

# Utilidad de la endoscopia en la hemorragia digestiva por vasculitis

E. Espinet, M. Muñoz-Navas, J.C. Súbtil, S. de la Riva, M. Betés, I. Fernández-Urién y C. Carretero

Unidad de Endoscopia. Servicio de Digestivo. Clínica Universitaria. Universidad de Navarra. Pamplona. Navarra. España.

## RESUMEN

Las vasculitis constituyen un grupo heterogéneo de enfermedades caracterizadas por la inflamación de los vasos sanguíneos. Aunque su predominio es cutáneo, también puede verse afectada la mucosa del tracto gastrointestinal. En estos casos la aportación de la endoscopia no está claramente determinada.

Presentamos 3 casos de vasculitis sistémica (poliarteritis nudosa, púrpura de Schönlein-Henoch y enfermedad de Behçet) que se iniciaron con hemorragia digestiva aguda. La endoscopia fue una técnica útil para completar el diagnóstico y establecer una actitud terapéutica y no quirúrgica, eficaz en estos casos potencialmente letales de hemorragia digestiva.

## UTILITY OF ENDOSCOPY IN DIGESTIVE HEMORRHAGE DUE TO VASCULITIS

Vasculitides constitute a heterogeneous group of diseases characterized by inflammation of blood vessels. The skin is mainly affected, although the gastrointestinal tract mucosa can also be involved. The contribution of endoscopy in these cases has not been clearly determined.

We report three cases of systemic vasculitis (polyarteritis nodosa, Schönlein-Henoch purpura and Behçet's disease) presenting with acute digestive bleeding. Endoscopy was an effective technique for completing the diagnosis and in establishing an effective nonsurgical therapeutic approach in these potentially lethal cases of gastrointestinal hemorrhage.

## INTRODUCCIÓN

El término «vasculitis» engloba un grupo heterogéneo de enfermedades que se caracterizan por la inflamación de los vasos sanguíneos, con posible asociación a necrosis

de la pared vascular y manifestaciones sistémicas muy variadas según los territorios vasculares afectados. En la mayoría de ellas la afectación más destacable es la cutánea, aunque pueden verse dañados otros territorios vasculares, entre los que figuran los correspondientes al tracto gastrointestinal, hecho que da lugar a lesiones de diversa gravedad y de apariencia polimorfa.

La afectación del aparato digestivo en las vasculitis sistémicas es un hecho clínicamente bien conocido, aunque su frecuencia es baja<sup>1</sup>. Presentamos a 3 pacientes afectados de vasculitis sistémicas por panarteritis nudosa (PAN), púrpura de Schönlein-Henoch (PSH) y enfermedad de Behçet (EB) en los que la endoscopia fue útil para identificar y evaluar lesiones sangrantes del tubo digestivo y tratar complicaciones potencialmente letales.

## OBSERVACIÓN CLÍNICA

### Caso 1

El primer caso es el de un paciente de 72 años afecto de cardiopatía isquémica, enfermedad pulmonar obstructiva crónica, hipertiroidismo severo y neoplasia prostática. Mientras recibía tratamiento radioterápico inició un cuadro de vasculitis necrosante tipo PAN con afectación cutánea, renal y digestiva. Esta última consistía en intenso dolor epigástrico asociado a náuseas y vómitos, con despeño diarreico acompañante y posteriormente melenas. La gastroscopia mostró múltiples lesiones planas en estómago, bulbo y segunda porción duodenal, de coloración rojoviolácea, ligeramente protruyentes hacia la luz y con su ápice erosionado, de entre 2 y 7 mm de diámetro en el estómago y hasta 10 mm en el duodeno (fig. 1). Se obtuvieron muestras para estudio histológico que pusieron de manifiesto lesiones vasculares con degeneración y necrosis fibrinoide y con desarrollo de lesiones isquémicas secundarias. Seis días después el paciente comenzó con deterioro hemodinámico, anemización progresiva y un nuevo episodio de melenas, por lo que se procedió a realizar una segunda gastroscopia. En esta ocasión, a las lesiones observadas anteriormente se añadieron lesiones esofágicas de nueva aparición, similares a las anteriormente descritas en el estómago y el duodeno, y se detectó además la presencia de sangrado arterial activo en una de las lesiones duodenales, que cedió tras esclerosis endoscópica con inyección de adrenalina y polidocanol (fig. 2). Aunque durante los primeros días el paciente se estabilizó hemodinámicamente, más tarde falleció por fallo multiorgánico, complicado con un proceso neumónico e insuficiencia renal terminal anúrica.

