

Ectasia vascular antral gástrica como manifestación temprana de esclerosis sistémica

Gastric antral vascular ectasia as an early manifestation of systemic sclerosis

LORENA MARCELA RAMÍREZ-GONZÁLEZ, CARLOS HERNÁN CALDERÓN-FRANCO, ESTEFANÍA VARGAS-REALES, JULIÁN ERNESTO PARGA-BERMÚDEZ • BOGOTÁ, D.C. (COLOMBIA)

DOI: <https://doi.org/10.36104/amc.2024.3084>

Resumen

La ectasia vascular antral gástrica (GAVE), es una causa poco frecuente de sangrado gastrointestinal crónico, asociado a anemia ferropénica. El diagnóstico se basa en hallazgos endoscópicos, con la descripción de estómago en sandía o estómago en panal, ocasionalmente se pueden presentar enfermedad autoinmune y del tejido conectivo. Se describe un caso clínico de un paciente femenino de 76 años de edad con antecedentes de múltiples episodios de hemorragia de vías digestivas altas, la endoscopia reportó ectasias en patrón de sol naciente compatibles con ectasias vasculares gástricas antrales, ante la recurrencia y refractariedad la paciente fue sometida a gastrectomía subtotal más reconstrucción en Y de Roux; frente al debut de GAVE se realizó estudios inmunológicos los cuales fueron positivos para esclerosis sistémica, los episodios de GAVE refractarios al manejo, endoscópico, la indicación es intervención quirúrgica. (*Acta Med Colomb* 2024; 49. DOI: <https://doi.org/10.36104/amc.2024.3084>).

Palabras clave: *ectasia vascular antral gástrica, watermelon stomach, esclerosis sistémica.*

Abstract

Gastric antral vascular ectasia (GAVE) is a rare cause of chronic gastrointestinal bleeding associated with iron-deficiency anemia. The diagnosis is based on endoscopic findings, with a description of “watermelon” or “honeycomb” stomach. Patients may occasionally have autoimmune and connective tissue diseases. We describe the clinical case of a 76-year-old female patient with a history of multiple episodes of upper gastrointestinal bleeding. An endoscopy reported ectasias with a “rising sun” pattern, compatible with gastric antral vascular ectasias. Due to recurrence and refractoriness, the patient underwent a subtotal gastrectomy plus Roux-en-Y reconstruction. In light of the GAVE debut, immunological tests were done, which were positive for systemic sclerosis. The treatment for GAVE episodes that are refractory to endoscopic treatment is surgery. (*Acta Med Colomb* 2024; 49. DOI: <https://doi.org/10.36104/amc.2024.3084>).

Keywords: *gastric antral vascular ectasia, watermelon stomach, systemic sclerosis.*

Dres. Lorena Marcela Ramírez-González, Carlos Hernán Calderón-Franco, Estefanía Vargas-Reales, Julián Ernesto Parga-Bermúdez: Servicio de Medicina Interna, Hospital Santa Clara. Bogotá, D.C. (Colombia).
Correspondencia: Dr. Carlos Hernán Calderón-Franco. Bogotá, D.C. (Colombia).
E-Mail: cacalderon190@gmail.com
Recibido 29/XI/2023 Aceptado: 22/IV/2024

Introducción

La ectasia vascular antral gástrica (GAVE), es una causa infrecuente de hemorragia de vías digestivas altas crónicas, representando el 4% de los sangrados no varicosos; la complicación más frecuente es la anemia ferropénica (1). Jabbari describió esta condición como un “*estómago en sandía*” por el patrón endoscópico caracterizado por manchas rojas organizadas en líneas y distribuidas en forma radial partiendo del píloro o distribuidas en forma difusa, conocidas como estómago en panal (2, 3). La ubicación más frecuente

de la GAVE es el antro gástrico, aunque se ha visualizado en otras áreas del tracto gastrointestinal como el duodeno, yeyuno o recto (4).

