

- Dis. 2002;4:97–100, <http://dx.doi.org/10.1046/j.1463-1318.2002.00284.x>.
8. Harland WA, Lee FD. Intestinal spirochaetosis. *Br Med J*. 1967;3:718–9, <http://dx.doi.org/10.1136/bmj.3.5567.718>.
9. Peghini PL, Guccion JG, Sharma A. Improvement of chronic diarrhea after treatment for intestinal spirochetosis. *Dig Dis Sci*. 2000;45:1006–10, <http://dx.doi.org/10.1023/A:1005597729899>.
10. Marthinsen L, Willen R, Carlen B, et al. Intestinal spirochetosis in eight pediatric patients from Southern Sweden. *APMIS*. 2002;110:571–9, <http://dx.doi.org/10.1034/j.1600-0463.2002.11007809.x>.

A.J. Chaar^{a,*}, J.S. Arbelaez^b, M.J. Vargas^b
y R.A. Cañadas^a

^a *Departamento de Gastroenterología y Endoscopia, Hospital Universitario San Ignacio, Pontificia Universidad Javeriana, Bogotá, Colombia*

^b *Departamento de Patología Clínica, Hospital Universitario San Ignacio, Pontificia Universidad Javeriana, Bogotá, Colombia*

* Autor para correspondencia. Unidad de Gastroenterología y Endoscopia, Área de Fisiología Digestiva. Hospital Universitario San Ignacio. Pontificia Universidad Javeriana. Código Postal 11001. Bogotá, Colombia. Teléfono: (57) 3043809979. Correo electrónico: chaarha@javeriana.edu.co (A.J. Chaar).

<https://doi.org/10.1016/j.rgmx.2023.07.005>
0375-0906/ © 2023 Asociación Mexicana de Gastroenterología. Publicado por Masson Doyma México S.A. Este es un artículo Open Access bajo la licencia CC BY-NC-ND (<http://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/4.0/>).

Enfermedad de Dieulafoy esofágica tratada con ligadura por banda: tratamiento individualizado para una presentación atípica



Esophageal Dieulafoy's lesion treated with band ligation: Individualized treatment for an atypical presentation

La enfermedad de Dieulafoy, comprende una causa de hemorragia de tubo digestivo secundaria a la rotura de una arteria nutricia, provocada por múltiples factores extrínsecos o intrínsecos, la cual puede ocurrir en los 5 cm distales de la unión gastroesofágica, del árbol biliar e incluso a nivel de la pared bronquial¹. La lesión clásica de Dieulafoy corresponde a un vaso sanguíneo submucoso aberrante que erosiona el epitelio que lo recubre en ausencia de una úlcera primaria, esto debido a que no presenta una ramificación normal a través de la pared del estómago y, por consecuencia, su calibre resulta hasta 10 veces mayor que el calibre normal de los capilares de la mucosa (en un rango de 1 a 3 mm) y protruye hacia la luz, predisponiendo roturas espontáneas^{2,3}. Al momento, las lesiones localizadas en el estómago proximal representan del 75 al 90% de las reportadas en literatura contemporánea, aunque en hasta un 10% restante pueden presentarse en sitios como esófago, intestino delgado, colon, recto, ano e inclusive árbol bronquial⁴. Las lesiones a nivel esofágico pueden representar un reto en su diagnóstico, no solo por la rareza de su presentación, cuya incidencia no es conocida, y algunos autores definen como anecdótica, sino además por las características anatómicas de dicho órgano que dificultarían su visualización⁵. Se presenta el caso de una mujer de 48 años de edad, con diagnóstico de artritis reumatoide de 21 años de evolución, así como diabetes tipo 2 e hipertensión

