

## CASOS CLÍNICOS

# Aneurisma cirsoideo yeyunal como causa de hemorragia digestiva baja exanguinante\*

## Jejunal cirroid aneurysm as a cause of massive lower gastrointestinal bleeding. Report of one case

Drs. ROBERTO GONZÁLEZ L<sup>1</sup>, JUAN CARLOS BRAVO S<sup>1</sup>, OCTAVIO ENRÍQUEZ L<sup>1</sup>, GALIA GUTIÉRREZ J<sup>1</sup>, HELIA GONZÁLEZ M<sup>1</sup>, RODRIGO KLAASSEN P<sup>1</sup>

<sup>1</sup> Servicio de Urgencia, Hospital Clínico Regional de Concepción" Dr. Guillermo Grant Benavente". Departamento de Cirugía y Sección de Patología. Facultad de Medicina, Universidad de Concepción

### RESUMEN

El aneurisma cirsoideo o lesión de Dieulafoy es una causa infrecuente de hemorragia digestiva. Corresponde a una malformación vascular que puede presentarse en cualquier zona del tubo digestivo, su localización más frecuente es en el estómago proximal, siendo excepcional en el intestino delgado. Se puede manifestar clínicamente como una hemorragia digestiva masiva o exanguinante. El objetivo es presentar un caso clínico de una paciente de género femenino, 19 años, que debuta con una hemorragia digestiva baja exanguinante. Se realizó manejo del shock hipovolémico y angiografía de urgencia que demostró origen del sangrado en yeyuno proximal. Se realizó laparotomía de urgencia, se localizó la lesión y se realizó resección intestinal mínima de yeyuno proximal. A la macroscopia se sospechó aneurisma cirsoideo, que se confirmó con el estudio histopatológico. La paciente evolucionó satisfactoriamente y en el seguimiento alejado no presentó complicaciones. Se presenta caso clínico por tratarse de una etiología extremadamente infrecuente de hemorragia digestiva baja exanguinante y por la localización excepcional de la lesión.

PALABRAS CLAVES: **Aneurisma cirsoideo de yeyuno, hemorragia digestiva masiva**

### SUMMARY

Jejunal cirroid aneurysm, an arteriovenous vascular malformation, is an uncommon cause of gastrointestinal bleeding. It can be located in any zone of the gastrointestinal tract, but its presence in the small bowel is exceptional. We report a 19 years old female presenting with a massive lower gastrointestinal bleeding. An emergency angiography showed that bleeding was originated in the proximal jejunum. She was operated and a minimal resection of the proximal jejunum was performed, excising the lesion. The pathological study confirmed the presence of a cirroid aneurysm. The postoperative evolution of the patient was uneventful and she was discharged at the eighth postoperative day.

KEY WORDS: **Jejunal Cirroid Aneurysm, massive gastrointestinal bleeding**

---

\*Recibido el 22 de diciembre de 2004 y aceptado para publicación el 29 de abril de 2005.  
E-mail: rgonzalezlagos@udec.cl

## **INTRODUCCIÓN**

El aneurisma cirsoideo o lesión de Dieulafoy es a una malformación vascular infrecuente, se puede presentar en cualquier zona del tubo digestivo, siendo mas frecuente en el estómago. La ubicación en el intestino delgado es excepcional, y en el yeyuno sólo se han reportado alrededor de 40 casos en las últimas tres décadas<sup>1-11</sup>.

El objetivo es presentar un caso clínico de aneurisma cirsoideo yeyunal que se presentó como hemorragia digestiva baja exanguinante y fue operado por nuestro turno en el Servicio de Urgencia.

## **CASO CLÍNICO**

M.I.M., género femenino, 19 años, soltera, estudiante universitaria, domiciliada en Lota. Paciente sin antecedentes mórbidos conocidos, alrededor de las 10:00 horas del día 15.10.2001 comenzó con rectorragia. Consultó en Hospital de Lota a las 14:00 horas, donde se constató hipotensa con ropas empapadas en sangre. Al tacto rectal sangre y coágulos. Se encontraba en su periodo menstrual. Sin antecedentes de traumatismos ni relaciones sexuales anales. Se describió en el examen físico lúcida, pálida, regular estado general, presión arterial 76/50 mmHg, frecuencia cardiaca 90 pulsaciones por minuto, sin otros hallazgos significativos. Se realizó reposición de volumen no cuantificado y se derivó a Hospital Clínico Regional de Concepción.

