

## Hemorragia digestiva baja grave activa por úlcera apendicular

R. Rivera-Irigoín<sup>a</sup>, C. de Sola-Earle<sup>a</sup>, F. Palma-Carazo<sup>b</sup>, N. Montiel Quezel-Guerraz<sup>c</sup>, N. Fernández-Moreno<sup>a</sup>, E. Ubiña-Aznar<sup>a</sup> y F. Fernández-Pérez<sup>a</sup>

<sup>a</sup>Unidad de Aparato Digestivo. Hospital Costa del Sol. Marbella. Málaga. <sup>b</sup>Servicio de Cirugía General y Aparato Digestivo. Hospital Costa del Sol. Marbella. Málaga. <sup>c</sup>Servicio de Biotecnología. Hospital Costa del Sol. Marbella. Málaga. España.

### RESUMEN

Presentamos un caso de hemorragia digestiva baja grave por úlcera apendicular asociada a la toma de ácido acetilsalicílico con cubierta entérica. La colonoscopia urgente pudo precisar la localización y las características de la lesión sangrante durante el episodio agudo y permitió un tratamiento eficaz mediante apendicectomía simple.

### ACTIVE LOWER GASTROINTESTINAL BLEEDING DUE TO APPENDICEAL ULCER

We present a case of severe lower gastrointestinal bleeding due to appendiceal ulcer associated with intake of enteric coated aspirin. Urgent colonoscopy revealed the location and characteristics of the source of bleeding during the acute episode, allowing effective treatment through simple appendectomy to be performed.

### INTRODUCCIÓN

La hemorragia digestiva baja aguda (HDBA) es una entidad clínica frecuente dentro de la medicina digestiva; en la mayoría de los casos es de carácter leve y autolimitado. Las principales causas de HDBA son las lesiones vasculares, la diverticulosis, las neoplasias y las colitis. En el 5-10% de los casos, a pesar de una amplia gama de estudios realizados, no se puede identificar la causa de la hemorragia<sup>1</sup>. La hemorragia de origen apendicular es extremadamente rara<sup>1,2</sup>. Comunicamos un caso de úlcera apendicular única que se presentó como hemorragia digestiva baja masiva. Esta inusual patología pudo diagnosticarse mediante colonoscopia urgente y se resolvió con apendicectomía simple.

Correspondencia: Dr. R. Rivera-Irigoín.  
Unidad de Aparato Digestivo. Hospital Costa del Sol.  
Carretera Nacional 340, km 187. 29600 Marbella. Málaga. España.  
Correo electrónico: robinrivera\_i@hotmail.com

Recibido el 30-3-2005; aceptado para su publicación el 30-5-2005.



Fig. 1. Polo cecal con hemorragia procedente de orificio apendicular.

### OBSERVACIÓN CLÍNICA

Paciente de 51 años, con antecedentes de tabaquismo, hipertensión arterial grave, hiperlipemia tipo IIa, cardiopatía hipertensiva severa e histerectomía. Realizaba tratamiento con ácido acetilsalicílico (Adiro<sup>®</sup> 200 mg/día), almagato, captopril, atenolol, nifedipino y clortalidona. Acudió a urgencias por rectorragia de varias horas de evolución, sin dolor abdominal ni otros síntomas digestivos previos. La exploración física no mostró alteraciones y la radiografía de tórax informó de un aumento del índice cardiotorácico por crecimiento de la aurícula izquierda. La radiografía de abdomen fue normal. El electrocardiograma presentaba datos de hipertrofia ventricular izquierda y en la analítica destacaban: hemoglobina de 13,2 g/dl, urea 52 mg/dl y coagulación normal. Durante su estancia en observación en el servicio de urgencias persistieron las rectorragias abundantes con inestabilidad hemodinámica, descenso de la concentración de hemoglobina y del hematocrito. La valoración preanestésica fue ASA IV. Se realizó una endoscopia digestiva alta hasta la tercera porción duodenal que no mostró lesiones ni restos hemáticos. Posteriormente presentó angina hemodinámica que requirió ingreso en la unidad de cuidados intensivos (UCI). Se decidió realizar una colonoscopia preoperatoria urgente en la UCI en la que se observó abundante cantidad de sangre fresca en todo el colon, y en la base de apéndice una úlcera de bordes planos de unos 6 mm de diámetro con un vaso visible en su fondo y hemorragia activa en chorro (fig. 1). La válvula ileocecal era normal y en íleon terminal no se observaron restos hemáticos ni lesiones macroscópicas. Se intentó realizar una esclerosis endoscópica y electrocoagulación con gas argón Beam sin éxito. La paciente se sometió a tratamiento quirúrgico, que se hizo a través de una incisión de McBurney con apertura de ciego a 1 cm de la base apendicular con visualización de la lesión descrita en la endoscopia, seguida de apendicectomía. En la pieza quirúrgica se observaron la úlcera y el vaso en su fondo. La biopsia se informó como úlcera de base apendicular con signos de hemorragia reciente (fig. 2). El tejido circundante correspondía a apéndice normal sin evidencia de



Fig. 2. Corte histológico del apéndice vermiforme. Se observa la ulceración en la base y el vaso causante de la hemorragia (flecha).

metaplasia gástrica ni otras alteraciones. El cultivo de la biopsia fue negativo. La paciente abandonó la UCI a las 24 h; al cuarto día de ingreso se realizó una colonoscopia de control que fue normal y la paciente fue dada de alta. El valor inferior de hemoglobina constatado fue de 9,1 g/dl, con 29,1% de hematocrito a pesar de unos requerimientos transfusionales de 5 concentrados de hemáties.