### Caso 2

El segundo caso corresponde a un paciente varón de 33 años de edad, sin antecedentes de interés, que acudió a nuestro centro para el estudio

Correspondencia: Dr. Eduardo Espinet Coll.  
Servicio de Digestivo. Unidad de Endoscopia.  
Clínica Universitaria. Universidad de Navarra.  
Pfo XII, 36. 31080 Pamplona. Navarra. España.  
Correo electrónico: eespinet@unav.es

Recibido el 26-1-2004; aceptado para su publicación el 16-3-2004.



Fig. 1. Panarteritis nudosa (PAN): lesión plana y rojiza en cuerpo gástrico.



Fig. 3. Lesiones ectásicas en cuerpo gástrico de paciente afecto de púrpura de Schönlein-Henoch (PSH).



Fig. 2. Lesión duodenal con sangrado activo en paciente con panarteritis nudosa (PAN). Se esclerosó eficazmente con adrenalina y polidocanol.



Fig. 4. Púrpura de Schönlein-Henoch (PSH): nicho ulceroso en cisura angularis. Se esclerosó con adrenalina y polidocanol para disminuir el riesgo de recidiva hemorrágica. En este caso, la pieza quirúrgica puso de manifiesto existencia de citomegalovirus.

de un cuadro de varias semanas de evolución que cursaba con astenia, fiebre, artralgias erráticas, náuseas y rectorragia, y que aportó una colonoscopia con diagnóstico compatible con enfermedad inflamatoria intestinal tipo colitis ulcerosa. Al cuadro se añadieron, de forma progresiva, afectación cutánea con petequias en muslos y nalgas, deterioro de la función renal (insuficiencia renal con proteinuria de rango nefrótico), hemoptisis y melenas. La biopsia renal confirmó la existencia de PSH.

Dada la persistencia de melenas con repercusión hemodinámica, se procedió a realizar una gastroscopia urgente que mostró abundantes lesiones ectásicas de aspecto purpúrico en el fundus, el cuerpo y el antro gástricos y en la segunda porción duodenal (fig. 3). Asimismo, en la cisura *angularis* se encontró un nicho ulceroso profundo, ovalado, de 14-15 mm de diámetro máximo y con un coágulo adherido en su centro (fig. 4); se procedió a esclerosarlo con adrenalina y polidocanol para

disminuir el riesgo de recidiva hemorrágica. Posteriormente el paciente presentó rectorragias, mayor anemia y plaquetopenia, por lo que se realizó colonoscopia que mostró abundantes restos hemáticos procedentes de tramos digestivos superiores, así como algunas lesiones purpúricas friables aisladas en la mucosa colónica que sangraban al roce. Dado el insuficiente control de la hemorragia digestiva pese a los múltiples tratamientos médicos ensayados, el paciente fue sometido a laparotomía exploradora con endoscopia intraoperatoria; se visualizaron las lesiones anteriormente descritas en el estómago y el duodeno, así como múltiples restos hemáticos en el intestino delgado, sin que en ese momento se encontrara sangrado activo. Se procedió a suturar quirúrgicamente la úlcera gástrica de cisura *angularis*. Tras varios días sin signos de hemorragia digestiva, el paciente presentó nuevamente una progresiva anemia, melena y expulsión de restos hemáticos por la sonda nasogástrica. Se decidió realizar una nueva intervención quirúrgica en la que se vio que la úlcera gástrica mostraba signos de perforación, motivo por el cual se practicó gastrectomía total con anastomosis esofagoyeyunal. El paciente falleció días después por fallo multiorgánico, en insuficiencia renal anúrica y con grave deterioro de la función respiratoria con hemoptisis incontrolable e infecciones sistémicas por distintos agentes oportunistas.