A su ingreso al Hospital Clínico Regional de Concepción, se constató lúcida, pálida, hipotensa, con pérdida masiva de sangre por el ano. Se realizó evaluación ginecológica y ecografía transrectal que evidenció útero y ovarios normales, endometrio de 6 mm. y masa en fondo de saco de Douglas que pudiera corresponder a intestino, descartándose origen ginecológico de la hemorragia.

Se hospitalizó en Sala de Observación del Servicio de Urgencia. Se administró solución fisiológica 2000 cc y 2 unidades de glóbulos rojos. A pesar de la reposición de volumen se mantiene hipotensa (90/50 mmHg) y taquicardiaca (104 pulsaciones por minuto). Persiste con rectorragia. Destaca entre los exámenes de laboratorio: hemoglobina 7,1 mg/dl, hematocrito 22%, tiempo de protrombina 45.5% y tiempo de tromboplastina activado 49.1 segundos.

Se administró 4 unidades de glóbulos rojos, 4 unidades de plasma fresco y 10 mg de Vitamina K intramuscular. Evaluada por residente de Unidad de Cuidados Intensivos quirúrgicos, indica traslado a esa unidad.

A las 19:20 horas ingresó a Unidad de Cuidados Intensivos quirúrgicos con presión arterial 97/39 mmHg, temperatura 36,5°C axilar, saturación de oxígeno 98%, frecuencia cardiaca 88 por minuto y frecuencia respiratoria 17 por minuto. La sonda vesical dio salida a orina clara. La sonda nasogástrica dio contenido gástrico claro, sin sangre. Al tacto rectal no se encontraron lesiones, esfínter anal con tono normal, con estigmas de sangrado activo.

A las 22:10 horas se solicitó evaluación por cirujano entrante a turno de urgencia. A la evaluación no hay foco de sangrado conocido, en regulares condiciones generales, presión arterial 110/47 mmHg, frecuencia cardiaca 102 por minuto y palidez intensa. Al tacto rectal coágulos frescos. En un nuevo control de laboratorio destacan hemoglobina 6,2 mg/dl, hematocrito 17,5%, plaquetas 70000 u/mm<sup>3</sup>. Se administró 5 unidades de glóbulos rojos y 3 unidades de plasma fresco. Se realizó Angiografía Mesentérica que informó: "zona de extravasación focal de medio de contraste dependiente de las primeras ramas yeyunales y que se localiza en un asa de yeyuno proximal. En fase tardía se observa producto de contraste en lumen intestinal. Conclusión: Zona de hemorragia activa en asa de yeyuno proximal dependiente de las ramas yeyunales proximales de la Arteria Mesentérica Superior" (Figura 1). No se intentó embolización por falta de insumos.

A las 00:45 horas del 16/10/2001, fue evaluada por cirujano de turno con Angiografía. Se constató en shock hipovolémico y se indicó cirugía inmediata. Ingresó a pabellón a las 01:00 horas en shock y con rectorragia activa.

Se realizó laparotomía exploradora donde se encontró el intestino grueso y delgado repletos de sangre. Aproximadamente a 40 centímetros del ángulo de Treitz existe nódulo palpable en borde antimesentérico de aproximadamente 1 centímetro de diámetro que corresponde a zona en que se observa sangrado en Angiografía. Al evaluar lesión se observa nódulo en la mucosa con coagulo adherente. Macroscópicamente se planteó el diagnóstico de aneurisma cirsoideo (Figura 2). Se abordó por laparotomía media supraumbilical y se realizó resección de aproximadamente 4 cm de yeyuno con anastomosis monoplano termino-terminal.