Se ha reconocido que la GAVE está asociada a enfermedades autoinmunes, principalmente el fenómeno de Raynaud y la esclerosis sistémica (ES), así como Síndrome de Sjögren, cirrosis biliar primaria y lupus eritematosos sistémico como diagnósticos diferenciales (1). El diagnóstico está basado en patrones histológicos que describen cuatro alteraciones específicas de la GAVE como: 1) Las ectasias

vasculares de los capilares mucosos, 2) trombosis focal, 3) proliferación celular de músculo liso y miofibroblasto, 4) fibrohialinosis que consiste en el depósito de una sustancia homogénea rodeando los capilares ectópicos de la lámina propia (2).

El manejo de esta enfermedad puede ser farmacológico, endoscópico y quirúrgico. La terapia farmacológica, como estrógenos y progesterona, requiere dosis altas y uso prolongado, lo que genera muchos eventos adversos. El octreotide parece reducir el sangrado gastrointestinal y regresión parcial de las lesiones. Otra terapia utilizada en menor frecuencia incluye el ácido tranexámico y la ciclofosfamida, pero con más eventos adversos que beneficios clínicos (4, 5).

La terapia endoscópica ha mostrado mejores resultados comparado con el manejo farmacológico mencionado. Esta estrategia incluye manejo ablación con láser, argón plasma o crioblación (6). El láser (ND:YAG) ha sido utilizado para manejo de hemorragia gastrointestinal secundaria a GAVE, con disminución de los requerimientos transfusionales (2). Finalmente, las intervenciones quirúrgicas están indicadas en casos de recidivas y que las terapias previas no presenten mejoría, requiriendo manejo quirúrgico con antrectomía (6).

A continuación, presentamos un caso de GAVE como manifestación temprana de esclerosis sistémica en un paciente de sexo femenino quien fue atendida en una institución de alta complejidad en Bogotá.

Presentación de caso

Se trata de una paciente femenina en la octava década de la vida, natural y procedente de Bogotá, con antecedentes de hipertensión arterial primaria, prediabetes y enfermedad pulmonar obstructiva crónica, fibrilación auricular paroxísticas *CHADSVASC* 6 puntos, *HASBLED* 6 puntos, enfermedad coronaria, enfermedad cerebrovascular, síndrome de apnea del sueño en manejo con un dispositivo de presión positiva binivelada en las vías respiratorias (BPAP). Consulta por un cuadro crónico consistente en múltiples episodios de hemorragia de vías digestivas. En enero de 2018 se realizó una endoscopia con reporte de múltiples ectasias vasculares, las cuales fueron intervenidas con argón plasma siendo el primer episodio presentado, mejorando clínicamente con indicación de manejo ambulatorio.

En mayo de 2018, la paciente presentó un nuevo episodio de sangrado gastrointestinal por lo cual requirió una segunda endoscopia con evidencia de múltiples ectasias gástricas, con disminución del 30% comparada con la endoscopia previa. Se realizó nuevamente terapia con argón plasma en las lesiones, sin complicaciones.

En noviembre de 2019, la paciente consultó por presentar telangiectasias en miembros superiores, cambios de coloración digital, piel seca, y la posterior aparición de úlceras digitales. No hay reporte clínico, ni manifestaciones previas de enfermedad autoinmune. Ingresó nuevamente en marzo 2023 por episodio de hemorragia de vías digestivas altas, a

la exploración se encuentra paciente orientada y reactiva, con palidez generalizada, taquicárdica (frecuencia cardíaca de 110 lpm), a la auscultación pulmonar sin alteraciones, abdomen depresible no doloroso a la palpación, y extremidades con necrosis en el segundo dedo de la mano izquierda y compromiso de la falange distal.

