

# Hemorragia digestiva baja masiva como manifestación de una lesión de la arteria epigástrica

## Massive lower gastrointestinal haemorrhage as a sign of epigastric artery injury

La hemorragia a partir de los vasos epigástricos no es una rareza y suele manifestarse mediante un hematoma alojado en la vaina del músculo recto del abdomen. Presentamos un caso clínico en el que una yeyunostomía de alimentación provocó una hemorragia digestiva baja masiva por decúbito sobre la arteria epigástrica izquierda.

Varón de 59 años, con antecedentes de adenocarcinoma de la unión esofagogástrica, al que se le realizó, 2 años antes, una gastrectomía total ampliada con linfadenectomía y quimiorradioterapia adyuvante. A raíz de un cuadro de disfagia a sólidos y líquidos se le colocó sonda de yeyunostomía (12 F) 6 meses antes. Hace 1 mes presentó dos episodios de hemorragia digestiva sin poder precisar su origen.

Ingresa en el servicio de urgencias por hemorragia digestiva masiva en forma de rectorragias con dolor abdominal difuso y shock hipovolémico por lo que se realizó arteriografía centrada en ramas digestivas que no identificó el origen de la hemorragia. La endoscopia digestiva alta descartó recidiva anastomótica. Dada la persistencia de la hemorragia, se realizó tomografía computarizada abdominal (fig. 1) que mostró hemorragia activa a partir de la arteria epigástrica izquierda, con pequeño pseudoaneurisma en íntimo contacto con la sonda de yeyunostomía y paso de sangre en jet hacia la luz intestinal.

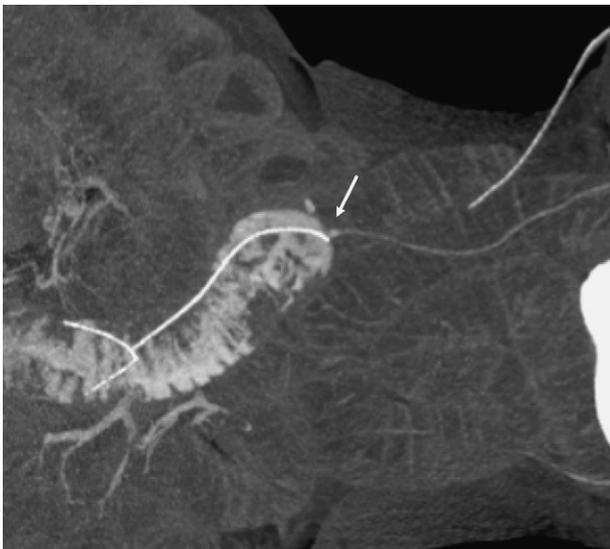
Se decidió intervención quirúrgica urgente y, a través de una incisión transversa a nivel del orificio de la sonda de

yeyunostomía, se confirmó el origen de la hemorragia y se consiguió la hemostasia con puntos en bloque. El cierre de la laparotomía se realizó con una bolsa de Bogotá por síndrome compartimental.

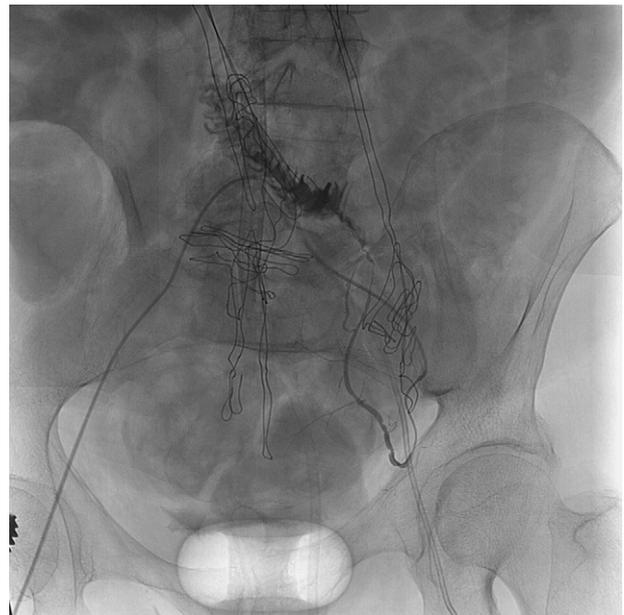
A las 24 h el paciente presentó recidiva de las rectorragias e hipotensión por lo que se realizó una nueva arteriografía que mostró hemorragia hacia el yeyuno a partir de la arteria epigástrica izquierda (fig. 2). Se cateterizó selectivamente la arteria epigástrica y se embolizó con *microcoils*; la arteria mamaria interna izquierda también se embolizó con *micropartículas*, con lo que cesó la hemorragia y se estabilizó la situación hemodinámica del paciente. Se practicó cierre definitivo de laparotomía el séptimo día del curso postoperatorio.

La hemorragia a partir de la arteria epigástrica de origen iatrogénico es una complicación frecuente y temida. Se han comunicado casos de hemorragia tras la realización de paracentesis, tras inyección subcutánea de sustancias como insulina o heparina, y tras cualquier procedimiento quirúrgico que atraviese la pared abdominal, habitualmente la cirugía laparoscópica<sup>1</sup>.

En este paciente, el traumatismo se produjo por la colocación de una sonda de alimentación tipo yeyunostomía, que fue erosionando gradualmente la pared del vaso hasta



**Figura 1** - Tomografía computarizada: reconstrucción del trayecto de la sonda de alimentación hasta llegar al yeyuno. Se aprecia el pequeño pseudoaneurisma en la zona de contacto de la arteria epigástrica con la sonda (flecha) y la hemorragia activa a nivel intestinal.