Evolucionó en el postoperatorio con presión arterial y frecuencia cardiaca dentro de rangos normales, sin sangrado rectal. Se realimentó al 3<sup>er</sup> día con buena tolerancia. Al 8<sup>o</sup> día se retiraron puntos de herida operatoria y se decidió alta hospitalaria. El estudio histopatológico confirmó la presencia de un vaso arterial en la submucosa erosionado hacia

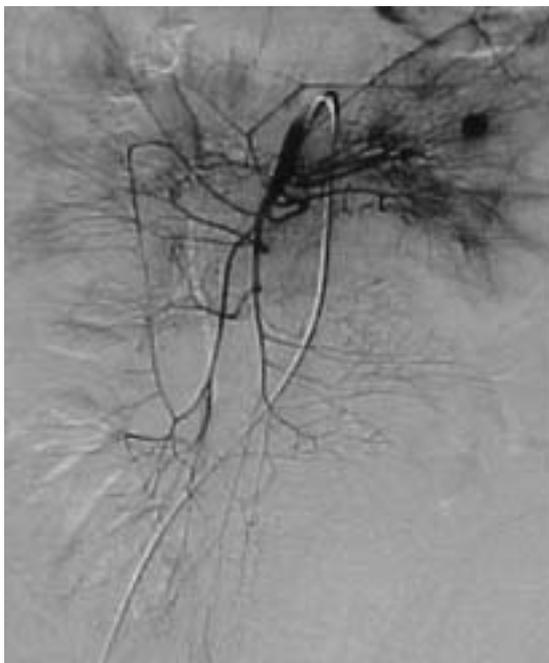


Figura 1. Angiografía mesentérica superior.

el lumen intestinal, compatible con aneurisma cirsoideo yeyunal (Figura 3).

Controlada en Octubre del 2004, a tres años postoperada se encuentra en excelentes condiciones generales, sin anemia, realizando sus actividades de estudiante universitaria en forma normal.

### DISCUSIÓN

El aneurisma cirsoideo o lesión de Dieulafoy es una causa poco frecuente de hemorragia digestiva y corresponde a una malformación vascular que



Figura 2. Pieza operatoria con aneurisma cirsoideo yeyunal.

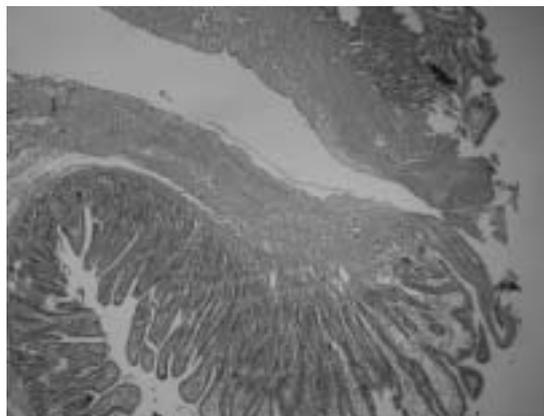


Figura 3. Histología: arteriola submucosa erosionada hacia el lumen intestinal.

puede ser difícil de reconocer<sup>2,3</sup>. Consiste en una arteriola, que protruye a través de un defecto en la mucosa y puede tener un tamaño variable<sup>4,9,10</sup>.

Es más frecuente en el género masculino, con una relación masculino: femenino de 2:1, y se presenta con mayor frecuencia en la 5<sup>ª</sup> década de la vida<sup>3,5,9,10</sup>.

El aneurisma cirsoideo puede presentarse en cualquier zona del tubo digestivo, predominantemente en el estómago proximal, aunque se describe también en esófago distal, intestino delgado, colon y recto. Su ubicación en el intestino delgado es excepcional, sólo se han reportado alrededor de 40 casos en las últimas tres décadas de aneurisma cirsoideos en el yeyuno, lo que hace destacable el reporte de este caso<sup>1,5-11</sup>.

Se puede presentar clínicamente como hemorragia digestiva masiva o exsanguinante<sup>1-10,14</sup>, en nuestro caso como hemorragia digestiva baja que requirió reposición de volumen, múltiples transfusiones y cirugía de urgencia.

El diagnóstico se puede realizar por endoscopia digestiva o durante una laparotomía de urgencia, cuando el sangrado es activo el diagnóstico puede sospecharse por Angiografía<sup>12-14</sup>.