### Caso 3

El tercer caso es el de un varón de 55 años diagnosticado a los 41 de enfermedad de Behçet al cumplir 3 de los 6 criterios mayores: iridociclitis, aftas recidivantes en la mucosa oral, y úlceras en el escroto, el pene y el surco balanoprepucial. Consultó por presentar clínica de diarrea mucosanguinolenta, tenesmo y dolor abdominal cólico. La colonoscopia mostró la existencia de una ileocolitis que afectaba difusamente al recto (fig. 5) y a la porción inferior de colon descendente y el sigma, con úlceras aftoides sobre una mucosa muy eritematosa (fig. 6). El resto del colon presentaba una afectación parcheada en la que la mucosa normal se alternaba con tramos de pérdida de la haustración. El íleon distal mostraba una mucosa intensamente eritematosa con algunas úlceras aftoides. Aunque el aspecto endoscópico se prestaba al diagnóstico diferencial con la enfermedad de Crohn, la biopsia se informó como ileocolitis compatible con enfermedad de Behçet. El paciente presentó buena respuesta al tratamiento médico. En la actualidad sigue presentando de forma muy ocasional algún episodio subagudo de colitis.

## DISCUSIÓN

### Panarteritis nudosa

Se considera que la PAN es la vasculitis que con más frecuencia afecta al tracto gastrointestinal<sup>2</sup>, y aparecen síntomas abdominales hasta en aproximadamente el 50% de los casos, entre los que destaca el dolor abdominal, que puede presentarse como cuadro de abdomen agudo (expresión de isquemia mesentérica o dilataciones aneurismáticas arteriográficas)<sup>3</sup>, vómitos, estreñimiento, hemorragia e incluso alteración de las pruebas hepáticas con cuadros de colecistitis o pancreatitis secundarias.

Los estudios radiológicos pueden mostrar íleo o enlentecimiento del tránsito, signos de ulceración, imágenes sugestivas de inflamación mucosa, engrosamientos de la pared intestinal y perforación<sup>3</sup>. La afectación colónica en esta patología está bien documentada, aunque los hallazgos endoscópicos del tracto digestivo superior son menos conocidos<sup>4</sup>, y la gastroscopia sólo suele realizarse en aquellos casos en los que, como complicación, se sospecha la hemorragia digestiva alta<sup>5</sup>. En nuestro caso, ambas gastroscopias se realizaron por esta causa, y se detectaron múltiples lesiones planas de coloración rojo-violácea en el estómago y otras de mayor tamaño, sobreelevadas y erosionadas en el duodeno, a las que, al evolucionar el cuadro, se añadieron lesiones similares en el esófago. En la segunda gastroscopia, una de las lesiones del duodeno



Fig. 5. Afectación rectal en la enfermedad de Behçet.



Fig. 6. Enfermedad de Behçet: edema, eritema y frialdad de la mucosa de colon izquierdo, con presencia de úlceras. El diagnóstico diferencial se barajaba con la colitis ulcerosa.

sangraba de forma activa, por lo que se realizó con éxito un tratamiento hemostático mediante esclerosis con adrenalina y polidocanol.

El diagnóstico definitivo de esta entidad es histológico, aunque el aspecto microscópico de estas lesiones es fre-

cuentemente inespecífico y la histología negativa no la descarta, dado el carácter segmentario de la misma. En nuestro caso, la biopsia mostró lesión vascular con degeneración y necrosis fibrinoide, con desarrollo de lesiones isquémicas secundarias. La necrosis fibrinoide de la pared vascular es un dato de especial interés diagnóstico<sup>6</sup>.

### Púrpura de Schönlein-Henoch

La PSH también puede cursar con manifestaciones abdominales, hecho que se considera un criterio diagnóstico<sup>7,8</sup>. El síntoma principal suele ser el dolor abdominal cólico debido a la obstrucción subaguda intestinal por edema submucoso, que puede acompañarse de náuseas, vómitos, diarrea y hemorragia a modo de sangrado oculto, hematemesis y/o melenas<sup>6,8</sup>. Esta última complicación aparece hasta en el 40-60% de los pacientes, y se relaciona de forma directa con el descenso del factor XIII de la coagulación<sup>8,9</sup>. La perforación, la invaginación, la intususcepción y el infarto son complicaciones graves y, al igual que en la PAN, la clínica abdominal puede presentar las características de un abdomen agudo<sup>7</sup>.

