

REPORTE DE CASO

Hemorragia digestiva como debut de enfermedad celiaca complicada

Gastrointestinal bleeding as debut of complicated celiac disease

Ronald Albán¹ , Florencia Calcagno² , Alberto Fabiusus² , Wilson Albán³ , Alvaro Piazze¹ 

¹ Centro Endoscópico Pasteur. Montevideo, Uruguay.

² Servicio de Medicina Interna. Hospital Pasteur. Montevideo, Uruguay.

³ Centro de Gastroenterología. Iggedta, Ecuador.

Recibido: 26/11/2023

Aprobado: 02/05/2024

En línea: 26/06/2024

Contribuciones de autoría

RA: Conceptualización, análisis de investigación, recolección de datos, redacción, edición. FC: Revisión, soporte y edición de información. AF: Revisión, soporte y edición de información. WA: revisión, soporte y edición de información. AP: Revisión, soporte y edición de información.

Conflictos de intereses

Los autores declaran que no tienen intereses financieros en competencia o relaciones personales conocidas que podrían haber influido en la investigación.

Fuente de financiamiento

Esta investigación no recibió ninguna remuneración específica de agencias de financiación en los sectores público, comercial o sin fines de lucro.

Citar como

Albán R, Calcagno F, Fabiusus A, Albán W, Piazze A. Hemorragia digestiva como debut de enfermedad celiaca complicada. Rev Gastroenterol Peru. 2024;44(2):159-61. doi:10.47892/rgp.2024.442.1644

RESUMEN

La enfermedad celiaca (EC) es un síndrome malabsortivo autoinmune que se presenta con intolerancia al gluten (gliadina). Los síntomas más frecuentes son diarrea, esteatorrea, pérdida de peso, debilidad, deficiencia de vitaminas y minerales. La probabilidad de desarrollar una EC complicada es relativamente baja, entre las principales manifestaciones de la misma tenemos esprue refractario, el linfoma de células T y la yeyunoileitis ulcerativa (YU) de los cuales pocos casos debutan con hemorragia digestiva. A continuación, presentamos el caso de un paciente de 51 años de edad que debutó con hemorragia digestiva debido a EC complicada, en donde se realizó video endoscopia digestiva alta (VEDA), videocolonoscopia (VCC), cápsula endoscópica (CE), enteroscopia y biopsia de yeyuno e íleon confirmando el diagnóstico de EC y yeyunoileitis ulcerativa.

Palabras clave: Enfermedad celiaca; Endoscopios en cápsulas; Hemorragia gastrointestinal (fuente: DeCS Bireme).

ABSTRACT

Celiac disease (CD) is an autoimmune malabsorption syndrome that presents with intolerance to gluten (gliadin), a protein found in wheat. The most common symptoms are diarrhea, steatorrhea, weight loss, weakness, vitamin and mineral deficiency. The probability of developing complicated CD is relatively low, among its main manifestations we have refractory sprue, T-cell lymphoma and ulcerative jejunitis (UY) of which a few cases develop gastrointestinal bleeding. Furthermore, we present the case of a 51-year-old patient who developed intestinal hemorrhage due to complicated CD, where upper digestive video endoscopy (VEDA), video colonoscopy (VCC), capsule endoscopy (CE) and biopsy of the jejunum and ileum were performed confirming the diagnosis of CD along with ulcerative jejunoileitis.

Keywords: Celiac disease; Capsule endoscopes; Gastrointestinal hemorrhage (source: MeSH NLM).

INTRODUCCIÓN

La yeyunoileitis ulcerativa (YU) es una entidad infrecuente, consecuencia de la enfermedad celiaca complicada, caracterizada por presentar múltiples úlceras que afectan al yeyuno y al íleon ⁽¹⁾. La frecuencia de EC se ha incrementado en los últimos 10 años. La prevalencia actual de EC es aproximadamente 1% en la población general, con predominio femenino, puede iniciar a cualquier edad, y las manifestaciones clínicas son variables ^(2,3). La EC puede cursar sintomática clásica o no clásica (gastrointestinal o extraintestinal), subclínica y refractaria ⁽⁴⁾. Las tres principales complicaciones de la EC son el esprue refractario, la yeyunoileitis ulcerativa y el linfoma-T intestinal. Presentamos un paciente que debuta con hemorragia digestiva como manifestación de YU, debut de EC complicada.

