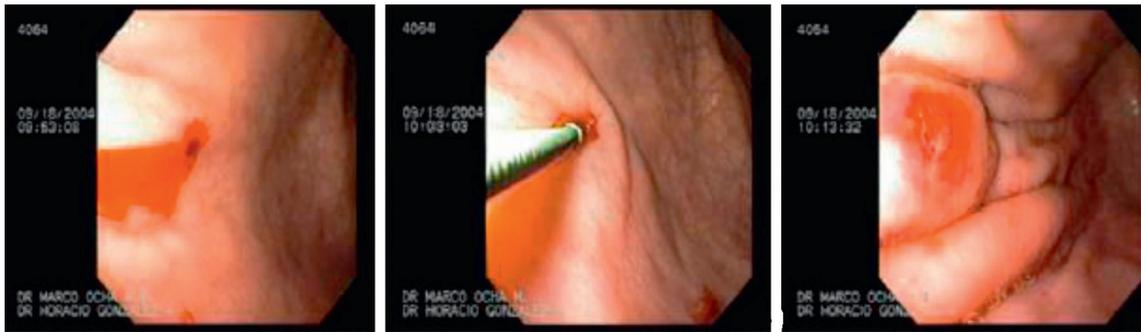


Figura 1 Lesión de Dieulafoy: sangrado activo babeante (IB), sometida a método de inyección.

(G-B), y así sucesivamente). Fueron incluidos 9 pacientes en el G-A (una única sesión de escleroterapia) y 9 en el G-B (2 sesiones de escleroterapia).

Todos los pacientes acudieron con cuadro activo de hemorragia digestiva, manifestado por hematemesis y/o melena, en algunos de los casos con descompensación hemodinámica importante. Ninguno de estos pacientes presentaba síntomas dispépticos previos al cuadro de hemorragia digestiva, ni antecedentes de enfermedad úlcero-péptica. Se les hizo estudio endoscópico dentro de las primeras 24 h posteriores al inicio de los síntomas, siendo realizados por un solo operador, requiriéndose un promedio de 1.5 endoscopias para establecer el diagnóstico etiológico.

El diagnóstico se realizó endoscópicamente cumpliendo uno de los siguientes criterios: a) sangrado a chorro o flujo micropulsátil a través de un defecto mucoso mínimo, menor de 3 mm; b) visualización de un vaso que protruye, con o sin signos de sangrado activo, dentro de un defecto mucoso mínimo con mucosa normal alrededor, y c) coágulo fresco adherido o tapón de fibrina a través de un punto estrecho de inserción sobre un defecto mucoso mínimo o mucosa con apariencia normal.

Inmediatamente después de establecido el diagnóstico endoscópico de HDLD, se procedió a realizar terapia de inyección, para lo cual se utilizó una dilución a base de solución salina hipertónica con adrenalina al 1:10,000 más polidocanol al 3%, inyectando una cantidad de 5-10 cc. El G-A fue sometido a una única sesión de escleroterapia, mientras que el G-B recibió una nueva sesión 7 días después, con la inyección de la misma solución, en el mismo sitio de origen del sangrado previo (figs. 1 y 2). Todos los pacientes fueron seguidos ambulatoriamente, manteniendo contacto telefónico para seguir la evolución y controles por consulta

externa con el servicio de gastroenterología clínica a los 15 días, un mes, 3 y 6 meses.

Resultados

Se incluyeron 18 pacientes, de los cuales 13 (72%) fueron del sexo masculino: G-A con 8 hombres y una mujer, G-B con 5 hombres y 4 mujeres. La edad media de los enfermos fue de 63.83 años con un rango entre 21-88. Cuatro pacientes (22%) (G-A: 3 y G-B: 1) tuvieron edades comprendidas entre los 20 y los 50 años, 5 (27%) (G-A: 3 y G-B: 2) entre los 50 y 70 años, y 9 (50%) (G-A: 3 y G-B: 6) fueron personas mayores de 70 años. El G-B presentó una media de edad mayor (71 años) que la del G-A (56.6 años).

Con respecto a las comorbilidades, encontramos que varios pacientes tenían los siguientes antecedentes patológicos importantes: 4 (22%) abuso de alcohol, uno (5%) nefropatía diabética, uno (5%) cirugía previa con gastrectomía subtotal y gastroenteroanastomosis, uno (5%) cursando postoperatorio inmediato de colecistectomía laparoscópica y 6 (33%) antecedentes de haber presentado episodios de sangrados digestivos.