La localización digestiva más frecuente es en el duodeno y el yeyuno<sup>10,11</sup>, y desde el punto de vista endoscópico las lesiones son igualmente inespecíficas, lo que obliga a establecer un diagnóstico diferencial con la poliangeitis microscópica, la enteritis eosinofílica, el lupus eritematoso sistémico, la enfermedad de Crohn o la infestación parasitaria<sup>12</sup>. En la endoscopia de la PSH pueden visualizarse erosiones o ulceraciones gástricas o duodenales, con lesiones purpúricas y áreas submucosas hemorrágicas. También pueden aparecer placas numulares intensamente eritematosas y sobrelevadas en la segunda porción duodenal y duodenitis erosiva hemorrágica en la segunda y tercera porciones duodenales<sup>7,10,11,13,14</sup>. En el colon se ha descrito un punteado eritematoso más o menos discreto y delimitado, petequias dispuestas a modo de estrías longitudinales e incluso, en niños, úlceras aftoides<sup>3,11</sup>.

La anatomía patológica muestra los mismos cambios de vasculitis leucocitoclástica que se observan en la piel<sup>7,14</sup>. En nuestro paciente se apreciaron múltiples lesiones vasculares de aspecto purpúrico distribuidas por todo el estómago y la segunda porción duodenal. Existía también una úlcera profunda en el territorio de la cisura *angularis* con un coágulo adherido en su centro que de modo profiláctico se esclerosó con adrenalina y polidocanol, por el alto riesgo de recidiva hemorrágica que existía. En el colon se hallaron lesiones purpúricas friables de fácil sangrado al roce.

La endoscopia intraoperatoria no aportó en este caso otros datos complementarios, si bien su utilidad se hace patente en la bibliografía, sobre todo en los casos de evolución desfavorable, para localizar lesiones potencialmente hemorrágicas a las que no puede accederse con la endoscopia convencional<sup>15</sup>. En ninguna de las endoscopias se realizó biopsia debido al potencial riesgo de complicación hemorrágica, pero la pieza quirúrgica de gastrectomía mostró una úlcera perforada en estómago, y

su estudio histológico mostró células de gran tamaño con inclusiones nucleares rodeadas de un halo claro en relación con citomegalovirus, sin que en la bibliografía se reconozca que esta infección está directamente relacionada con la PSH. En el resto del estómago y en los fragmentos intestinales resecaos se encontraron lesiones variadas que iban desde el edema difuso hasta úlceras hemorrágicas por isquemia con pequeños vasos trombados a nivel submucoso, todo ello en relación con la PSH.

### Enfermedad de Behçet

En la EB la afectación digestiva más característica consiste en una ileocolitis con úlceras de profundidad variable, que aparece en el 15% de los pacientes<sup>3</sup>, y se han descrito también casos de diarrea, vómitos, perforación intestinal, hemorragia masiva, malabsorción y megacolon tóxico<sup>3,6,16</sup>. Hasta el 86% de los pacientes refieren dolor abdominal atribuible a la enfermedad en algún momento de la evolución. Más raramente se han documentado formación de fístulas perianales o enterovaginales<sup>3,6</sup>.

Kasahara et al<sup>17</sup> describieron 2 patrones de afectación entérica consistentes en la forma localizada ileocecal (76%) y la forma difusa (20%) que puede afectar a la totalidad del colon<sup>6,18</sup>. El tracto digestivo superior, incluido el esófago, así como el resto del intestino pueden verse afectados<sup>3,6,19</sup>, y en la bibliografía se ha descrito algún caso de obstrucción gástrica por ulceración pilórica y edema secundario<sup>7</sup>. El examen endoscópico debe ser cuidadoso por el potencial riesgo de perforación espontánea<sup>3</sup>, y frecuentemente revela imágenes que comprenden desde edema o eritema mucoso, formaciones pseudopolipoideas inflamatorias o fisuras, hasta verdaderas úlceras de profundidad variable, de aspecto crateriforme (las más frecuentes y, a su vez, de peor pronóstico), geográficas o aftosas, con frecuente afectación parcheada de la mucosa<sup>3,6,20</sup>.

