1130-0108/2003/96/9/668-670
REVISTA ESPAÑOLA DE ENFERMEDADES DIGESTIVAS
Copyright © 2004 ARÁN EDICIONES, S. L.
REV ESP ENFERM DIG (Madrid)
Vol. 96, N.° 9, pp. 668-670, 2004

Cartas al Director

Sangrado digestivo masivo no objetivable con angiografía pero sí con TAC

Palabras clave: Tracto gastrointestinal. Angiografía. Tracto gastrointestinal. Hemorragia. Embolización.

Key words: Gastrointestinal tract. Angiography. Gastrointestinal tract. Hemorrhage. Therapeutic embolization.

Sr. Director:

Los sangrados arteriales de diversas etiologías son una indicación frecuente de procedimientos percutáneos diagnóstico-terapéuticos (1-4).

La embolización de la arteria gastroduodenal es ampliamente practicada; suele ser de ejecución sencilla a través de un abordaje femoral o braquial y es eficaz en la resolución de hemorragias que pueden amenazar la vida del paciente. En ocasiones la cateterización supraselectiva de la arteria gastroduodenal es dificultosa y obliga a utilizar materiales especiales (5). En este trabajo presentamos un caso de un paciente con sospecha de sangrado activo por la arteria gastroduodenal. Durante la embolización no se objetivó extravasado de medio de contraste al tubo digestivo pero un TAC realizado tras el procedimiento demostró su existencia en el interior de la cavidad gástrica.

Caso clínico

Se trata de un paciente varón de 73 años con antecedentes de úlcera duodenal, vagotomía con piloroplastia 6 años atrás y episodios de anemización que requirieron transfusión de sangre en 1987 y octubre de 2002.

El paciente es ingresado por astenia y melenas presentando una Hb de 5,5 g que obligó a transfusiones de concentrados de hematíes. Se realizaron dos endoscopias que resultaron negativas. Ante la anemización severa y el resultado de las dos endoscopias, se realizó un aortograma que demostró un aneurisma de aorta abdominal con una morfología irregular, pero no se demostró extravasado de medio de contraste. Un estudio selectivo también fue negativo (Fig. 1).

Fig. 1.- *Cateterización selectiva del tronco celiaco en la que no se objetiva extravasación de contraste.*

Ante la sospecha de sangrado por la arteria gastroduodenal, se planteó una cateterización supraselectiva y embolización que se presentaba especialmente dificultosa por su morfología, por lo que se realizó con un microcatéter *(rapid transit* de *3F Cordis* Miami- Fl-USA), y una guía de 0,014" (Boston Scientific Fremont-CA-USA). Como material de embolización se utilizaron espirales GDC electro-largables de 7x30 (Boston Scienti-

fic. Fremont-CA-USA); un control angiográfico demostró la oclusión del segmento arterial embolizado.

Tras la embolización, se practicó un TAC para estudiar el aneurisma de aorta abdominal confirmándose los hallazgos angiográficos, sin hallarse evidencia de fístula aorto-entérica pero sí la presencia de material radiodenso en la porción más declive del estómago, probablemente en relación con extravasado de la arteriografía previa (Fig. 2).

Fig. 2.- *Tomografía axial computerizada realizada tras la embolización que demuestra la presencia de contraste en el estómago (flechas) proveniente de la angiografía.*

En un reciente trabajo, se han diagnosticado sangrados digestivos, en casos con arteriografías negativas, mediante la administración de anticoagulantes en el 37,5% de los casos, sin complicaciones graves (6). En otro trabajo se intentaron identificar factores que influyeran en los resultados de la embolización de sangrados digestivos de causa no varicosa pero ninguna de las variables estudiadas demostró influir en los resultados obtenidos. El hecho de que se produjera extravasado de contraste o no en el diagnóstico tampoco supuso ninguna diferencia en el seguimiento de los pacientes (4,7).

En el caso aquí descrito no se objetivó sangrado aorto-entérico ni por la arteria gastro-duodenal, y teniendo en cuenta la situación clínica del paciente se decidió la embolización empírica de la arteria gastroduodenal, considerándola responsable de la anemización extrema del paciente. Es de destacar que el TAC posterior evidenció la presencia de contraste en estómago que no se objetivó que pudiera haber venido de ningún otro punto, por lo que se asumió que provenía del estudio angiográfico previo. Este hecho demuestra que a pesar de no ver el extravasado de contraste en la angiografía este se produjo y un método como el TAC puede objetivarlo aunque sea una mínima cantidad.