El cuadro clínico de estos enfermos se caracterizó por ausencia de sintomatología previa al sangrado, sin embargo, la instauración del cuadro fue súbita y su modo de presentación fue con melenas en 18 (100%) de los casos y hematemesis en 12 (72%). En la evaluación inicial de los enfermos se encontró datos de descompensación hemodinámica en 12 (66%) de los pacientes con una hemoglobina media de 8.5g. El análisis de laboratorio mostró hemoglobina entre 4 y 6g en 2 (11%) de los pacientes, entre 6 y 8g en 5 (27.7%), entre 8 y 10g en otros 5 (27.7%) y



Figura 2 Lesión de Dieulafoy: nueva intervención endoscópica con método de inyección.

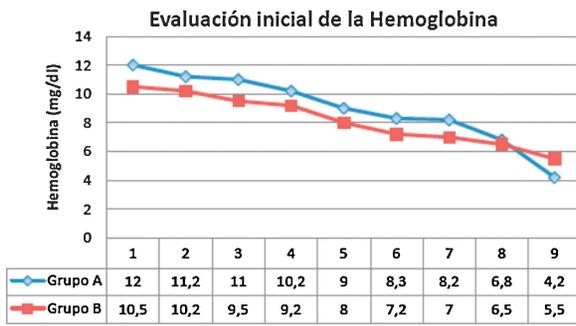


Figura 3 Evaluación inicial de la hemoglobina en todos los pacientes de ambos grupos (A y B).

Grupo A: una única sesión de escleroterapia.

Grupo B: 2 sesiones de escleroterapia.

valores superiores a 10 g en 6 (33%). En el G-A se evidenció una hemoglobina media de 8.9 g mientras que en el G-B fue de 8.1 g. En 4 (22%) (G-A: 1 y G-B: 3) de los casos se requirió ingreso en unidad de cuidados intensivos y 10 (55%) (G-A: 3 y G-B: 7) de los enfermos recibieron transfusiones de paquetes globulares (fig. 3).

Del total de pacientes estudiados, el promedio de internación hospitalaria fue de 5 días, sin diferencias significativas entre los 2 grupos.

Con fines descriptivos se utilizó la clasificación de Forrest, que fue ideada originalmente para clasificar la hemorragia digestiva por úlcera péptica, para describir los hallados endoscópicos, siendo estos, Forrest Ia (sangrado activo a chorro, pulsátil) en 3 (16%) (G-A: 1 y G-B: 2) de los pacientes. Forrest Ib, es decir, sangrado babeante, en 7 (38%) (G-A: 3 y G-B: 4). Forrest IIa (vaso visible no sangrante) en 5 (27%) (G-A: 3 y G-B: 2). en uno (5.5%) (G-A: 1 y GB: 0) tipo IIb (coágulo adherido) y en 2 (11%) (G-A: 1 y G-B: 1) casos fue tipo III (tapón de fibrina). Entiéndase que en la lesión de Dieulafoy no existe ulceración y en nuestros casos lo visualizado fueron leves depresiones de la mucosa con tapón de fibrina (fig. 4). En cuanto a la localización de las lesiones, encontramos que hubo 9 (50%) casos en fondo gástrico, 7

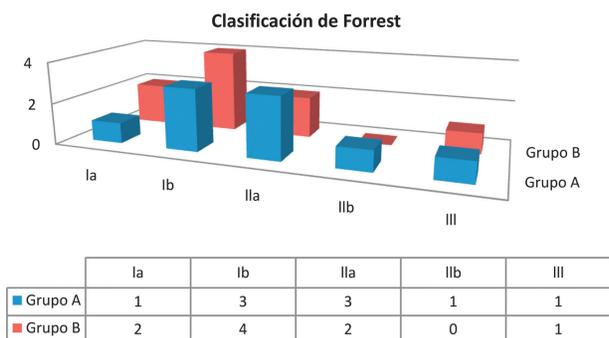


Figura 4 Clasificación de los pacientes del grupo A y Grupo B según la clasificación de Forrest.

Grupo A: una única sesión de escleroterapia; Grupo B: dos sesiones de escleroterapia; Forrest Ia: sangrado activo en chorro, pulsátil; Forrest Ib: sangrado babeante; Forrest IIa: vaso visible no sangrante; Forrest IIb: coágulo adherido; Forrest III: tapón de fibrina.

(39%) en el antro, uno (5.5%) en el cuerpo y uno (5.5%) en yeyuno sobre la vertiente intestinal de paciente con gastrectomía subtotal. Tanto en el G-A como en el G-B se logró obtener hemostasia primaria en el 100% de los pacientes. El resangrado fue definido con la evaluación clínica, esto es, hipotensión, taquicardia y relato de melenas y/o hematemesis, así como la evidencia endoscópica de sangrado de la misma lesión previamente tratada. En el G-A que fue sometido a una única intervención endoscópica se presentó resangrado en 2 (22%) de los pacientes, en un promedio de 20 días postescleroterapia, en un periodo de 6 meses de seguimiento. Mientras que en el Grupo B, durante el mismo periodo de observación, en ninguno de los 9 (100%) pacientes se evidenciaron nuevos episodios de hemorragia digestiva. En ninguno de los 2 grupos se presentaron complicaciones secundarias al procedimiento endoscópico realizado. Todos los pacientes de ambos grupos completaron el seguimiento durante los meses de estudio.