arterial primaria de reciente diagnóstico, refiriendo el uso de metotrexato, leflunomida y etoricoxib, previamente con indometacina/betametasona/metocarbamol, hidroxicloriguina y deflazacort. Acudió a nuestra unidad médica tras presentar hematemesis y evacuaciones de tipo melena de 24 h de evolución. En el servicio de urgencias se encuentra con los siguientes signos vitales: frecuencia cardíaca 90 lpm, frecuencia respiratoria 16 rpm, presión arterial 110/70 mmHg, oximetría de pulso del 96% y temperatura de 36.4° C. Se realizan estudios de laboratorio iniciales reportándose lo siguiente: hemoglobina 13.37 g/dl, plaquetas 259,000 cél/mcl, leucocitos 7,500 cél/mcl, INR 1.0, tiempo de tromboplastina activada 27 s, glucosa 423 mg/dl, creatinina 0.77 mg/dl, nitrógeno ureico en sangre 19 mg/dl, AST 20 U/l, ALT 34 U/l, LDH 195 U/l, GGT 42 U/l, lipasa 45 U/l; gasometría venosa con pH 7.37, CO₂ 40 mmHg, O₂ 35 mmHg y HCO₃ 24 mEq/l. Posteriormente, durante su estancia se reportan 3 evacuaciones de aspecto melánico asociadas a un descenso de hemoglobina de 2.9 g/dl y datos de hipotensión arterial. Se decidió realizar panendoscopia, en donde se evidenció vaso visible en esófago a 32 cm de la arcada dentaria superior (ADS) que ameritó ligadura con banda (figs. 1a y b), así como una úlcera en la unión esofagogastrica (a 34 cm de la ADS) de 8 mm, con base de fibrina y sin vaso visible. Se concluyó como enfermedad de Dieulafoy esofágica y una úlcera Forrest III en la unión gastroesofágica.

Al término del procedimiento continuó en vigilancia del estado hemodinámico sin objetar eventualidades, iniciándose levopantoprazol 20 mg vía oral/cada 12 h. La paciente fue egresada 48 h después continuando con levopantoprazol y domperidona 60 mg/cada 24 h. A los 3 meses posteriores a su egreso, en cita de control en gastroenterología, no hubo nueva evidencia de sangrado, por lo que se decide su alta definitiva.

Como ya se comentó, la enfermedad de Dieulafoy a nivel esofágico resulta algo excepcional, por lo que de la misma manera la experiencia en su abordaje es mínima. Soetikno et al. reportaron el primer caso de enfermedad de Dieulafoy esofágica tratada con ligadura con bandas⁶. Guerrero-García et al. reportaron el caso de una mujer en la séptima década

Véase contenido relacionado en DOI: <https://doi.org/10.1016/j.rgmx.2023.09.001>

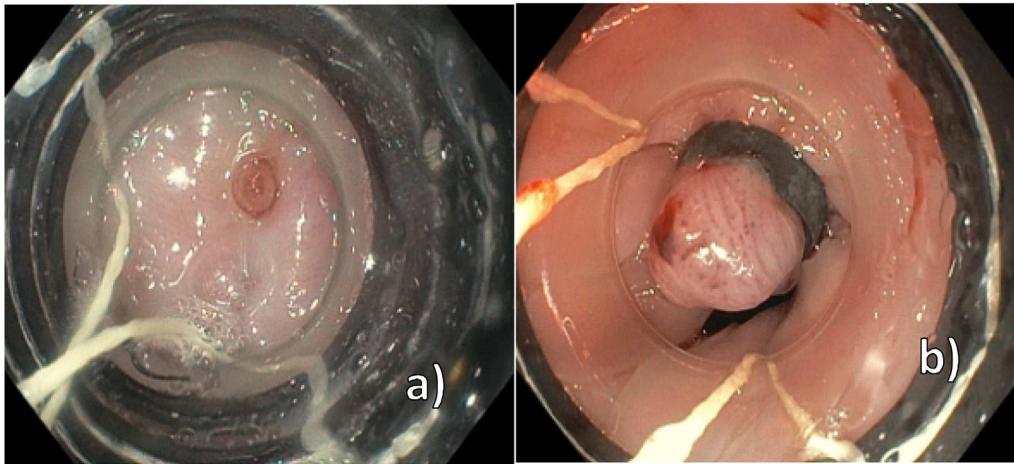


Figura 1 Panendoscopia. A) Visualización de vaso a 32 cm de la arcada dentaria superior. B) Ligadura exitosa del vaso esofágico visible.

de la vida con presentación esofágica de enfermedad de Dieulafoy, la cual fue tratada inicialmente con una inyección de 6 cm³ de adrenalina en dilución 1:10.000 y posteriormente con la aplicación de 2 Hemoclips[®]. Destacan dichos autores el reto que representa la visualización inicial de la lesión, así como el potencial riesgo de perforación aplicando la terapéutica ya comentada⁴. Inayat et al. publicaron una serie de casos de 3 pacientes con enfermedad de Dieulafoy esofágica, en donde todos recibieron tratamiento con Hemoclips[®], sin nueva evidencia de sangrado durante el seguimiento⁷. Tras lo publicado por Soetikno et al., existe el reporte de otro caso de enfermedad de Dieulafoy esofágica tratada con ligadura con bandas, esto tras presentar un paciente dos episodios de resangrado posterior al uso de adrenalina y clipaje⁸. La ligadura por banda podría representar una alternativa segura para el tratamiento de una enfermedad tan poco frecuente, basándonos en la evidencia existente al aplicarse en otras presentaciones anatómicas de la enfermedad de Dieulafoy⁹.