## DISCUSIÓN

La hemorragia digestiva baja es una situación clínica frecuente, que suele ser autolimitada, si bien en aproximadamente el 10-15% de los casos se presenta como formas masivas que vienen definidas por: a) repercusión hemodinámica; b) descenso de la hemoglobina  $\geq 2$  g/dl, y c) requerimiento transfusional  $\geq 2$  concentrados de hemáties<sup>3</sup>, lo que constituye verdaderas urgencias. En el momento actual la colonoscopia urgente se considera el procedimiento diagnóstico de elección ya que es capaz de detectar el origen de la hemorragia hasta en el 50-70%<sup>3,4</sup> de los casos. La arteriografía bimesentérica, la gammagrafía con hemáties marcados con tecnecio 99 y el tránsito baritado

son las otras exploraciones llevadas a cabo en estos pacientes. No obstante, en un número no despreciable de casos el diagnóstico suele realizarse durante la cirugía<sup>5</sup>.

La ulceración benigna de ciego es una afección poco frecuente<sup>6</sup> y usualmente se presenta como masa en el cuadrante inferior derecho abdominal o como hemorragia digestiva baja. Estas lesiones suelen asociarse a fiebre tifoidea, citomegalovirus, tuberculosis o uso de antiinflamatorios no esteroideos como en nuestra paciente<sup>6,7</sup>, las lesiones habitualmente son múltiples, y no hay casos descritos de localización única apendicular. Resulta asimismo una lesión poco habitual en estudios radiológicos o endoscópicos de pacientes con anemia ferropénica crónica<sup>7</sup>. Es inusual encontrar casos de hemorragia digestiva baja grave con origen en el apéndice. Se han descrito casos de endometriosis apendicular, de lesiones vasculares apendiculares y de proceso inflamatorio apendicular<sup>1,8,9</sup>, y en niños, la espiroquetosis intestinal puede presentarse con dolor abdominal y hemorragia rectal<sup>10</sup>.

En el caso que se presenta merece destacarse la inusualidad de la lesión, lo excepcional de la localización y su gravedad, y el modo de diagnóstico mediante colonoscopia que permitió realizar una cirugía directa y poco agresiva con resolución completa, sin tener que recurrir a otros estudios complementarios como la arteriografía, la gammagrafía o a la realización de resección del hemicolon derecho.

## BIBLIOGRAFÍA

- Morales TG, Yalam J, Dinning JP, Mills M. Acute lower gastrointestinal bleeding from the appendix. *Gastrointest Endosc.* 1997;46:458-60.
- Norman DA, Morrison EB, Meyers WM Jr. Massive gastrointestinal hemorrhage from diverticulum of the appendix. *Dig Dis Sci.* 1980;25:145-7.
- García Sánchez MV, González Galilea A, López Vallejos P, Gálvez Calderón C, Naranjo Rodríguez A, De Dios Vega J, et al. Rendimiento de la colonoscopia precoz en la hemorragia digestiva baja aguda grave. *Gastroenterol Hepatol.* 2001;24:327-32.
- American Society for Gastrointestinal Endoscopy. The role of endoscopy in the patient with lower gastrointestinal bleeding. *Gastrointest Endosc.* 1998;48:685-8.
- Himal HS. Benign cecal ulcer. *Surg Endosc.* 1989;3:170-2.
- Shalman RW, Kuehner M, Williamas GH, Sajjad S, Sautter R. Benign cecal ulcer. *Spectrum os disease and selective management.* *Dis Colon Rectum.* 1985;28:732-7.
- Rockey DC, Cello JP. Evaluation of the gastrointestinal tract in patients with iron-deficiency anemia. *N Engl J Med.* 1993; 329:1691-5.
- Shome GP, Nagaraju M, Munis A, Wiese D. Appendiceal endometriosis presenting as massive lower intestinal hemorrhage. *Am J Gastroenterol.* 1995;90:1881-3.
- So JBY, Alexander DJ, Chong APY, Goh PMY. Laparoscopic appendectomy in the management of acute lower gastrointestinal bleeding. *Gastrointest Endosc.* 1995;42:488-9.
- White J, Roche D, Chany F, Mitchell EA. Intestinal spirochetosis in children. Reports of two cases. *Pediatr Pathol.* 1994;14: 191-9.