Discusión

La HDLD es una causa inusual de hemorragia gastrointestinal, sin embargo algunos autores la consideran una entidad subdiagnosticada^{7,15}. La lesión de Dieulafoy es una forma rara de malformación vascular congénita, en la que el diámetro de uno de los vasos arteriales de las capas más profundas del tracto digestivo (que normalmente disminuyen gradualmente su diámetro de 0.12 mm a 0.2 mm mientras viajan hacia la mucosa) se mantiene (0.4-4 mm), esta arteria anormalmente dilatada, perfora las capas más superficiales para finalmente protruir hacia la mucosa. La mucosa de la lesión de Dieulafoy puede comprimirse y volverse isquémica, atrofiándose y adelgazándose lo que predispone a la formación de una pequeña úlcera; y esta, al contacto con las secreciones del tracto digestivo y la fricción ejercida por el movimiento del quimo, puede exponer la arteria de calibre persistente hacia la luz, la misma que, en esas condiciones puede romperse y sangrar. La arteria afectada a menudo es una de las ramas de la arteria gástrica izquierda, por lo tanto, la lesión sangrante se encuentra generalmente en la curvatura menor del estómago a 6 cm de la unión gastroesofágica¹⁶.

Considerando la fisiopatología y la importante implicancia en el estado hemodinámico de un sangrado de origen arterial, se decidió utilizar un agente vasoconstrictor (adrenalina), que con su rápido efecto provee una buena hemostasia primaria, más una sustancia esclerosante (polidocanol), con la intención de obliterar el vaso de calibre persistente. En un estudio chino donde se sometió a 46 pacientes con HDLD a monoterapia con polidocanol, se presentó una recidiva del 28.26% (13/46)¹⁶.

Estos datos son compatibles con los que presentaron nuestros pacientes del G-A (22% de recidiva); posiblemente la suma del efecto vasoconstrictor de la adrenalina influyó en la disminución de los casos de resangrado presentada en nuestro estudio.

Existen varios estudios que sustentan la teoría de que el tratamiento de HDLD con ligadura con bandas elásticas tiene cerca del 100% de eficacia para evitar el resangrado^{17,18}; sin embargo, estos trabajos presentan un número de casos limitado y cuando son comparados con estudios con número

mayor de pacientes, en estos últimos se muestra una eficacia de tan solo el 77% (24/31 pacientes) en los tratados con ligadura con banda elástica¹⁸. Por tanto, la banda elástica, considerada el método de elección actualmente para el tratamiento de HDLD, no está exenta de resanrados, y de ahí nace la importancia de un «second look» en el pronóstico de la HDLD.

Un estudio coreano¹⁹ que también utilizó la clasificación de Forrest para describir los hallazgos endoscópicos concluye que existe relación estadísticamente significativa entre Forrest la y lb en el índice de resanrado.

En nuestro trabajo, el G-B presentó mayor número de pacientes con Forrest la y lb, nivel promedio de hemoglobina más bajo y mayor media de edad, con relación al G-A; sin embargo, la influencia de una segunda intervención endoscópica «second look» disminuyó al 0% el índice de resanrado.

En el caso del G-A, en el cual el riesgo de resanrado podría considerarse menor, se presentó un nuevo episodio de HDLD en el 22%, por lo que se presume que este grupo podría haberse beneficiado, también del «second look».

Nuestro estudio presentó muy buenos resultados con la aplicación del «second look» considerándola una terapia barata y segura, la cual puede ser aplicada en casi todos los centros médicos de menor poder adquisitivo, logrando así evitar el resanrado durante por lo menos un periodo de 6 meses. También nosotros concordamos con otros autores²⁰ con respecto a la necesidad de estudios controlados y de grandes series de casos para definir de manera más precisa el mejor abordaje endoscópico para el tratamiento de la lesión de Dieulafoy. La experiencia del endoscopista y los recursos disponibles influyen en forma directa en la eficacia del diagnóstico, el tratamiento y la supervivencia de los enfermos con esta patología. Nosotros sugerimos la realización de más estudios aleatorizados y prospectivos con el fin de lograr una evaluación más detallada para determinar qué paciente se podría beneficiar de un «second look» caracterizando los factores predictivos positivos y negativos para cada paciente.

