

Clip Ovesco® como tratamiento de rescate en lesión de Dieulafoy duodenal con sangrado activo

Ovesco clip as a rescue treatment of duodenal Dieulafoy lesion with active bleeding

Miguel Soria Alcívar^{1,2}, María Betancourt Ruiz², Roberto Oleas¹, Jorge Baquerizo-Burgos¹, Carlos Robles-Medranda¹

¹ Instituto Ecuatoriano de Enfermedades Digestivas. Guayaquil, Ecuador.

² Universidad de Guayaquil. Guayaquil, Ecuador.

Recibido: 14-3-18

Aprobado: 17-12-18

RESUMEN

Las lesiones de Dieulafoy se definen como una anomalía vascular que producen un sangrado en la mucosa proveniente de una arteria submucosa anormalmente larga y tortuosa que se ubican principalmente en estómago (80%), con poca frecuencia a nivel duodenal y constituyen el 6% de los sangrados gastrointestinales no asociados a varices y del 1% al 2% de todos los sangrados gastrointestinales. Reportamos el caso de un paciente masculino de 60 años que ingresó por hematemesis, melena y signos de hipovolemia con hemoglobina de 9 g/dl, que luego de realizar su compensación hemodinámica se le realizó una endoscopia alta que evidenció una lesión de Dieulafoy con sangrado activo severo en la segunda porción duodenal realizándosele inyección con adrenalina al 1:10 000 sobre los bordes de la lesión, pero al no lograrse una hemostasia adecuada se le tuvo que realizar la colocación de un clip ovesco con hemostasia efectiva que se corroboró 24 horas después, a través de una segunda endoscopia para poder egresar al paciente sin complicaciones, ni resangrado.

Palabras clave: Hematemesis; Melena; Hipovolemia. (fuente: DeCS BIREME)

ABSTRACT

Dieulafoy's lesions are vascular anomalies that produce gastrointestinal bleeding of the mucosa from an abnormally long and tortuous submucosal artery. It is found predominately in the stomach (80%) and less frequently in the duodenum. They constitute the 6% of all non-variceal bleeding and the 1 to 2% of all gastrointestinal bleeding source. We report a case of a 60-year-old man with hematemesis, melena and signs of hypovolemic shock with a hemoglobin level of 9 g/dL. After adequate fluid resuscitation, an upper endoscopy showed an actively bleeding Dieulafoy lesion in the second portion of the duodenum. After epinephrine injection over lesion borders, an adequate hemostasis was not achieved. An over-the-scope clip was placed. Follow-up endoscopy 24 hours later showed an effective hemostasis and the patient was discharged without complications or re-bleeding.

Keywords: Hematemesis; Melena; Hypovolemia. (source: MeSH NLM).

INTRODUCCIÓN

Las lesiones de Dieulafoy (LD) se definen como una anomalía vascular solitaria con erosión de la mucosa que produce un sangrado proveniente de una arteria submucosa anormalmente larga y tortuosa, esta arteria no se estrecha a medida que se extiende hacia la mucosa por lo que el sangrado generalmente es severo. Las LD se encuentran principalmente en estómago (80%), aunque se han reportado en lugares como esófago, duodeno (15%), colon (2%) y recto (menos del 2%)⁽¹⁻³⁾. Estas lesiones constituyen el 6% de los sangrados gastrointestinales no asociados a varices, 1% al 2% de todos los sangrados gastrointestinales, y tienen un riesgo de resangrado de 9% al 40%^(1,2).

Se conoce que la tasa de diagnóstico endoscópico de las LD es superior al 90%⁽²⁾; y se diagnostican por medio de uno de los siguientes criterios: flujo arterial o flujo pulsátil a partir de un defecto diminuto de la mucosa o a través de la mucosa circundante normal,

visualización del vaso abultado con o sin sangrado activo dentro de un defecto diminuto de la mucosa o dentro de la mucosa circundante normal, aparición de un coágulo densamente adherido con un punto estrecho de unión a un defecto diminuto de la mucosa o la mucosa circundante normal⁽³⁾.

Recientes trabajos describen la frecuencia de las LD en un 1,5%, como causa de sangrado digestivo alto, con una mayor tasa de hospitalización descrita en relación a otras patologías⁽⁴⁾.

Existen varios métodos para proporcionar hemostasia en los casos de sangrado digestivo alto como clips, bandas, inyección de epinefrina, coagulación con argón plasma, Hemospray® y electrocoagulación monopolar^(5,6).

