



Diverticulosis yeyunal en paciente con síndrome de Parry-Romberg como causa de hemorragia digestiva. Una posible asociación

Jejunal diverticulosis in a patient with Parry-Romberg syndrome as cause of gastrointestinal bleeding. A possible association

Larissa Minero-García,* Miguel Martín Acuña-Lizama*,†

Citar como: Minero-García L, Acuña-Lizama MM. Diverticulosis yeyunal en paciente con síndrome de Parry-Romberg como causa de hemorragia digestiva. Una posible asociación. Acta Med GA. 2025; 23 (3): 278-280. <https://dx.doi.org/10.35366/119957>

Resumen

Se presenta el caso de un hombre de 52 años con antecedente de síndrome de Parry-Romberg (SPR), el cual se atendió por sangrado de tubo digestivo alto (STDA) con choque hipovolémico. Se realizaron estudios de imagen y gabinete dentro del abordaje, evidenciando sangrado, pero no su origen y al persistir con inestabilidad hemodinámica, se realizó laparotomía exploradora evidenciando la presencia de múltiples divertículos yeyunales. Se presenta este caso para proponer una posible asociación entre SPR y alteraciones gastrointestinales.

Palabras clave: Parry-Romberg, divertículos yeyunales, hemorragia digestiva, atrofia hemifacial, escleroderma localizada.

Abstract

We present a 52-year-old man with Parry-Romberg syndrome (PRS) history who was treated for upper gastrointestinal bleeding (UGB) and hypovolemic shock. Study protocol showed no origin of bleeding, and due to persisting hemodynamic instability, an exploratory laparotomy was performed, finding multiple jejunal diverticula. We present this case to propose a possible association between PRS and gastrointestinal abnormalities.

Keywords: Parry-Romberg, jejunal diverticula, gastrointestinal bleeding, hemifacial atrophy, localized scleroderma.

Abreviaturas:

AINE = antiinflamatorios no esteroideos

SPR = síndrome de Parry-Romberg

STDA = sangrado de tubo digestivo alto

INTRODUCCIÓN

El síndrome de Parry-Romberg (SPR) es una rara entidad con atrofia unilateral de tejidos faciales (piel, músculo y huesos).¹⁻³ Principalmente conocido por afección estética, funcional y psicológica; puede acompañarse de alteracio-

nes oculares, migraña y epilepsia.¹ Aunque se desconoce la frecuencia de afección gastrointestinal en pacientes con SPR, se ha demostrado que la esclerosis sistémica, un proceso que comparte aspectos fisiopatológicos, los presenta con frecuencia,^{2,4,5} por lo que se pretende despertar el interés por la búsqueda y reporte de casos con esta probable asociación.

El objetivo fue presentar el caso de una persona con SPR ya conocido y sangrado de tubo digestivo alto (STDA) severo, con protocolo inicial que no identificó el origen, recurrencia del sangrado e inestabilidad hemodinámica

* Especialista en Medicina Interna. Coordinación de Medicina Interna. Hospital Regional 1º de Octubre. ISSSTE, Ciudad de México, México.

† División de Medicina Interna. Hospital Angeles Lindavista. Ciudad de México, México. ORCID: 0000-0001-8429-0700

Correspondencia:

Dr. Miguel Martín Acuña-Lizama

Correo electrónico: mmacunia@gmail.com



que requirió manejo radical documentando alteraciones anatómicas digestivas probablemente asociadas a SPR.

EXPOSICIÓN DEL CASO

Hombre de 52 años, con antecedentes de SPR desde los 13 años caracterizado por deformidad hemifacial izquierda;



Figura 1:

Paciente del caso clínico. Se observa hemiatrofia facial izquierda (con autorización).

dislipidemia e hiperuricemia de un año de diagnóstico y lumbalgia reciente tratada con antiinflamatorios no esteroideos (AINE). Acudió a urgencias por presentar evacuaciones melénicas de forma intermitente de un mes de evolución, habiéndose añadido en días recientes astenia y múltiples episodios de presíncope. Al examen físico se evidenció asimetría facial (*Figura 1*), síndrome clínico de anemia con datos de bajo gasto (taquicardia 110 latidos por minuto, presión arterial 110/70 mmHg, palidez de tegumentos e hipotensión ortostática). Los laboratorios mostraron anemia ferropénica severa (hemoglobina 5 g/dL, hematocrito 14.1%; VCM 89 fL y HCM 31.3 pg), sin otras citopenias o alteraciones significativas. Se decidió protocolo intrahospitalario con reanimación y transfusión de hemocomponentes, con recuperación de los parámetros descritos. El protocolo inicial (tomografía abdominopélvica, panendoscopia, colonoscopia y cápsula endoscópica) no identificó sitio de hemorragia, por lo que se realizó gammagrafía con eritrocitos marcados, donde se corroboró la persistencia de hemorragia digestiva intraluminal en uniones gastroduodenal y duodenoyeyunal (*Figura 2*).