En este caso se demuestra la mayor sensibilidad del TAC para detectar extravasados mínimos de contraste no detectables por la angiografía, reafirmando la postura de que cuando hay una sospecha fundada de sangrado a partir de la arteria gastroduodenal se debe embolizar aunque no se objetive extravasado angiográfico.

J. M. Carreira, E. Górriz Gómez[1] y R. Reyes Pérez[1]

Departamento de Radiología. Universidad de Santiago de Compostela. Servicio de Radiodiagnóstico. Complejo Hospitalario Universitario de Santiago de Compostela. A Coruña. [1]Unidad de Radiología Vascular Intervencionista. Hospital Universitario Dr. Negrín. Las Palmas de Gran Canaria.

Bibliografía

1. Hagiwara A, Yukioka T, Ohta S, Matsuda H, Shimazaki S. Nonsurgical management of patients with blunt hepatic injury: efficacy of transcatheter arterial embolization. AJR 1997; 169 (4): 1151-6.
2. Pulido-Duque JM, Carreira JM, Reyes R, Maynar M. Transcatheter embolization of a post-trauma gluteal hemorrhage. Case Report. Minim Invas Ther 1998; 7 (1): 59-62.
3. Defreyne L, Vanlangenhove P, De Vos M, Pattyn P, Van Maele G, Decruyenaere J, et al. Embolization as a first approach with endoscopically unmanageable acute nonvariceal gastrointestinal hemorrhage. Radiology 2001; 218: 739-48.
4. Carreira JM, Reyes R, Pulido JM, Travieso MM, Górriz E, Pardo MD, et al. Diagnosis and percutaneous treatment of gastrointestinal hemorrhage. Rev Esp Enferm Dig 1999; 91 (10): 684-8.
5. Seppanen SK, Leppanen MJ, Pimenoff G, Seppanen JM. Microcatheter embolization of hemorrhages. Cardiovasc Intervent Radiol 1997; 20: 174-9.
6. Ryan JM, Key SM, Dumbleton SA, Smith TP. Nonlocalized lower gastrointestinal bleeding: provocative bleeding studies with intraarterial tPA, heparin, and tolazoline. J Vasc Interv Radiol 2001; 12: 1273-7.
7. Schenker MP, Duszak R Jr, Soulen MC, Smith KP, Baum RA, Cope C, et al. Upper gastrointestinal hemorrhage and transcatheter emboloterapy: clinical and technical factors impacting success and survival. J Vasc Intervent Radiol 2001; 12: 1263-71.

Hematoma de los rectos tras paracentesis diagnóstica en paciente cirrótico

Palabras clave: Paracentesis: Ascitis. Hematoma abdominal.

Key words: Paracentesis. Ascitis. Hematoma abdominal.

Sr. Director:

La paracentesis diagnóstica es la técnica más eficaz a la hora de establecer la etiología de la ascitis y las posibles complicaciones de la misma. La hemorragia, aún siendo la complicación más frecuente, se ha comunicado muy pocas veces y sobre todo tras paracentesis evacuadoras en pacientes cirróticos (1,2) y no cirróticos (3).

Presentamos el caso de un varón de 56 años de edad, bebedor de más de 80 g de alcohol diarios hasta 3 años antes del ingreso, cuando fue diagnosticado de cirrosis etílica compensada. Ingresa por presentar ascitis casi a tensión y edemas en miembros inferiores con disminución de la diuresis. La analítica mostró 3.000 leucocitos/ml con fórmula normal, Hb 10,1 g/dl, Hto 28%, 35.000 plaquetas/ml, AST 45 U/l, ALT 22 U/l, GGT 29 U/l, FA 172 U/l, bilirrubina total 2,3 mg/dl, bilirrubina directa 1,8 mg/dl, proteínas 6,7 g/dl, albúmina 3,3 g/dl y actividad de protrombina de 41%. La serología de VHB evidenció infección pasada y la serología de VHC fue positiva. La ecografía abdominal resultó compatible con cirrosis hepática y ascitis grado 3. Se practicó paracentesis diagnóstica con aguja intramuscular en fosa iliaca izquierda sin complicaciones inmediatas extrayéndose un líquido ascítico parcialmente hemorrágico con las siguientes determinaciones analíticas: glucosa 93 mg/dl, proteínas totales 0,7 g/l, 415 leucocitos/µl (12% polimorfonucleares), hematíes 4.380/µl, albúmina 1,4 g/l (gradiente seroascítico de albúmina >1,1 g/l). A las 24 horas de la paracentesis el paciente comenzó con dolor y hematoma subcutáneo visible en la zona de punción e hipogastrio, que en los días posteriores se desplazó siguiendo la localización anatómica de los músculos rectos anteriores del abdomen, provocando una zona de tumefacción dolorosa en hemiabdomen derecho e hipogastrio. Se confirmó el hematoma en la vaina de los rectos mediante ecografía (Fig. 1) y se realizó analítica de control que no mostró anemización importante. Se trató con analgésicos y el hematoma se resolvió de modo espontáneo en controles ecográficos posteriores.