El clip Ovesco® (over-the-scope clip-OTSC) (Ovesco Endoscopy AG, Tubingen, Alemania) es un dispositivo utilizado en el tratamiento de hemorragias gastrointestinales, que se caracteriza por detener el

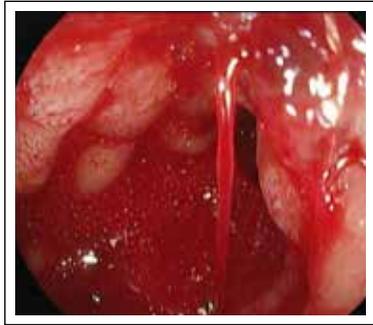


Figura 1. Lesión de Dieulafoy duodenal.

sangrado con una mayor duración, gracias a que el clip incluye toda la pared visceral aplicando mayor fuerza de compresión ⁽⁷⁾.

Reportamos el caso de un paciente con sangrado digestivo alto con hipovolemia por una lesión de Dieulafoy localizada en duodeno sin hemostasia adecuada a la inyección de epinefrina.

CASO CLÍNICO

Paciente masculino de 60 años sin antecedentes patológicos personales ni alérgicos que había consumido meloxicam 15 mg durante 5 días previos al ingreso por un trauma directo de rodilla, admitido por cuadro clínico de hematemesis y melena. Al examen físico se encontraba hemodinámicamente inestable, con palidez de piel y mucosas, y signos de shock hipovolémico, con dolor a la palpación profunda en epigastrio. Signos vitales: frecuencia cardíaca 119 lpm, presión arterial 90/60 mmHg, frecuencia respiratoria 23 rpm, saturando 96% con una FiO₂ al 21%. Los exámenes de laboratorio evidenciaron una hemoglobina en 9 g/dl, hematocrito de 27%, plaquetas 258 000/mm³, el resto de exámenes bioquímicos normales. Debido a su cuadro de hemorragia digestiva alta con descompensación hemodinámica se realizó la reposición de volumen con Lactato de Ringer, además de la administración de 80mg de omeprazol en bolo, y una vez compensado se decidió realizar una

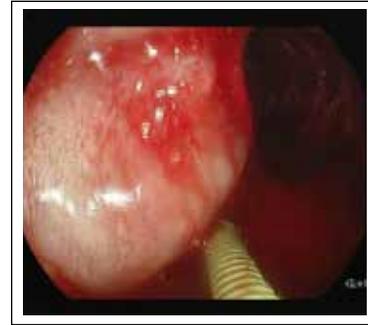


Figura 2. Hemostasis con adrenalina de lesión de Dieulafoy duodenal.

endoscopia alta que evidenció una lesión de Dieulafoy con sangrado activo severo en la segunda porción duodenal a hora 12. (Figura 1).

Utilizando un endoscopio EG29-i10 (Pentax Medical, HOYA Corporation, Japan®) se realizó una hemostasia mediante la inyección con adrenalina al 1:10 000 adyacente a los bordes de la lesión, que por la orientación del canal de trabajo a pesar de múltiples maniobras endoscópicas y cambios posturales del paciente, no se pudo obtener una hemostasia efectiva. (Figura 2).

Debido a la posición tangencial, el tamaño de la lesión y la falta de hemostasia adecuada con la terapia inicial previamente descrita se procedió a colocar un clip ovesco hemostático sobre el endoscopio, y luego se lo liberó en la lesión de Dieulafoy obteniéndose una hemostasia adecuada con interrupción completa del sangrado activo. (Figura 3).

Se realizó una endoscopia a las 24 horas del primer procedimiento para corroborar la hemostasia adecuada, evidenciándose en la segunda porción duodenal el clip ovesco hemostático colocado previamente sin lesión de Dieulafoy evidente (Figura 4), lo que nos permitió egresar al paciente precozmente, luego de probar tolerancia oral adecuada, sin requerimiento de hemoderivados, ni mayor estancia hospitalaria. Se realizó un control ambulatorio a las 4 y 8 semanas,



Figura 3. Clip Ovesco® liberado en la lesión de Dieulafoy duodenal.



Figura 4. Control endoscópico a las 24 horas: clip ovesco con hemostasia adecuada.

en el que el paciente se encontró estable y libre de resangrado.

DISCUSIÓN

En la literatura han sido descritos varios métodos para el tratamiento de la Lesión de Dieulafoy tales como los clips, inyección de epinefrina, coagulación con argón plasma, entre otros ^(5,6). Cuando alguno de los métodos anteriores no logra una efectividad adecuada las opciones terapéuticas se limitan a la angiografía con embolización o la cirugía ⁽⁷⁻⁹⁾. Skinner y colaboradores demostraron la eficacia del ovesco en el manejo de la lesión de Dieulafoy en dos casos, uno gástrico y otro en la unión esófago-gástrica ⁽¹⁰⁾. A pesar de que los tratamientos endoscópicos de primera línea para obtener hemostasia tienen buenos resultados, los casos de resangrado siguen siendo significativos, esto da ventaja al clip ovesco, ya que permite tratar con mayor facilidad los sangrados provenientes de vasos de mayor diámetro ⁽¹¹⁾, como el del caso clínico presentado donde era evidente el calibre del vaso arterial.