Consideraciones éticas

Dejamos constancia de que se le solicitó al paciente el consentimiento informado para recibir el tratamiento descrito. No fue necesaria la autorización de un comité de bioética al tratarse del reporte de un caso con terapéutica ya documentada previamente. El artículo no contiene información personal que permita identificar al paciente, esto con la intención de mantener su anonimato.

Financiación

No recibimos financiación de terceros.

Conflicto de intereses

No existe ningún tipo de conflicto de intereses.

Referencias

- Xing X, Liu J, Xu S, et al. Research advances in Dieulafoy's disease of the bronchus (Review). *Exp Ther Med*. 2022;23:100, <http://dx.doi.org/10.3892/etm.2021.11023>.
 - Lee YT, Walmsley RS, Leong RW, et al. Dieulafoy's lesion. *Gastrointest Endosc*. 2003;58:236–43, <http://dx.doi.org/10.1067/mge.2003.328>.
 - Lara LF, Sreenarasimhaiah J, Tang SJ, et al. Dieulafoy lesions of the GI tract: Localization and therapeutic outcomes. *Dig Dis Sci*. 2010;55:3436–41, <http://dx.doi.org/10.1007/s10620-010-1385-0>.
 - Guerrero-García A, Núñez-Gómez L, Crespo-Pérez L, et al. Oesophageal Dieulafoy's lesion: An unusual cause of upper gastrointestinal bleeding. *Gastroenterol Hepatol*. 2018;41:643–4, <http://dx.doi.org/10.1016/j.gastrohep.2017.11.014>.
 - Malliaras GP, Carollo A, Bogen G. Esophageal Dieulafoy's lesion: An exceedingly rare cause of massive upper GI bleeding. *J Surg Case Rep*. 2016;14:rjw074, <http://dx.doi.org/10.1093/jscr/rjw074>.
 - Soetikno RM, Piper J, Montes H, et al. Endoscopy. 2000 Use of endoscopic band ligation to treat a Dieulafoy's lesion of the esophagus;32:S15.
 - Inayat F, Ullah W, Hussain Q, et al. Dieulafoy's lesion of the oesophagus: A case series and literature review. *BMJ Case Rep*. 2017, <http://dx.doi.org/10.1136/bcr-2016-218100>, bcr2016218100.
 - Park-Chang H, Lee-Soo J, Park-Jeong H, et al. Endoscopic Band Ligation for Rebleeding Esophageal Dieulafoy's Lesion after Hemoclippping. *Clin Endosc*. 2003;27:454–454.
 - Alis H, Oner OZ, Kalayci MU, et al. Is endoscopic band ligation superior to injection therapy for Dieulafoy lesion? *Surg Endosc*. 2009;23:1465–9, <http://dx.doi.org/10.1007/s00464-008-0255-8>.
- I. Bartnicki-Navarrete^a, J.A. Garay-Ortega^{b,*} y L.F. Robles-Fernandes^c
- ^a Departamento de Endoscopia, Centro Médico Nacional Siglo XXI, Ciudad de México, México
^b Departamento de Gastroenterología, Centro Médico Nacional Siglo XXI, Ciudad de México, México
^c Departamento de Medicina Interna, Centro Médico Nacional Siglo XXI, Ciudad de México, México

*Autor para correspondencia. Av. Cuauhtémoc 330, Doctores, Cuauhtémoc, 06720 Ciudad de México, CDMX.
 Correo electrónico: jorge.garay11@hotmail.com
 (J.A. Garay-Ortega).

<https://doi.org/10.1016/j.rgmx.2023.08.002>

0375-0906/ © 2023 Asociación Mexicana de Gastroenterología.
 Publicado por Masson Doyma México S.A. Este es un artículo Open Access bajo la licencia CC BY-NC-ND (<http://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/4.0/>).