Según la localización y el patrón de la lesión, se puede prestar al diagnóstico diferencial con la enfermedad de Crohn o con la colitis ulcerosa<sup>3,6</sup>. La anatomía patológica del intestino puede mostrar lesiones más o menos sugestivas de la enfermedad, como son infiltrados mononucleares perivasculares e incluso venulitis con trombosis<sup>6</sup> u otras lesiones totalmente inespecíficas, como denudación epitelial y, más raramente, abscesos crípticos<sup>3</sup>, y en cualquier caso el diagnóstico se debe establecer atendiendo a los criterios anteriormente comentados.

En nuestro paciente se observó colitis izquierda difusa, con una mucosa muy eritematosa, pérdida del patrón vascular y múltiples pequeñas úlceras aftoides. El resto del colon presentaba disminución de la haustración, con una afectación semejante a la rectal pero de distribución parcheada. El íleon distal se encontraba difusamente afectado, con la mucosa intensamente eritematosa con úlceras aftoides. La anatomía patológica mostró múltiples ulceraciones mucosas con capilares neoformados e infiltración difusa de leucocitos polimorfonucleares, eosinófilos y linfocitos, todo ello compatible con EB.

### Lesiones vasculíticas

Es interesante saber que la afectación del tracto gastrointestinal por vasculitis se encuentra en la lista de causas de hemorragia digestiva de origen desconocido, y en algunos casos es el primer síntoma que refiere el paciente<sup>4</sup>, lo cual puede conferir a la endoscopia el valor de método diagnóstico y pronóstico inicial<sup>5,15,20</sup>. La biopsia de las lesiones, aunque no siempre está indicada, puede llegar a aquilatar el diagnóstico<sup>3</sup>. En los enfermos con hemorragia digestiva en los que no se hayan encontrado hallazgos significativos en la gastroscopia o en la colonoscopia convencional, puede resultar útil completar el estudio mediante la realización de una enteroscopia, dada la elevada frecuencia de lesiones sangrantes que se localizan en el intestino delgado proximal o, según técnicas más recientes, un examen mediante la cápsula endoscópica<sup>21</sup>, reservando la actuación quirúrgica (con posible valoración endoscópica intraoperatoria) para aquellos casos de mayor dificultad diagnóstica o en los que la terapéutica endoscópica resulte insuficiente<sup>15</sup>.

La imagen endoscópica de las lesiones no es específica, y en otras patologías existen lesiones de aspecto semejante. Por lo tanto, debe plantearse el diagnóstico diferencial con otras entidades tales como la enfermedad de Crohn, la colitis ulcerosa, la colitis infecciosa (principalmente la infestación parasitaria), la enteritis eosinofílica y otras enteritis ulcerativas<sup>3,12</sup>. Tampoco se han aportado datos definitivos para diferenciar el tipo concreto de vasculitis ni datos objetivos concluyentes para establecer el valor pronóstico de certeza<sup>20</sup>.

En este sentido, la endoscopia puede desempeñar un importante papel para el tratamiento de lesiones sangrantes mediante diversas técnicas hemostáticas, tanto por tratarse de un método poco agresivo como por su significativa eficacia cuando se realiza por un médico endoscopista experto<sup>15</sup>.