Actualmente no se cuentan con estudios comparativos utilizando ovesco versus otros métodos para conocer el método más efectivo en las lesiones de Dieulafoy; pero en estudios con un bajo número de casos concluyen que la inyección con adrenalina es similar al uso de hemoclips, sin embargo, el resangrado es menor con este último dispositivo; además de que la eficacia de los hemoclips es comparable con el uso de bandas ⁽¹²⁾, por lo que estas descripciones de estos casos ayudarán a ir valorando la efectividad de este dispositivo como una alternativa más efectiva.

Cabe recalcar que existen pocas descripciones de lesiones de Dieulafoy duodenales tratados con el clip ovesco comprobándose en este caso una buena efectividad, permitiendo un egreso precoz del paciente. En el caso presentado, el uso de este clip para un sangrado activo por lesión de Dieulafoy que no respondió al tratamiento con adrenalina, demostró excelentes resultados; además de que en un estudio realizado por Brandler y colaboradores, se demostró que el uso del clip ovesco previene el resangrado en 80% de los casos ⁽¹³⁾, tal como sucedió en nuestro paciente.

Concluimos con el hecho de que el clip ovesco fue una terapia endoscópica de rescate efectiva en este caso grave de sangrado digestivo alto que evitó

la realización de una arteriografía y/o tratamiento quirúrgico, deteniendo el sangrado de manera eficaz, sencilla, segura y sin resangrado.

Conflictos de interés: Los autores no declaran conflictos de intereses.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Holleran G, Hussey M, McNamara D. Small bowel Dieulafoy lesions: An uncommon cause of obscure bleeding in cirrhosis. *World J Gastrointest Endosc.* 2016;8(16):568.
- Dirweesh A, Chikezie A, Khan MY, Zia S, Tahir M. Postural syncope and constipation: an unusual presentation of a duodenal Dieulafoy's lesion. *Case Rep Gastrointest Med.* 2017;2017:6983434.
- Tursi A. Rectal Dieulafoy lesion. *Clin Res Hepatol Gastroenterol.* 2017;41(1):1-2.
- Park SH, Lee DH, Park CH, Jeon J, Lee HJ, Lim SU, et al. Predictors of rebleeding in upper gastrointestinal dieulafoy lesions. *Clin Endosc.* 2015;48(5):385-91.
- Shin HJ, Ju JS, Kim KD, Kim SW, Kang SH, Moon HS, et al. Risk Factors for Dieulafoy lesions in the upper gastrointestinal tract. *Clin Endosc.* 2015;48(3):228-33.
- Dulic-Lakovic E, Dulic M, Hubner D, Fuchssteiner H, Pachofszky T, Stadler B, et al. Bleeding Dieulafoy lesions of the small bowel: a systematic study on the epidemiology and efficacy of enteroscopic treatment. *Gastrointest Endosc.* 2011;74(3):573-80.
- Singhal S, Changela K, Papafragkakakis H, Anand S, Krishnaiah M, Duddempudi S. Over the scope clip: technique and expanding clinical applications. *J Clin Gastroenterol.* 2013;47(9):749-56.
- Wuerth BA, Rockey DC. Changing epidemiology of upper gastrointestinal hemorrhage in the last decade: a nationwide analysis. *Dig Dis Sci.* 2018;63(5):1286-93.
- Sung JY, Chung SC, Lo KK, Leung JW. Heater-probe treatment of bleeding peptic ulcers. *Surg Endosc.* 1988;2(4):234-6.
- Aabakken L. Current endoscopic and pharmacological therapy of peptic ulcer bleeding. *Best Pract Res Clin Gastroenterol.* 2008;22(2):243-59.
- Skinner M, Gutierrez JP, Neumann H, Wilcox CM, Burski C, Mönkemüller K. Over-the-scope clip placement is effective rescue therapy for severe acute upper gastrointestinal bleeding. *Endosc Int Open.* 2014;2(1):E37-40.
- Anastassiades CP, Baron TH, Wong Kee Song LM. Endoscopic clipping for the management of gastrointestinal bleeding. *Nat Clin Pract Gastroenterol Hepatol.* 2008;5(10):559-68.
- Brandler J, Baruah A, Zeb M, Mehfooz A, Pophali P, Wong Kee Song L, et al. Efficacy of Over-the-Scope Clips in Management of High-Risk Gastrointestinal Bleeding. *Clin Gastroenterol Hepatol.* 2017;(17)30857-1.

Correspondencia:

Miguel Soria Alcívar

Teléfono: 593-994742655

Dirección: Instituto Ecuatoriano de Enfermedades Digestivas. Av. Juan Tanco Marengo & Calle 13E NE, torre médica 1, mezzanine 3. Guayaquil, Ecuador.

E-mail: miguel16ec@gmail.com