Los laboratorios clínicos mostraron anemia microcítica hipocrómica con hemoglobina de 8.3 g/dL y hematocrito de 19.3%. El resto de paraclínicos se encontraron dentro de parámetros normales. Se indicó una nueva endoscopia de vías digestivas altas donde se visualiza en la región antral zonas eritematosas, que impresionan un patrón vascular lineal que confluye hacia el píloro sugestivo de estómago en sandía (Figura 1), características de ectasias en patrón de sol naciente. Se realiza biopsia estómago la cual describe una serosa lisa, brillante, de color pardo claro, sin lesiones macroscópicas, compatibles con ectasias vasculares gástricas antrales (GAVE). Durante la estancia, la paciente no respondió al manejo médico y endoscópico, por lo que se realizó manejo quirúrgico con gastrectomía subtotal más reconstrucción en Y de Roux.

Se ampliaron estudios de GAVE con ecocardiograma transtorácico con tamaño y función sistólica ventricular izquierda y derecha normales; ecografía abdominal con hígado de tamaño y ecogenicidad normal, riñones con quiste cortical renal izquierdo de aspecto simple, sin otras alteraciones. Se tomó biopsia hepática, la cual describe esteatohepatitis con leve actividad sin fibrosis. Fue sometida por parte del servicio de ortopedia a amputación del segundo dedo de la mano izquierda por necrosis, sin complicaciones.

Posterior al procedimiento quirúrgico gastrointestinal y ortopédico, la paciente mostró mejoría clínica. Fue valorada por el servicio de reumatología y, ante la evidencia de GAVE, se solicitaron estudios en busca de enfermedad autoinmune,

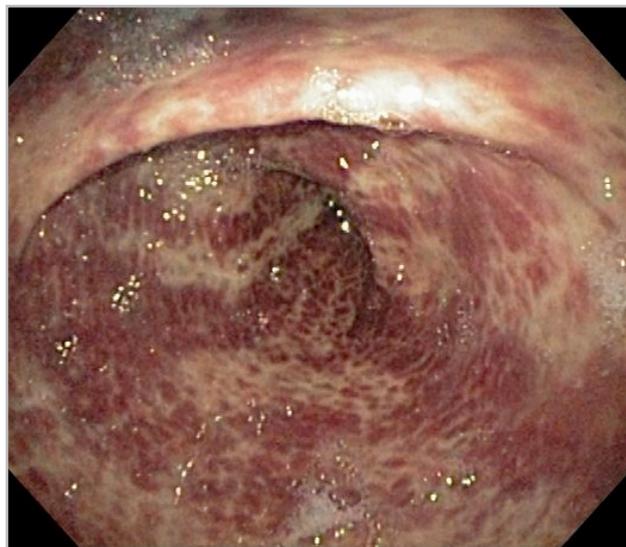


Figura 1. Endoscopia de vías digestivas altas. (Región antral que muestra eritema y la impresión de un patrón vascular lineal que confluye hacia al píloro, sugestivo de estómago en sandía).

con reporte de laboratorios que corroboran el diagnóstico de esclerosis sistémica (SSc) variante cutánea limitada en fase temprana por ANAS patrón centromérico AC-3 con títulos de 1:1280, con poliautoinmunidad en contexto de síndrome de Sjögren y fenómeno de Raynaud secundario. Se inició manejo con metotrexate y ácido fólico, además de calcioantagonistas e inhibidores de la fosfodiesterasa.

La paciente presentaba estabilidad hemodinámica, sin signos de infección, sin nuevas intervenciones quirúrgicas, por lo cual se dio egreso, y seguimiento de consulta externa de reumatología. La paciente no ha presentado nuevos episodios de sangrado gastrointestinal.

Discusión

La esclerosis sistémica (SSc) es una enfermedad multisistémica crónica que se presenta con disfunción vascular generalizada, fibrosis progresiva de la piel y órganos internos (1). Particularmente, existe compromiso del tracto gastrointestinal, con deterioro de la actividad motora (7). Aunque el esófago es el órgano más afectado, cualquier parte del tracto digestivo puede verse comprometido (6). La manifestación gástrica más común es la gastroparesia, seguida de la ectasia vascular antral gástrica (GAVE) también conocida como “watermelon stomach” o “estómago en sandía” (8).