CASO CLÍNICO

Masculino de 51 años con historial de consumo crónico de alcohol (un litro de vino diario durante 15 años), quien presentó un cuadro clínico caracterizado por síncope y enterorragia profusa, en ausencia de diarrea y/o hematemesis. Fue trasladado a Urgencias en estado de shock hipovolémico. Se realizó transfusión

Correspondence:

Ronald Albán Loayza
Dirección: Av. Edgar córdoba y Marcel Laniado. Machala, Ecuador
Teléfono: 0984843620
E-mail: ronaldalban2004@hotmail.com

sanguínea inmediata más reposición de líquidos logrando estabilización hemodinámica. Al ampliar la anamnesis el paciente refiere que cursa con varios meses de pérdida de peso inexplicable y edemas de miembros inferiores. Al examen físico se encontraba piel y mucosas pálidas, no ictericia. Peso 43 kg, marcadamente adelgazado. Abdomen blando depresible no doloroso sin signos de hipertensión portal.

El laboratorio demostró hipoalbuminemia severa (1,5 gr/dL), protrombina 10%, INR 5,57, fibrinógeno 103 mg/dL, potasio 2,4 mEq/L, calcio 1,11 mg/dL, magnesio 1,60 mg/dL, glóbulos rojos 6,5 millones/mm³, hemoglobina 8,0 gr/dL, Volumen corpuscular medio 80 fl, Hemoglobina corpuscular media 29 pg, plaquetas 80 000 por μ L. Los anticuerpos anti transglutaminasa IgA en 59,5 U/mL fueron positivos, al igual que los anticuerpos anti-endomisio IgA. La ecografía abdominal describió un hígado esteatósico de dimensiones conservadas. La videoendoscopia digestiva alta (VEDA) mostró gastritis erosiva antral y signos de atrofia de las vellosidades de segunda porción duodenal, La videocolonoscopia (VCC) con ileoscopia no evidenció alteraciones. La arteriografía mesentérica fue negativa.

A las 48 horas de inicio del cuadro se realizó un estudio de cápsula endoscópica (CE) Mirocam® MC1200 (Intromedic), identificando atrofia vellositaria, signo del peine acompañados de múltiples lesiones ulceradas con fibrina y otras con restos hemáticos adheridos de 2 a 3 mm que se extienden en la circunferencia del yeyuno hasta íleon, sin evidencia de estenosis (Figuras 1 y 2). Con este resultado se programó una enteroscopia asistida por balón único (Olympus) que identificó la mucosa yeyunal con atrofia vellositaria, ausencia de pliegues con patrón mosaico y fisuras en pliegues "signo del peine", úlceras planas con fibrina, además patrón vascular submucoso (Figuras 3 y 4). La anatomía patológica describió secciones de mucosa yeyuno ileal con acortamiento y aplastamiento de vellosidades en sector ulcerado, epitelio de revestimiento sin atipias, corión edematoso con vasos congestivos con infiltrado inflamatorio mixto con polimorfonucleares (PMN) y eosinófilos, linfocitos intraepiteliales normales, característicos del Marsh IIIb. (Figura 7). Con estos resultados se confirma EC complicada por yeyunoileitis ulcerativa. Se inicia dieta base libre de gluten (DLG),



Figura 1. Cápsula endoscópica. Mucosa con patrón signos de peine.

suplementación nutricional con proteína a base de soya, corrección hidroelectrolítica más vitamina K. Se agregó corticoides evidenciando mejoría y normalización de albumina y valores plaquetarios en las semanas posteriores. El paciente presentó mejoría progresiva, aumento ponderal progresivo, sin nuevos episodios de enterorragia.

Consideraciones éticas:

Para la presentación del presente caso se contó el respectivo consentimiento informado del paciente.