En nuestro Servicio de Urgencia no se dispone de endoscopia digestiva ni de Angiografía de urgencia, excepcionalmente es este caso se realizó angiografía en el sistema privado, lo que nos permitió localizar el sangrado en el yeyuno proximal facilitando mucho el manejo y la planificación quirúrgica. De no haber dispuesto de la Angiografía, sólo en el intraoperatorio (con un tubo digestivo repleto de sangre) se hubiese intentado localizar la lesión sangrante, situación extremadamente compleja por el tamaño y ubicación de la lesión, además que por las características del caso como primera posibili-

dad de origen del sangrado, se debe sospechar en una lesión mas bien distal.

El tratamiento puede realizarse a través de endoscopia digestiva, embolización mediante Angiografía o más frecuentemente con cirugía durante la exploración en el manejo de una hemorragia digestiva masiva o exsanguinante<sup>12-14</sup>. Recientemente se ha reportado el manejo quirúrgico laparoscópico de un aneurisma cirsoideo yeyunal<sup>1</sup>.

En resumen, el aneurisma cirsoideo o lesión de Dieulafoy es una malformación vascular infrecuente, que puede debutar como una hemorragia digestiva masiva o exanguinante y su localización en yeyuno es excepcional.

### REFERENCIAS

1. Mino A, Ogawa Y, Ishikawa T, Uchima Y, Yamazaki M, Nakamura S, *et al.* Dieulafoy's vascular malformation of the jejunum: first case report of laparoscopic treatment. *Journal of Gastroenterology* 2004; 39: 375-78.
2. Schmulewitz N, Baillie J. Dieulafoy Lesions: A review of 6 years of experience at a Tertiary Referral Center. *Am J Gastroenterol* 2001; 96: 1688-94.
3. Al-Mishlab T, Amin AM, Ellul JPM. Dieulafoy's lesion: an obscure cause of gastrointestinal bleeding. *J R Coll Surg Edinb* 1999; 44: 222-25.
4. Bateman AC, Beer TW, Bass PS, Odurny A, Gallagher PJ. Massive arterial haemorrhage from the lower gastrointestinal tract. *Histopathology* 1996; 29: 225-31.
5. Blecker D, Bansal M, Zimmerman RL, Fogt F, Lewis J *et al.* Dieulafoy's lesion of the small bowel causing massive gastrointestinal bleeding: two case reports and literature review. *Am J Gastroenterol* 2001; 96: 902-05.
6. Jani PG. Dieulafoy's lesion: case report. *East Afr Med J* 2001; 78: 109-10.
7. Gadenstatter M, Wetscher G, Crookes PF, Mason RJ, Schwab G, *et al.* Dieulafoy's disease of the large and small bowel. *J Clin Gastroentrol* 1998; 27: 169-72.
8. Renz EM. Dieulafoy lesion as a cause of massive gastrointestinal bleeding. *S D J Med* 1997; 50: 225-27.
9. Deutsch G, Hanly M, Yeh KA. Jejunal cirroid aneurysm: a rare cause of massive lower gastrointestinal hemorrhage. *Am Surg* 1998; 64: 1179-82.
10. Vetto JT, Richman PS, Kariger K, Passaro E Jr. Cirroid aneurysms of the jejunum. An unrecognized cause of massive gastrointestinal bleeding. *Arch Surg* 1989; 124: 1460-62.
11. Azimuddin K, Stasik JJ, Rosen L, Reither RD, Khubchandani IT. Dieulafoy's lesion of the anal canal: a new clinical entity. Report of two cases. *Dis Colon Rectum* 2000; 43: 423-26.
12. Gul YA, Jabbar MF, Karim FA, Moissinac K. Dieulafoy's lesion of the rectum. *Acta Chir Belg* 2002; 102: 199-200.
13. Ribet M, L'Hermine C, Paris JC, Wurtz A. Duodenal cirroid aneurysm treated by embolization. *J Radiol Electrol Med Nucl* 1975; 56: 711-14.
14. Owaki T, Kusano C, Ojio M, Aikou T. Massive bleeding from Dieulafoy's lesion of the small intestine in a child-therapy for the bleeding from gastrointestinal tract out of endoscopic observation. *Dig Surg* 2002; 19: 321-24.
15. Dy NM, Gostout CJ, Balm RK. Bleeding from the endoscopically-identified Dieulafoy lesion of the proximal small intestine and colon. *Am J Gastroenterol* 1996; 91: 818-19.