Se estima una prevalencia cercana al 6% de GAVE en pacientes con esclerosis sistémica (7). La mayoría de los pacientes presentan anemia por deficiencia de hierro, acompañada de debilidad, fatiga o disnea, sin otras manifestaciones de sangrado. En menor proporción, se manifiesta con hemorragia digestiva alta masiva (9).

El diagnóstico se realiza mediante endoscopia digestiva alta, la cual revela filas longitudinales de rayas rojizas planas que se irradian desde el píloro hasta el antro, definidas como estómago en sandía o dispuestas de manera difusa, a las cuales se les denomina estómago en panel (3). La presentación de GAVE es más común en mujeres que en hombres, con una edad media de aparición a los 70 años (10). Si bien faltan más estudios, las publicaciones actuales muestran que la GAVE es más prevalente la variante cutánea limitada de la esclerosis sistémica (11). Los estudios han demostrado que la mayoría de los pacientes con GAVE, alrededor del 60%, tienen telangiectasias en la piel al momento de la presentación (12). Sin embargo, hay casos reportados en donde las ectasias vasculares son la primera manifestación de esclerosis sistémica (13-15).

El tratamiento sintomático de GAVE incluye la corrección del déficit de hierro, el uso de inhibidores de la bomba de protones y, si es necesario, transfusión de hemoderivados. La coagulación endoscópica con crioterapia, hemospray, la terapia con argón plasma o la ablación por radiofrecuencia eliminan la ectasia vascular y disminuyen el riesgo de sangrado, por lo que se consideran la primera línea de tratamiento intervencionista (16).

Dentro de estas terapias, la coagulación con argón plasma se considera actualmente como la terapia de elección, dada

su efectividad y baja tasa de complicaciones (<7%) (17). El manejo quirúrgico con antrectomía y gastrectomía, se reserva para pacientes que presentan falla en las terapias endoscópicas (14).

Una terapia interesante y novedosa es el trasplante autólogo de células hematopoyéticas (AHSCT), aunque el estudio SCOT excluyó los pacientes con GAVE activo, se ha descrito que el AHSCT mejora la anemia en pacientes con GAVE en contexto de esclerosis sistémica. Aunque el nivel de evidencia es bajo, la innovación de la terapia con el fin de reducir las transfusiones la hace una opción terapéutica importante (18).

En el caso de nuestra paciente, las ectasias vasculares se presentaron de forma temprana, con la posterior aparición de telangiectasias en piel y fenómeno de Raynaud, siendo una presentación poco usual de la esclerosis sistémica. Se realizaron estudios en búsqueda de otras etiologías de GAVE, las cuales fueron negativas. Dada la refractariedad en el tratamiento endoscópico, la paciente fue llevada a tratamiento quirúrgico.

En la actualidad, se conocen casos de paciente con GAVE refractario en esclerosis sistémica variante cutánea difusa que mejoran significativamente tras la administración de ciclofosfamida intravenosa. Los autores consideran que la remisión es resultado de la inmunosupresión (19), sin embargo, se requieren ensayos aleatorizados que confirmen estos hallazgos.

En conclusión, la GAVE, tiene una incidencia muy baja y su manifestación inicial en el contexto de una esclerosis sistémica es un reto diagnóstico y terapéutico. Ante el hallazgo endoscópico de la GAVE, se debe sospechar enfermedad autoinmune en los pacientes con esta infrecuente causa de sangrado gastrointestinal. Es necesario avanzar en estudios que demuestren el papel de la inmunosupresión para los casos de refractariedad, dado que la terapia quirúrgica es la propuesta terapéutica indicada, pero tiene alto riesgo de complicaciones a futuro.