Conclusiones

El tratamiento endoscópico de inyección de una solución a base de un vasoconstrictor y un esclerosante es 100% eficaz para conseguir hemostasia primaria. Una única intervención endoscópica tiene un 22% de índice de resanrado, sin presentar complicaciones secundarias al procedimiento endoscópico realizado. La aplicación de un «second look» con nueva terapia de inyección a base de un vasoconstrictor y un esclerosante en pacientes con HDLD con un mayor riesgo de resanrado es 100% eficaz para prevenir resanrados en un periodo de seguimiento de 6 meses, sin presentar complicaciones secundarias en ambos procedimientos endoscópicos.

Financiamiento

Los autores no recibieron patrocinio para llevar a cabo este artículo.

Conflicto de intereses

Los autores declaran no tener ningún conflicto de intereses.

Bibliografía

- Katsinelos P, Paroutoglou G, Mimidis K, et al. Endoscopic treatment and follow-up of gastrointestinal Dieulafoy's lesions. *World J Gastroenterol*. 2005;11:6022–6.
- López-Arce G, Zepeda-Gómez S, Chávez-Tapia NC, et al. Upper gastrointestinal Dieulafoy's lesions and endoscopic treatment: First report from a Mexican centre. *Therap Adv Gastroenterol*. 2008;1:97–101.
- Stark ME, Gostout CJ, Balm RK. Clinical features and endoscopic management of Dieulafoy's disease. *Gastrointest Endosc*. 1992;38:545–50.
- Strong RW. Dieulafoy's disease—a distinct clinical entity. *Aust N Z J Surg*. 1984;54:337–9.
- Chaer RA, Helton WS. Dieulafoy's disease. *J Am Coll Surg*. 2003;196:290–6.
- Marangoni G, Cresswell AB, Faraj W, et al. An uncommon cause of life-threatening gastrointestinal bleeding: 2 synchronous Dieulafoy lesions. *J Pediatr Surg*. 2009;44:441–3.
- Fockens P, Tytgat GN. Dieulafoy's disease. *Gastrointest Endosc Clin N Am*. 1996;6:739–52.
- Ertekin C, Barbaros U, Taviloglu K, et al. Dieulafoy's lesion of the esophagus. *Surg Endosc*. 2002;16:219–21.
- Goldenberg SP, DeLuca Jr VA, Marignani P. Endoscopic treatment of Dieulafoy's lesion of the duodenum. *Am J Gastroenterol*. 1990;85:452–4.
- Gadenstatter M, Wetscher G, Crookes PF, et al. Dieulafoy's disease of the large and small bowel. *J Clin Gastroenterol*. 1998;27:169–72.
- Nozoe T, Kitamura M, Matsumata T, et al. Dieulafoy-like lesions of colon and rectum in patients with chronic renal failure on long-term hemodialysis. *Hepatogastroenterology*. 1999;46:3121–3.
- Kayali Z, Sangchantr W, Matsumoto B. Lower gastrointestinal bleeding secondary to Dieulafoy-like lesion of the rectum. *J Clin Gastroenterol*. 2000;30:328–30.
- Azimuddin K, Stasik JJ, Rosen L, et al. Dieulafoy's lesion of the anal canal: a new clinical entity. Report of two cases. *Dis Colon Rectum*. 2000;43:423–6.
- Stoopen E, Baquera-Heredia J, Cortes D, et al. Dieulafoy's disease of the bronchus in association with a paravertebral neurilemoma. *Chest*. 2001;119:292–4.
- Savides TJ, Jensen DM. Therapeutic endoscopy for nonvariceal gastrointestinal bleeding. *Gastroenterol Clin North Am*. 2000;29:465–87.
- Cui J, Huang LY, Liu YX, et al. Efficacy of endoscopic therapy for gastrointestinal bleeding from Dieulafoy's lesion. *World J Gastroenterol*. 2011;17:1368–72.
- Alis H, Oner OZ, Kalayci MU, et al. Is endoscopic band ligation superior to injection therapy for Dieulafoy lesion? *Surg Endosc*. 2009;23:1465–9.
- Park CH, Joo YE, Kim HS, et al. A prospective, randomized trial of endoscopic band ligation versus endoscopic hemoclip placement for bleeding gastric Dieulafoy's lesions. *Endoscopy*. 2004;36:677–81.
- Lim W, Kim TO, Park SB, et al. Endoscopic treatment of Dieulafoy lesions and risk factors for rebleeding. *Korean J Intern Med*. 2009;24:318–22.
- González-Sánchez CB, Orozco-Monroy G, Leycegui-Aiza M, et al. Lesión de Dieulafoy, aspectos generales de diagnóstico y tratamiento. *Endoscopia*. 2010;22:161–5.