### BIBLIOGRAFÍA

- Alarcón-Segovia D, Gil Aguado A, Xutglá MC, et al. Vasculitis. En: Farreras P, Rozman C, editores. Medicina Interna. 14.<sup>a</sup> ed. Madrid: Harcourt, 2000; p. 1278-95.
- Myers AR, De Marco D. Vasculitis. En: Bouchier IA, Allan RN, Hodgson HJ, Keighley MR, editors. Gastroenterology clinical science and practice. London: WB Saunders Co., 1993; p. 1240-44.
- Noyer CM, Brandt LJ. Systemic, iatrogenic, and unusual disorders of the colon. En: DiMarino B, editor. Gastrointestinal disease and endoscopic approach. Malden, Massachusetts: Blackwell Science, 1997; p. 684-706.
- Pérez RA, Silver D, Banerjee B. Polyarteritis nodosa presenting as massive upper gastrointestinal hemorrhage. Surg Endosc 2000; 14:87.
- Martín de Argila C, Sanroman AL, Moreira VF, García González M, Álvarez Baleriola I. Upper digestive hemorrhage as clinical presentation of leukocytoclastic vasculitis: an unusual endoscopic diagnosis. Endoscopy 1993;25:542-3.
- Vázquez FJ. Vasculitis y colagenosis. En: Vázquez FJ, editor. La piel y el aparato digestivo. Barcelona: Editorial MRA, S.L., y Laboratorios Menarini, S.A., 1996; p. 109-25.
- Van de Mierop F, Al-Kawas FH. Gastric manifestations of systemic disease. En: DiMarino B, editor. Gastrointestinal disease and endoscopic approach. Malden, Massachusetts: Blackwell Science, 1997; p. 315-27.
- Vázquez FJ, Vicente J, Muñoz Navas M. Hemorragia gastrointestinal. En: Vázquez FJ, editor. La piel y el aparato digestivo. Barcelona: Editorial MRA, S.L., y Laboratorios Menarini, S.A., 1996; p. 23-37.
- Vázquez-Doval J, Redondo P, Páramo JA. Vasculitis leucocitoclástica y déficit de factor XIII. Med Clin (Barc) 1995;105:36.
- Kato S, Shibuya H, Naganuma H, Nakagawa H. Gastrointestinal endoscopy in Henoch-Schonlein purpura. Eur J Pediatr 1992; 151:482-4.
- Esaki M, Matsumoto T, Nakamura S, Kawasaki M, Iwai K, Hirakawa K, et al. GI involvement in Henoch-Schönlein purpura. Gastrointest Endosc 2002;56:920-3.
- Heatley RV, Wyatt JI. Gastritis and duodenitis. En: Haubrich WS, Schaffner F, Berk JE, editors. Bockus gastroenterology. 5th ed. Philadelphia: WB Saunders, 1995; p. 635-55.
- Kato S, Ebina K, Naganuma H, Sato S, Maisawa S, Nakagawa H. Intestinal IgA deposition in Henoch-Schonlein purpura with severe gastro-intestinal manifestations. Eur J Pediatr 1996; 155:91-5.
- Novak J, Marki-Zay J, Csiki Z, Sebesi J, Takats A, Sipka S. Schoenlein-Henoch purpura in adulthood (gastrointestinal manifestation and endoscopy). Z Gastroenterol 2001;39:775-82.
- Moncure AC, Tompkins RG, Athanasoulis CA, Welch CE. Occult gastrointestinal bleeding: newer techniques and diagnosis and therapy. Adv Surg 1989;22:141-77.
- Ninkovik M. Behcet syndrome. En: Bouchier IA, Allan RN, Hodgson HJ, Keighley MR, editors. Gastroenterology clinical science and practice. 2nd ed. London: WB Saunders Co., 1993; p. 1247-54.
- Kasahara Y, Tanaka S, Nishino M. Intestinal involvement in Behcet's disease: review of 138 surgical cases in the Japanese literature. Dis Colon Rectum 1981;24:103-6.
- Lee CR, Kim WH, Cho YS, Kim JH, Park IS, Bang D. Colonoscopic findings in intestinal Behcet's disease. Inflamm Bowel Dis 2001;7:243-9.
- Martínez Salmerón JF, Gutiérrez Rave V, Uariachi M, Ogea García JL, Franco J, Castillo P. Afectación esofágica en la enfermedad de Behcet. Rev Esp Enf Diges 1992;82:187-8.
- Kim JS, Lim SH, Choi IJ, Moon H, Jung HC, Song IS, et al. Prediction of the clinical course of Behcet's colitis according to macroscopic classification by colonoscopy. Endoscopy 2000; 32:635-40.
- Hahne M, Riemann J. Vascular abnormalities. Atlas of Capsule Endoscopy. Haifa (Israel): Given Imaging, 2002; p. 73-80.