DISCUSIÓN

La YU como consecuencia de una EC complicada puede causar hemorragia del intestino delgado. Existen pocos reportes de casos publicados con esta complicación, por lo cual la importancia de nuestro caso radica en la infrecuencia y la gravedad del cuadro clínico.

Las complicaciones de la EC han sido vinculadas a un diagnóstico tardío luego de los 50 años o por no seguir una DLG estricta⁽⁵⁾. La EC complicada ocurre en el 1% de los pacientes diagnosticados⁽⁶⁾, presentándose como esprue refractario, yeyunoileitis ulcerativa o linfoma intestinal. La sospecha diagnóstica debe confirmarse mediante los estudios endoscópicos con toma de biopsia y de imágenes (enterotomografía o enterorresonancia).

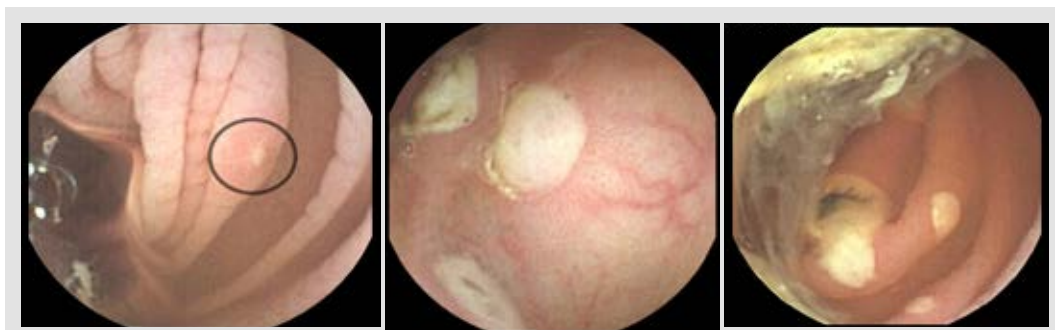


Figura 2. Múltiples úlceras con fondo de fibrina en yeyuno ileon.



Figura 3. Enteroscopia balón simple (Olympus). Mucosa con atrofia vellositaria, ausencia de pliegues, signos del peine, úlceras planas con fibrina.

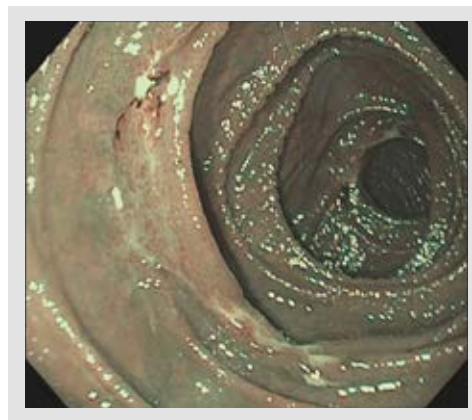


Figura 4. NBI: atrofia vellositaria con resalto de lesiones ulceradas. Patrón vascular resaltado, mejor definición contorno.

La CE juega un rol muy importante para diagnóstico de YU como lo reporta Grewal ⁽⁷⁾. Han *et al.* reportaron tres casos de YU diagnosticados con CE los cuales presentaron inflamación difusa del yeyuno con edema, eritema y granularidad, con áreas que muestran festoneado y ulceración de la mucosa ⁽⁸⁾. La CE es una prueba mínimamente invasiva, tiene buena tolerancia por el paciente, es relativamente segura y proporciona un aumento de ocho veces de alta resolución de la mucosa ⁽⁹⁾. Es frecuentemente usada para poder identificar lesiones localizadas más allá del ángulo de Treitz ⁽¹⁰⁾ que no pueden ser observadas por medio de una VEDA standard por lo que este procedimiento fue considerado como pieza clave para encontrar el sangrado activo en nuestro caso clínico.

