

Sangrado espontáneo del pedículo de un pólipo tratado mediante polipectomía

Spontaneous bleeding from the pedicle of a polyp treated by polypectomy

María del Carmen García Gavilán¹, Marina Puya Gamarro¹, Estela Soria López¹

¹ Servicio Aparato Digestivo, Hospital Costa del Sol. Marbella, España.

Recibido: 22/06/2020 - Aprobado: 12/11/2020

ORCID: María Carmen García Gavilán: <https://orcid.org/0000-0001-7370-8737>, Marina Puya Gamarro: <https://orcid.org/0000-0002-3635-0075>,

Estela Soria López: <https://orcid.org/0000-0001-9211-1151>

Señor Editor:

La hemorragia digestiva baja (HDB) constituye el 20% de las hemorragias digestivas, siendo sus causas más frecuentes el sangrado diverticular, colitis isquémica/infecciosa, sangrado post-polipectomía, angiodisplasias o tumores. La mayor parte de las HDB ceden de forma espontánea, aunque en aquellos pacientes con factores de riesgo o persistencia del sangrado, debe plantearse, tras la resucitación hemodinámica, una preparación colónica rápida y la realización de una colonoscopia urgente en las primeras 24 horas de iniciarse el sangrado ⁽¹⁾.

Presentamos el caso de un varón de 83 años con síndrome metabólico y enfermedad renal crónica, antiagregado con Ácido acetil salicílico 100 mg/24h. Sin antecedentes digestivos conocidos. Acudió a urgencias por hematoquecia sin otra sintomatología asociada. A su llegada presentaba una tensión arterial de 90/60 mmHg, frecuencia cardiaca 100 lpm, Hb 7,6 mg/dL y hematocrito 24,8%. Tras la estabilización del paciente y la transfusión de 2 concentrados de hematíes, se realizó inicialmente una gastroscopia, que descartó una hemorragia digestiva alta con un tránsito rápido. Por la persistencia y cuantía del sangrado, se decidió realizar una preparación colónica rápida y colonoscopia precoz (<24 primeras horas), donde se objetivaron múltiples pólipos pediculados de diferentes tamaños a lo largo de todo el colon, observándose a 60 cm de margen anal, un pólipo pediculado (0-Ip de la clasificación de Paris) de 8 mm, de aspecto adenomatoso, que presentaba un sangrado espontáneo activo de tipo babeante, procedente de la base del pedículo (Figura 1).

Ante estos hallazgos, se decidió realizar como tratamiento del sangrado, una polipectomía

convencional. Se procedió a elevar el pólipo con adrenalina diluida (1:100.000) y se reseco con asa de diatermia, cesando por completo el sangrado. Por prevención de resangrado, se colocaron 2 endoclips clampando el remanente del pedículo (Figura 2). El estudio anatomopatológico demostró características de pólipo adenomatoso. Posteriormente, el paciente se mantuvo asintomático, sin presentar nuevas extereorizaciones hemáticas. Previo al alta se reintrodujo la antiagregación sin incidencias.

El sangrado espontáneo de un pólipo colónico con frecuencia se presenta como pérdidas hemáticas leves que acaban dando lugar a una anemia o se detectan con un test de sangre oculta en heces positivo. Es poco frecuente la HDB con necesidad de colonoscopia precoz por el sangrado espontáneo de un pólipo y solo se ha descrito en la literatura en algunos casos ^(2,3). En los niños la HDB por pólipos, sí constituye una de las principales causas de HDB, siendo con frecuencia pólipos pediculados, localizados en colon izquierdo-recto ⁽⁴⁾. Cuando el sangrado se presenta como pérdidas hemáticas crónicas, son factores de riesgo el mayor tamaño del pólipo, su localización en recto-sigma, la superficie erosionada y el aspecto rojizo ⁽⁵⁾. En el caso del sangrado agudo, no hay estudios al respecto, pero en superposición con el sangrado tras una polipectomía, podrían constituir como factores de riesgo el tamaño del pólipo >10-20 mm, su localización en colon derecho, un pedículo ancho, la edad, antecedente de enfermedad cardiovascular y la anticoagulación/antiagregación ^(1,6). En nuestro caso además hay que destacar la realización de una polipectomía como técnica hemostática, descrita únicamente en algunos casos similares descritos previamente en la literatura ⁽²⁻³⁾.



Figura 1. Sangrado babeante espontáneo de la base del pedículo de un pólipo.

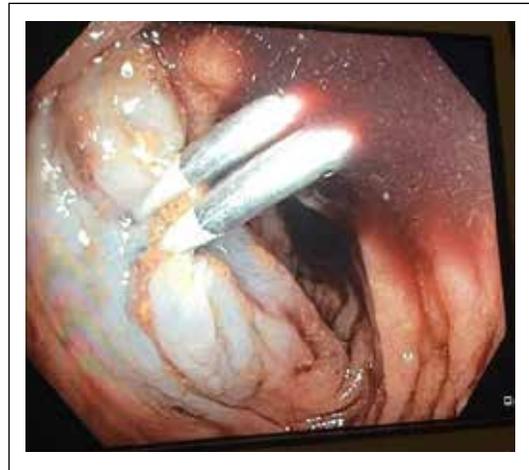


Figura 2. Se resecó el pólipo y se colocaron dos endoclips para prevención de nuevos sangrados.

Conflicto de intereses: Ninguno de los autores del manuscrito tiene ningún conflicto de interés potencial (económico, bioético, profesional o personal) con el contenido de este artículo.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Strate L and Gralnek IM. Management of Patients with Acute Lower Gastrointestinal Bleeding. *Am J Gastroenterol.* 2016;111(4):459-74.
2. Shibukawa N, Kuzushita N, Nishiyam O, Inoue A. Endoscopic haemostasis by polypectomy: a case of sigmoid colon tubular adenoma with arterial haemorrhage. *BMJ Case Rep.* 2014;2014:bcr2013202708.
3. González Carrera V, Fernández Villaverde A, Carmona Campos A, Vázquez López S. Acute lower gastrointestinal bleeding from a polyp. *Ann Gastroenterol.* 2014;27(3):263.
4. Silbermintz A, Matar M, Assa A, Zevit N, Mozer Glassberg Y, Shamir R. Endoscopic Findings in Children with Isolated Lower Gastrointestinal Bleeding. *Clin Endosc.* 2019;52(3):258-61.
5. Uno Y, Munakata A. Endoscopic and Histologic Correlates of Colorectal Polyp Bleeding. *Gastrointest Endosc.* 1995;41(5):460-7.
6. Feagins LA. Colonoscopy, Polypectomy, and the Risk of Bleeding. *Med Clin N Am.* 2019;103(1):125-35.

Correspondencia:

María del Carmen García Gavilán
 Servicio Aparato Digestivo. Hospital Costa del Sol.
 A-7, Km 187, 29603 Marbella (Málaga). España.
 E-mail: marigarciagavilan@hotmail.es