A pesar de un apropiado manejo farmacológico conservador, el paciente presentó un nuevo episodio de resangrado caracterizado por inestabilidad hemodinámica y descenso significativo de la hemoglobina, motivando laparotomía exploradora de urgencia, que reportó múltiples divertículos yeyunales (*Figura 3*).

Se decidió manejo con resección del segmento afectado y anastomosis manual término-terminal, vigilancia

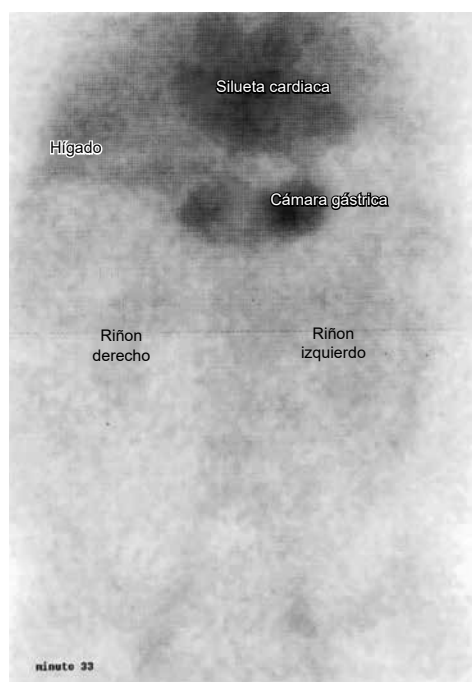


Figura 2:

Gammagrafía con eritrocitos marcados con presencia de sangrado en uniones gastroduodenal y duodenoyeyunal.

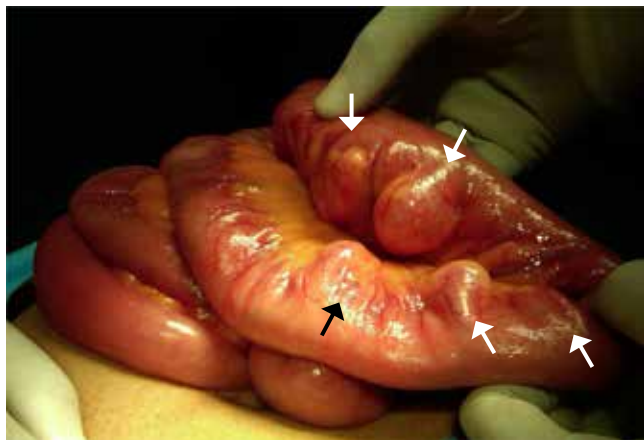


Figura 3: Laparotomía exploradora en donde se observan múltiples divertículos a nivel de yeyuno (flechas).

de parámetros bioquímicos, con evolución sin nuevas complicaciones y egreso cinco días después, con adecuada tolerancia a la vía oral. Se dio seguimiento de forma externa al mes y a los seis meses con normalización de biometría hemática y sin otros eventos clínicos asociados.

DISCUSIÓN

Considerando que el SPR y otras formas de esclerodermia localizada comparten aspectos fisiopatológicos e histológicos,¹⁻⁵ es probable que exista una asociación entre

el SPR y alteraciones gastrointestinales atípicas como la diverticulosis yeyunal.

CONCLUSIONES

La revisión de la literatura demostró que no se ha evaluado la asociación entre SPR y manifestaciones extracutáneas digestivas.

Se requieren más estudios prospectivos que tomen en cuenta esta probable asociación, así como la difusión de casos similares.

REFERENCIAS

1. El-Kehdy J, Abbas O, Rubeiz N. A review of Parry-Romberg syndrome. *J Am Acad Dermatol*. 2012; 67 (4) :769-784.
2. Rodríguez-Salgado P, García-Romero MT. Morphea: a practical review of its diagnosis, classification and treatment. *Gac Med Mex*. 2019; 155 (5): 483-491.
3. Patel H, Thakkar C, Patel K. Parry-romberg syndrome: a rare entity. *J Maxillofac Oral Surg*. 2010; 9 (3): 247-250.
4. Glaser DH, Schutt C, VonVille HM, Schollaert-Fitch K, Torok K. Linear scleroderma of the head - Updates in management of Parry Romberg Syndrome and En coup de sabre: a rapid scoping review across subspecialties. *Eur J Rheumatol*. 2020; 7 (Suppl1): S48-S57.
5. Tollefson MM, Witman PM. En coup de sabre morphea and Parry-Romberg syndrome: A retrospective review of 54 patients. *J Am Acad Dermatol* 2007; 56 (2): 257-263.

Conflicto de intereses: los autores declaran que no tienen conflicto de intereses.