

## NOTA CLÍNICA

# Hemorragia diverticular duodenal: un reto endoscópico

Eduardo Valdivielso Cortázar, Lucía Madarnás Alonso, Susana Ortiz Marín, Ignacio Couto Wörner y Pedro Alonso Aguirre

Servicio de Aparato Digestivo. Complejo Hospitalario Universitario de A Coruña. A Coruña

### RESUMEN

La hemorragia diverticular duodenal es una causa infrecuente de hemorragia digestiva alta. Hasta hace unos años su manejo era eminentemente quirúrgico, pero con los avances en el campo de la endoscopia el tratamiento tiende a ser cada vez menos invasivo. Se presenta el caso de una hemorragia diverticular duodenal tratada endoscópicamente y se realiza una revisión de la literatura sobre las diferentes terapias endoscópicas descritas hasta la fecha.

**Palabras clave:** Hemorragia. Divertículo duodenal.

### CASO CLÍNICO

Presentamos el caso de una mujer de 80 años que acudió a Urgencias por un cuadro de astenia de cuatro días de evolución, así como deposiciones melénicas y posteriormente rectorragia franca, junto con vómitos en posos de café. La paciente negaba la toma de fármacos gastrolesivos. Durante su estancia en Urgencias presentó un episodio de hipotensión. Se realizó una analítica urgente en la que se objetivó anemia (Hb: 7 g/dl), por lo que requirió la transfusión de dos concentrados de hematíes. Dado el cuadro clínico, se realizó una gastroscopia urgente, en la que se apreciaban restos hemáticos reducidos en cámara gástrica. Al pasar a bulbo y segunda porción duodenal se apreciaban restos hemáticos frescos. Tras un lavado profuso, se consiguió identificar, distalmente a la papila, un divertículo duodenal en cuyo fondo se apreciaba sangrado babeante. Con cierta dificultad por la inestabilidad del gastroscopio, se consiguió inyectar 4 cc de adrenalina diluida, con cese del sangrado. A las 24 horas, la paciente volvió a tener un episodio de hipotensión y en la analítica se objetivó nueva anemia (Hb: 6,5 g/dl), por lo que se decidió realizar nueva endoscopia urgente. Se avanzó el gastroscopio hasta el divertículo ya conocido y, esta vez con una mejor accesibilidad y estabilidad, se inyectaron otros 4 cc de adrenalina diluida. Persistió aun así un mínimo sangrado, por lo que

se decidió coagular la lesión vascular con gas argón. Tras dicha terapéutica (Fig. 1), y después de la transfusión de dos nuevos concentrados de hematíes, la paciente se mantuvo estable y no repitió nuevos episodios de sangrado, por ello fue dada de alta a los cinco días. No ha vuelto a repetir episodios de sangrado en tres meses de seguimiento.

### DISCUSIÓN

La prevalencia de los divertículos duodenales alcanza el 22% en series de autopsias, siendo habitualmente únicos

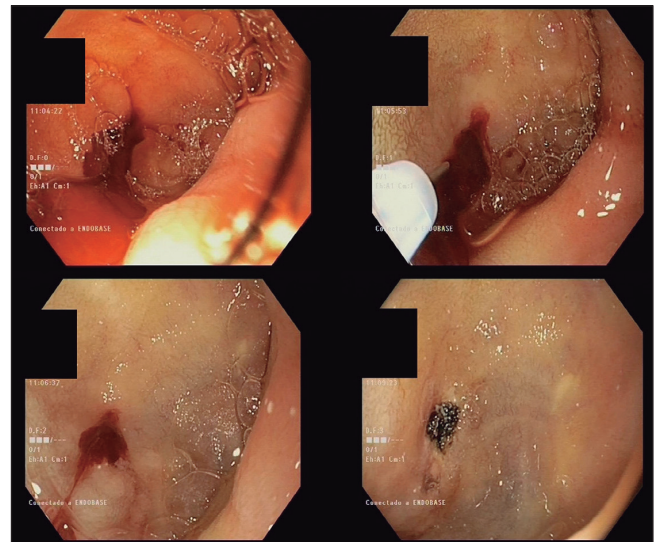


Fig. 1. En la imagen superior izquierda se aprecia la lesión con sangrado activo. En la superior derecha se observa el proceso de inyección de adrenalina diluida. En la inferior izquierda se aprecia persistencia del sangrado postinyección y en la inferior derecha, la hemostasia conseguida con argón postinyección.

Recibido: 06-12-2016  
Aceptado: 22-12-2016

Correspondencia: Eduardo Valdivielso Cortázar. Servicio de Aparato Digestivo. Complejo Hospitalario Universitario de A Coruña. C/ As Xubias, 84. 15006 A Coruña  
e-mail: evaldiviels@alumni.unav.es

Valdivielso Cortázar E, Madarnás Alonso L, Ortiz Marín S, Couto Wörner I, Alonso Aguirre P. Hemorragia diverticular duodenal: un reto endoscópico. Rev Esp Enferm Dig 2017;109(6):468-469

DOI: 10.17235/reed.2017.4755/2016

(1). En la mayoría de los casos los divertículos duodenales asientan en la segunda porción duodenal, en situación periampular. No queda claro si existe una predisposición entre géneros y generalmente aparecen en sujetos de 50-60 años. Sus principales complicaciones son la perforación, de manejo quirúrgico, y la hemorragia diverticular, siendo responsables del 0,14% de los casos de hemorragia digestiva alta (2).