**Figura 2** - Imagen de angiografía: se observa cateterización supraselectiva de la arteria epigástrica izquierda, con extravasación masiva de contraste a la asa yeyunal.

producir un pseudoaneurisma y una hemorragia masiva en forma de hemorragia digestiva.

Hasta la fecha, hay muy pocos casos descritos sobre pseudoaneurisma de la arteria epigástrica inferior y todavía menos en los que la rotura de un vaso epigástrico se manifieste como una hemorragia digestiva baja<sup>2</sup>. Los casos publicados describen rotura de pseudoaneurisma de la arteria epigástrica inferior debido a complicaciones quirúrgicas<sup>3</sup>, paracentesis<sup>4</sup> y catéter de diálisis continua ambulatoria<sup>5</sup>.

Kumar et al<sup>6</sup> presentan un enfermo similar a nuestro caso, en el que la colocación de un catéter de cecostomía por síndrome de Ogilvie causó una erosión de la arteria epigástrica inferior derecha que se manifestó como una hemorragia digestiva baja masiva al noveno día, por lo que requirió intervención quirúrgica para su resolución.

Otro caso con cierta similitud es el de Karimian et al<sup>2</sup> (2006), que describen una paciente de 25 años a quien se le realizó proctocolectomía e ileostomía terminal por colitis ulcerosa, y que a los 15 días de la cirugía presentó hemorragia intermitente a través del estoma. La endoscopia reveló una úlcera a 8 cm del estoma y en la intervención quirúrgica se observó rotura parcial de la pared de la arteria epigástrica inferior derecha.

Otro tipo de causas de hemorragia a partir de la arteria epigástrica son las punciones por paracentesis, cuya complicación más frecuente es el hematoma de la pared abdominal<sup>7</sup>, y es muy raro el hemoperitoneo (<1/1.000 paracentesis)<sup>8</sup>.

También se han descrito casos de hemorragia diferidas de la arteria epigástrica tras fractura de pelvis, punciones diagnósticas y, sobre todo, por trocares de laparoscopia<sup>9</sup>.

En nuestro paciente, el diagnóstico definitivo se obtuvo por la tomografía computarizada, después de una arteriografía de la vascularización digestiva negativa y una endoscopia digestiva alta que tampoco visualizó el origen de la hemorragia. Una característica común que parecen compartir este tipo de enfermos es la hemorragia episódica autolimitada, signo que podría hacer pensar en una complicación pseudoaneurismática iatrogénica.

El abordaje quirúrgico debe ser selectivo de la arteria, con ligadura y sección del vaso por encima y debajo de la lesión, y evitar la colocación de puntos de sutura en masa. La alternativa es la embolización arterial transcatéter, que permite ser altamente selectivo en la realización de la hemostasia, reducir la morbilidad y evita el riesgo propio de la cirugía. La alta selectividad de la arteriografía impidió inicialmente el diagnóstico correcto en nuestro caso, dado que se centró en ramas viscerales y se pasó por alto la arteria

ilíaca, origen de la arteria epigástrica. Otras alternativas descritas son la compresión guiada por ultrasonografía y la inyección percutánea de trombina<sup>10</sup>.

#### BIBLIOGRAFÍA

1. Simón C, Ferri J, Molina B, Alarcón A, Tortosa A, Carrera J, et al. Hematoma de la vaina de los rectos: aportación de cuatro nuevos casos. *Cir Esp.* 2000;67:200-3.
2. Karimian F, Darbianian K, Paydar A. Pseudoaneurysm of inferior epigastric artery complicating ileostomy construction. *Singapore Med J.* 2006;47:910.
3. Segev Y, Orron D, Alon R, Graif M. Pseudoaneurysm of the inferior epigastric artery mimicking abdominal wall hematoma. *J Ultrasound Med.* 1994;13:483-4.
4. Todd AW. Inadvertent puncture of the inferior epigastric artery during needle biopsy with fatal outcome. *Clin Radiol.* 2001;56:989-90.
5. Messana JM, Block GA, Swartz RD. Injury to the inferior epigastric artery complicating percutaneous peritoneal dialysis catheter insertion. *Perit Dial Int.* 2001;21:313-5.
6. Kumar S, Gilliland R. Profuse per rectal bleeding due to erosion of the inferior epigastric artery following a catheter tube caecostomy. *Ulster Med J.* 2007;76:41-4.
7. Pérez de Luque DJ, Domínguez JL, Fraga Rivas E, De la Mata García M. Hematoma de los rectos tras paracentesis diagnóstica en paciente cirrótico. *Rev Esp Enferm Dig.* 2004; 96:668-70.
8. 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; 94:166-8.
9. Bhojryl S, Vierra MA, Nezhat CR, Krummel TM, Way LW. Trocar injuries in laparoscopic surgery. *J Am Coll Surg.* 2001;192:677-83.
10. Shabani AG, Baxter GM. Inferior epigastric artery pseudoaneurysm: ultrasound diagnosis and treatment with percutaneous thrombin. *Br J Radiol.* 2002;75:689-91.

Jordi Escoll-Rufino<sup>a</sup>, Óscar González-López<sup>a,\*</sup>,  
Sandra Castro-Boix<sup>a</sup>, Josep Salvador-Civil<sup>b</sup> y  
Manel Armengol-Carrasco<sup>a</sup>

<sup>a</sup>Servicio de Cirugía General, Hospital Vall d'Hebron, Universitat Autònoma de Barcelona, Barcelona, España

<sup>b</sup>Servicio de Radiología, Hospital Vall d'Hebron, Universitat Autònoma de Barcelona, Barcelona, España

\*Autor para correspondencia.

Correo electrónico: [osgonzal@vhebron.net](mailto:osgonzal@vhebron.net) (O. González-López)