Oclusión intestinal crónica secundaria a linfoma tipo MALT



Chronic bowel obstruction secondary to MALT lymphoma

En adultos saludables, el tejido linfoide asociado a mucosa (MALT) corresponde al 80% de todas las células inmunes del cuerpo. El MALT tiene 3 funciones: Proteger membranas mucosas de patógenos, prevenir recogida de antígenos en comida, organismos comensales, aire y particulados. Además, prevenir respuestas inmunes patológicas de antígenos externos si estos cruzan la barrera mucosa^{1,2}.

Los linfomas MALT son un tipo de linfoma no-Hodgkin (LNH) de células B indolentes de zona marginal. Hay 3 tipos principales: MZL esplénico, MZL extranodal de MALT y MZL nodal. Los linfomas de tipo MALT pertenecen al segundo grupo, MZL extranodal. Las biopsias de tumores en esta enfermedad muestran infiltración perivascular y parafofolicular por linfocitos atípicos similares a monocitos con bordes nucleares doblados que son positivos para CD19, CD20 y CD79a, pero negativos para CD10 y mayormente CD5².

Esta enfermedad está asociada a personas caucásicas de edad avanzada (> 60 años), los pacientes presentan linfocitosis con o sin citopenias y esplenomegalias. Usualmente se presentan con linfadenopatías, y pueden cursar con fiebre, diaforesis nocturna y pérdida de peso mayor al 10% del peso corporal total anterior (referidos como síntomas B)³.

Paciente femenino de 66 años, que acude a consulta refiriendo dolor de tipo cólico aumentando durante la ingesta de alimentos. Sin tolerancia de la ingesta desde hace 6 meses, dolor abdominal posprandial inmediato, con náusea y vómito ocasional, después del vómito refiere dolor, el cual es acompañado de sensación de masa abdominal dura. Al momento sin datos de oclusión intestinal. Como antecedente de relevancia refiere tener un familiar en segundo grado con padecimiento de linfoma de Hodgkin. A la exploración física se encuentra abdomen blando depresible, peristalsis aumentada a la palpación superficial, con aumento de volumen en hipocondrio izquierdo, el resto de la exploración física dentro de los parámetros normales.

Anteriormente se ha valorado con colonoscopia ya que ha presentado cuadros gastrointestinales y se diagnosticó de colitis linfocítica. En los análisis de laboratorio se encuentra el antígeno carcinoembrionario con 1.45 ng/ml y CA19-9 en 2.5 U/ml.

Los estudios preoperatorios de biometría hemática y química sanguínea, así como las pruebas de coagulación están dentro de los parámetros normales con controles adecuados.

En exámenes de laboratorio destacó lo siguiente: glucosa 92 mg/dl, nitrógeno de urea 7.9 mg/dl, creatinina 0.5 mg/dl, relación nitrógeno ureico/creatinina 15.8, colesterol total 136 mg/dl y triglicéridos 67 mg/dl.

Se realizó tomografía computarizada (TC) de abdomen y pelvis simple, y contrastada con cortes axiales y reformateos multiplanares (fig. 1).

En esta se halla las asas del intestino delgado distendido con aire y líquido neutro, con engrosamiento mural concéntrico que realza homogéneamente (sin patrón de estratificación), a nivel de íleon distal de hasta 21 mm de espesor, que condiciona estrechamiento de la luz, aproximadamente del 70%, provocando dilatación retrograda de este. Colon con aire y material de residuo.

Se concluye el engrosamiento de las paredes del íleon distal con defecto obstructivo retrogrado y datos sospechosos de actividad metastásica hepática y ganglionar retroperitoneal paraaórtico, por lo que se debe considerar tumoración carcinoide. Se decide la realización de laparotomía exploradora con los siguientes hallazgos de tumor de intestino delgado a 210 cm de ángulo de Treitz, y 160 cm de la válvula ileocecal que ocluye el 80% de la luz intestinal provocando engrosamiento de la pared hasta 10 cm, se realiza resección intestinal con 10 cm de extensión proximal y distal de tejido sano, y también entero anastomosis término terminal. A la exploración hepática se identifican bordes lisos, sin palpar tumoraciones superficiales ni profundas. No se realiza exploración de retroperitoneo debido a la ausencia de abultamientos o alteraciones macroscópicas.

Se realizó el diagnóstico como: linfoma de zona marginal tipo MALT extraganglionar etapa clínica II Be MALT-IPI de bajo riesgo. Los resultados de los estudios complementarios de inmunohistoquímica son los siguientes:



Figura 1 Tomografía axial computarizada que muestra una masa de 2.40 × 2.70 cm izquierda en el íleon.