Hasta hace unos años, el manejo de la hemorragia con origen en divertículos duodenales era eminentemente quirúrgico (3), pero los avances en el campo de la endoscopia digestiva han permitido un manejo más conservador. El primer reto al que se enfrenta un endoscopista ante una hemorragia diverticular duodenal es la propia identificación del origen del sangrado. En nuestro caso se pudo identificar con un gastroscopio convencional, no sin cierta dificultad, pero también pueden ser de utilidad los endoscopios de visión lateral y los enteroscopios. Una vez identificado el origen, no está descrito un tratamiento endoscópico de referencia. En una serie de 23 casos de hemorragia con origen en divertículos duodenales se emplearon, por orden de frecuencia, métodos de inyección (suero salino hipertónico y adrenalina o polidocanol al 1%), térmicos, mecánicos o terapia combinada (2). La adrenalina diluida proporciona un éxito inicial del 80-100% en los sangrados secundarios a úlceras, pero la tasa de resangrado es del 6-36% (4); es de esperar que en las lesiones vasculares el efecto también sea temporal, como en nuestro caso. Debemos tener en cuenta las especiales características del área donde vamos a aplicar la terapéutica: generalmente suele ser un área con accesibilidad limitada y con un grosor de la pared muy fino. Estas dos características hacen que el riesgo derivado del tratamiento endoscópico sea mayor que en otros lugares. Tanto es así que se han descrito casos de perforación asociados al tratamiento de la hemorragia diverticular con hemoclips (2), hecho que puede ser debido al roce de la punta del clip con la pared diverticular y/o a un exceso de insuflación (5). También se han descrito casos de neumoperitoneo en relación con el uso de gas argón para la coagulación de lesiones vasculares en esta situación (6), por lo que la terapéutica siempre se debe realizar con extremo cuidado. En nuestro caso se prefirió coagular con gas argón porque se consideró de mayor riesgo la colocación de un clip por la inestabilidad del gastroscopio a dicho nivel. Se han descrito casos de terapéutica endoscópica mediante la utilización del sistema *over-the-scope clip* (OTSC) con éxito clínico, si bien el punto de sangrado estaba situado en el borde del divertículo y no en su fondo, lo que podría conllevar un menor riesgo de perforación (7). Como terapia de rescate también se ha descrito el uso de cianocrilato, que tampoco está exento

de riesgos al contar dentro de sus complicaciones con la embolización sistémica, de mal pronóstico (8). Otras de las opciones terapéuticas descritas en la literatura son las pinzas de coagulación (Coagrasper, FD-410LR; Olympus, Tokyo, Japón), que habitualmente se emplean para el control de la hemorragia intraprocedimiento durante la realización de disecciones submucosas endoscópicas. En este caso, es de vital importancia capturar adecuadamente el vaso sanguíneo con las pinzas para evitar complicaciones derivadas del exceso de coagulación (9).

En caso de fallo del tratamiento endoscópico se han descrito casos de embolización arterial transcatóter. El débito hemorrágico debe ser de al menos 0,5-1 ml/min. para poder ser detectado por la arteriografía, y para la embolización pueden emplearse *coils*, esponjas de gelatina o agentes embolizantes líquidos. Pese a considerarse una técnica segura y efectiva, no está exenta de riesgos, y a nivel duodenal se han descrito casos de obstrucción, isquemia o pancreatitis secundarios a la embolización. Las contraindicaciones relativas incluyen insuficiencia renal, coagulopatías y alergia al contraste (10).

A día de hoy el tratamiento quirúrgico mediante diverticulectomía parece quedar relegado como tratamiento de rescate ante el fracaso endoscópico y endovascular.

## BIBLIOGRAFÍA

1. Ackermann W. Diverticula and variations of the duodenum. *Ann Surg* 1943;117:403-3. DOI: 10.1097/0000658-194303000-00007
2. Chen YY, Yen HH, Soon MS. Impact of endoscopy in the management of duodenal diverticular bleeding: Experience of a single medical center and a review of recent literature. *Gastrointest Endosc* 2007;66:831-5. DOI: 10.1016/j.gie.2007.06.001
3. Donald JW. Major complications of small bowel diverticula. *Ann Surg* 1979;190:183-8. DOI: 10.1097/0000658-197908000-00011
4. Park WG, Yeh RW, Triadafilopoulos G. Injection therapies for non variceal bleeding disorders of the GI tract. *Gastrointest Endosc* 2007;66:343-54. DOI: 10.1016/j.gie.2006.11.019
5. Ko KH, Lee SY, Hong SP, et al. Duodenal perforation after endoscopic hemoclip application for bleeding from Dieulafoy's lesion in a duodenal diverticulum. *Gastrointest Endosc* 2005;62:781-2. DOI: 10.1016/j.gie.2005.05.011
6. Su PY, Yen HH. Pneumoretroperitoneum and pneumoperitoneum following argon plasma coagulation for a bleeding duodenal diverticulum: A case report. *South Med J* 2010;103:175-7.
7. Fujihara S, Mori H, Kobara H, et al. Use of an over-the-scope clip and a colonoscope for complete hemostasis of a duodenal diverticular bleed. *Endoscopy* 2015;47:E236-7. DOI: 10.1055/s-0034-1392212
8. Grassia R, Staiano T, Iiritano E, et al. Use of cyanoacrylate glue as a rescue therapy of a duodenal diverticular rebleeding. *Gastrointest Endosc* 2012;75:1288-9. DOI: 10.1016/j.gie.2011.05.048
9. Coumaros D, Tsesmeli N. Active gastrointestinal bleeding: Use of hemostatic forceps beyond endoscopic submucosal dissection. *World J Gastroenterol* 2010;16:2061-4. DOI: 10.3748/wjg.v16.i16.2061
10. Weng CL, Ku JW, Tseng YC, et al. Duodenal diverticular bleeding successfully treated using transcatheter arterial embolization: A case report. *J Radiol Sci* 2015;40:71-4.