



Check for updates

Hemostasia por Enteroscopía en Paciente con Hepático - Yeyuno anastomosis en Y de Roux

Adriana Díaz Coppe-Gutiérrez*, Luis Ariel Waller-González, Yahaira Berenice Rivera-Vicencio, Mario Pineda-De Paz, Fany J. Flores-Rentería, José Guadalupe López-Fuentes, Teresa de Jesús Galicia-Gómez, Diana Carolina Almonte-Morel, Rodrigo Soto-Solis

Servicio de Endoscopía Gastrointestinal, Centro Médico Nacional 20 de Noviembre, ISSSTE. Ciudad de México. México

Presentación del caso

Se trata de femenino de 57 años de edad con antecedente de quiste de colédoco hace 20 años tratado con resección y hepáticoyeyuno anastomosis en Y de Roux. Se realiza diagnóstico de cirrosis hepática tres años previos a su ingreso, y debutó hace un año con estigmas de hipertensión portal cursando con 3 sesiones de ligadura de várices esofágicas. Refiere hemorragia de origen obscuro hace 8 meses, con multirtransfusiones, así como estudios endoscópicos y de imagen negativos para sangrado, autolimitándose después de 10 días. Inicia su padecimiento actual con epigastralgia, evacuaciones melénicas y posteriormente hematoquécicas que la llevan a un estado de choque. Ingresó por el servicio de urgencias donde se realiza abordaje para sangrado de tubo digestivo con panendoscopía y colonoscopía negativa. Se realiza angiotomografía sin hallazgos relevantes. Ante la sospecha de sangrado del sitio de la anastomosis, se decide enteroscopía anterógrada con doble balón.

Procedimiento endoscópico

Bajo anestesia general, previa firma de consentimiento informado, con signos vitales normales, se realiza

enteroscopía anterógrada. Identificando la yeyunoyeyuno anastomosis, se ingresa hacia el asa biliar y aproximadamente a los 90 cm se observa la hepaticoyeyuno anastomosis con presencia de vaso visible, de características arteriales, con sangrado en capa. Llaman la atención ectasias vasculares perianastomóticas y un trayecto tortuoso ingurgitado que corresponde a una vérice ectópica yeyunal. Se colocan 3 clips hemostáticos, y se administra argón plasma en ectasias a 1.5 llt/min, en modo preciso, con hemostasia satisfactoria. La paciente cursa con adecuada evolución durante el postquirúrgico inmediato, es egresada a su domicilio 72 hrs después sin complicaciones ni datos de resangrado.

Conclusiones

En derivaciones biliointestinales, la hipertensión portal asociada o no a cirrosis hepática, puede originar várices ectópicas de difícil manejo y diagnóstico. En estos pacientes la enteroscopía debe ser la primera opción por no ser candidatos a cápsula endoscópica. La derivación portosistémica intrahepática transjugular (TIPS), la resección quirúrgica o incluso el trasplante hepático deberían considerarse opciones de tratamiento definitivo en este tipo de pacientes.

Autor de correspondencia:

*Adriana Díaz Coppe-Gutiérrez

E-mail: dradiazcoppe@hotmail.com

0188-9893/© 2019. Asociación Mexicana de Endoscopia Gastrointestinal, publicado por Permanyer México SA de CV, todos los derechos reservados.

Fecha de recepción: 02-08-2019

Fecha de aceptación: 16-08-2019

DOI: 10.24875/END.M19000089

Endoscopia. 2019;31(Supl 2):204

www.endoscopia-ameg.com