Fig. 1.-

La paracentesis diagnóstica es un método eficaz y seguro para el estudio de la ascitis de inicio, así como las posibles complicaciones del procedimiento, hecho que no llega al 1% de los casos. Las complicaciones son en la mayoría de tipo hemorrágico y sobre todo asociadas a paracentesis evacuadoras (1,2). El sangrado más frecuente es el hematoma de la pared abdominal, siendo el hemoperitoneo secundario a paracentesis una complicación muy rara (<1/1000 paracentesis) (2). López-Cepero Andrada y cols. describieron un gran hematoma espontáneo de los rectos en un paciente con ascitis secundaria a un cuadro hematológico que precisó intervención quirúrgica urgente y que fue debido a la rotura de la arteria epigástrica (3). En nuestro caso el paciente padecía una cirrosis por alcohol y VHC y el hematoma desarrollado fue de escasa cuantía, no precisando cirugía para su resolución. Se descartaron otras causas de dolor abdominal con la anamnesis, exploración física y analítica, así como con la ecografía practicada posteriormente. Debido a las relaciones anatómicas entre aponeurosis e inserciones de la musculatura de la pared abdominal (músculos oblicuos y recto anterior), consideramos que no fue difícil que el hematoma migrara hacia la vaina de los rectos y se estableciera definitivamente allí. La técnica de elección para confirmar la existencia de un hematoma de los rectos es la ecografía con sondas de alta frecuencia (5, 7 ó 10 MHz), pero, a falta de estas, también pueden utilizarse ecógrafos con sondas de 3,5 MHz, como en este caso.

Existen pocas contraindicaciones absolutas para la realización de la paracentesis. La coagulopatía es una contraindicación relativa que presentan la mayoría de los pacientes por ser portadores de una hepatopatía crónica. Runyon, en un artículo de revisión publicado en 1998 (4), recomendaba no contraindicar la realización de esta práctica por el mero hecho de que el paciente presentase una coagulopatía moderada y no consideraba necesaria la transfusión de hemoderivados previa a la paracentesis, a no ser que existiese un estado de hiperfibrinolisis evidente o una coagulación intravascular diseminada. Estas recomendaciones son también aceptadas en un reciente documento de consenso de manejo de la ascitis (5). Por ello consideramos que la baja probabilidad de que aparezcan estas complicaciones frente al beneficio diagnóstico que se obtiene, obliga a seguir realizando este procedimiento para el estudio de un paciente con ascitis.

D. J. Pérez de Luque, J. L. Domínguez,
E. Fraga Rivas y M. de la Mata García

Unidad Clínica de Aparato Digestivo. Unidad de Hepatología.
Hospital Universitario Reina Sofía. Córdoba

Bibliografía

1. Núñez Martínez O, Carneros Martín JA, García Sánchez A, Santos Castro L, de Diego Lorenzo A, Salcedo Plaza M, et al. Hematoma de pared abdominal: una complicación de la paracentesis. Rev Esp Enferm Dig 2001; 93 (2): 127-8.
2. Webster ST, Brown KL, Lucey MR, Nostrant TT. Hemorrhagic complications of large volume abdominal paracentesis. Am J Gastroenterol 1996; 91 (29): 366-8.
3. López-Cepero Andrada JM, Sandar Núñez D, Díaz Monrove JC, Vallejo Sánchez L, Domínguez Adame E, Benítez Roldán A. Complicación fatal tras una paracentesis diagnóstica: hematoma de la vaina de los rectos. Rev Esp Enferm Dig 2002; 94 (3): 166-8.
4. Runyon BA. Management of adult patients with ascities caused by cirrhosis. Hepatology 1998; 27 (1): 264-72.
5. Moore KP, Wong F, Ginés P, Bernardi M, Ochs A, Salerno F, et al. The management of ascites in cirrhosis: Report on the consensus conference of the International Ascites Club. Hepatology 2003; 38: 258-66.