Luego de la reposición de volumen y corrección de minerales, nos enfocamos en el tratamiento de su enfermedad de base. La DLG es fundamental, sin embargo, es difícil lograr un cumplimiento estricto en especial en un paciente recién diagnosticado. En países en vías de desarrollo como el nuestro, cumplir la DLG es aún más complicado debido a que los alimentos sin gluten suelen ser difíciles de encontrar y son mucho más costosos. Los pacientes con EC pueden presentar las siguientes deficiencias nutricionales: hierro, ácido fólico, vitaminas liposolubles e hidrosolubles (B12, B, D y K), calcio, zinc, magnesio y cobre. En nuestro caso, se inició la suplementación nutricional inicial, pero con el tiempo y con una correcta DLG, la mayoría de las pacientes logra la reparación de la mucosa ⁽¹¹⁾. Se inicia tratamiento con corticoides debido a que pueden ser efectivos para la inducción de la recuperación en pacientes con EC complicada. Si bien es cierto que los corticoides se asocian a buena respuesta clínica, menos del 40% han presentado mejoría histológica.

En conclusión, la YU es una complicación de la EC que afecta a una pequeña parte de la población, sin embargo, la tasa de mortalidad y complicaciones neoplásicas es significativamente más alta que la población general o pacientes con EC no complicada. Es importante monitorizar

de cerca aquellos pacientes que manifiesten síntomas de alarma con estudios de imagen como los mencionados anteriormente, sobre todo durante los primeros años después del diagnóstico y especialmente en pacientes adultos mayores como método preventivo.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Freeman M, Cho SR. Nongranulomatous ulcerative jejunoileitis. *Am J Gastroenterol.* 1984 Jun;79(6):446-9.
- Green PH, Cellier C. Celiac disease. *N Engl J Med.* 2007;357(17):1731-43. doi: 10.1056/NEJMra071600.
- Van Heel DA, West J. Recent advances in coeliac disease. *Gut.* 2006;55(7):1037-46. doi: 10.1136/gut.2005.075119.
- Caio G, Volta U, Sapone A, Leffler DA, De Giorgio R, Catassi C, *et al.* Celiac disease: A comprehensive current review. *BMC Med.* 2019;17(1):142. doi: 10.1186/s12916-019-1380-z.
- Lau WY, Fan ST, Wong SH, Poon GP, Chu KW, Yip WC. Preoperative and intraoperative localisation of gastrointestinal bleeding of obscure origin. *Gut.* 1987;28(7):869-77. doi: 10.1136/gut.28.7.869.
- Fine KD. The prevalence of occult gastrointestinal bleeding in coeliac sprue. *Eur J Gastroenterol Hepatol.* 1996;8(6):613.
- Grewal J, Condon A, Marya NB, Kim S. Ulcerative jejunitis in refractory celiac disease diagnosed on capsule endoscopy. *Gastrointest Endosc.* 2020;92(2):430-2. doi: 10.1016/j.gie.2020.02.032.
- Han S, Gillespie W, Rupawala A, Cave DR. A Case Serie of Ulcerative Jejunoileitis in Celiac Disease Diagnose by video capsule endoscopy. *Am J Gastroenterology.* 2017;112(October):2503.
- Petroniene R, Dubcenco E, Baker JP, Warren RE, Streutker CJ, Gardiner GW, *et al.* Given capsule endoscopy in celiac disease. *Gastrointest Endosc Clin N Am.* 2004;14(1):115-27. doi: 10.1016/j.giec.2003.10.005.
- Ferretti F, Branchi F, Orlando S, Roncoroni L, Barigelletti G, Fabbiano S, *et al.* Effectiveness of Capsule Endoscopy and Double-Balloon Enteroscopy in Suspected Complicated Celiac Disease. *Clin Gastroenterol Hepatol.* 2022;20(4):941-949.e3. doi: 10.1016/j.cgh.2020.11.010.
- Al-Toma A, Volta U, Auricchio R, Castillejo G, Sanders DS, Cellier C, *et al.* European Society for the Study of Coeliac Disease (ESsCD) guideline for coeliac disease and other gluten-related disorders. *United Eur Gastroenterol J.* 2019;7(5):583-613. doi: 10.1177/2050640619844125.