Referencias

- Allanore Y, Simms R, Distler O, Trojanowska M, Pope J, Denton CP, et al. Systemic sclerosis. *Nat Rev Dis Primers*. 2015;1(1):5002.
- Pineda Oliva OJ, Valencia Romero A, Soto JC, Díaz Oyola M, Valdivia Balbuena M, Chuc Baeza G, et al. Ectasia vascular gástrica antral: reporte de un caso. *Endoscopia*. 2014;26(3):104-8.
- Fuccio L, Mussetto A, Laterza L, Eusebi LH, Bazzoli F. Diagnosis and management of gastric antral vascular ectasia. *World J Gastrointest Endosc*. 2013;5(1):6-13.
- Stotzer P-O, Willén R, Kilander AF. Watermelon stomach: not only an antral disease. *Gastrointest Endosc*. 2002;55(7):897-900.
- Leeds SG, Mencio M, Ontiveros E, Ward MA. Endoluminal Vacuum Therapy: How I Do It. *J Gastrointest Surg Off J Soc Surg Aliment Tract*. 2019;23(5):1037-43.
- Dulai DM, Kovacs T O G, Gralnek IM, Jutabha R G SJ. Endoscopic Treatment Outcomes in Watermelon Stomach Patients with and without Portal Hypertension. *Endoscopy*. 2004;36(1):68-72.
- Jodal HC, Klotz D, Herfindal M, Barua I, Tag P, Helsing LM, et al. Long-term colorectal cancer incidence and mortality after adenoma removal in women and men. *Aliment Pharmacol Ther*. 2022;55(4):412-21.
- Kirby DF, Chatterjee S. Evaluation and management of gastrointestinal manifestations in scleroderma. *Curr Opin Rheumatol*. 2014;26(6):621-9.

9. **Parrado RH, Lemus HN, Coral-Alvarado PX, Quintana López G.** Gastric Antral Vascular Ectasia in Systemic Sclerosis: Current Concepts. *Int J Rheumatol.* 2015;2015:1-6.
10. **Pasumarthy L, Srour JW.** Gastric Antral Vascular Ectasia: An Uncommon Cause of GI Bleeding. *Practical Gastroenterology.* February 2009.
11. **Ingraham KM, O'Brien MS, Shenin M, Derk CT, Steen VD.** Gastric antral vascular ectasia in systemic sclerosis: demographics and disease predictors. *J Rheumatol.* 2010;37(3):603-7.
12. **Jensen DM, Kovacs TOG, Jutabha R, Machicado GA, Gralnek IM, Savides TJ, et al.** Randomized trial of medical or endoscopic therapy to prevent recurrent ulcer hemorrhage in patients with adherent clots. *Gastroenterology.* 2002;123(2):407-13.
13. **Leipe J, Mariette X.** Management of rheumatic complications of ICI therapy: a rheumatology viewpoint. *Rheumatology.* 2019;58(Supp7):vii49-58.
14. **Naidu H, Huang Q, Mashimo H.** Gastric antral vascular ectasia: the evolution of therapeutic modalities. *Endosc Int Open.* 2014;2(2):E67-73.
15. **Moskowitz RW.** Role of collagen hydrolysate in bone and joint disease. *Semin Arthritis Rheum.* 2000;30(2):87-99.
16. **Johnson J, Derk CT.** Gastric antral vascular ectasia in systemic sclerosis. *Int J Rheumatol.* 2011;2011:1-3.
17. **Zepeda-Gómez S.** Endoscopic Treatment for Gastric Antral Vascular Ectasia: Current Options. *GE Port J Gastroenterol.* 2017;24(4):176-82.
18. **Keret S, Zuckerman T, Henig I, Rainis T, Odeh S, Artoul N, et al.** Complete resolution of gastric antral vascular ectasia after autologous haematopoietic stem cell transplantation in systemic sclerosis. *Ann Rheum Dis.* 2023;82(7):995-6.
19. **Fraser SA, Klassen DR, Feldman LS, Ghitulescu GA, Stanbridge D, Fried GM.** Evaluating laparoscopic skills: setting the pass/fail score for the MISTELS system. *Surg Endosc.* 2003;17(6):964-7.

