



Hemorragia baja severa del tubo digestivo por tumor de GIST. Embolización radiológica y cirugía

RESUMEN

Antecedentes: los tumores del estroma gastrointestinal (GIST) se identificaron hace muy poco tiempo. Son tumores que no suelen alertar con síntomas mientras permanecen en fase localizada, operable y curable. Aunque son poco frecuentes, cuando no se diagnostican y tratan oportunamente son muy agresivos. Su manifestación clínica más común es la hemorragia gastrointestinal por erosión de la mucosa, pero su presentación como hemorragia baja del tubo digestivo severa es excepcional.

Caso clínico: se comunica un caso de hemorragia baja del tubo digestivo severa estabilizada por radiología intervencionista, que posteriormente requirió cirugía para su tratamiento definitivo.

Conclusiones: la embolización radiológica está cada vez más difundida como tratamiento de hemorragias en distintos sitios porque permite la estabilización hemodinámica de los pacientes. No hay que olvidar, sin embargo, que en los casos de hemorragia baja del tubo digestivo, de origen desconocido, es necesario investigar las posibles causas.

Palabras clave: hemorragia baja severa del tubo digestivo, tumor de GIST, embolización, cirugía.

Severe lower gastrointestinal bleeding due to GIST tumor. Radiological embolization and surgery

ABSTRACT

Background: Gastrointestinal stromal tumors (GIST) were identified only recently. These tumors usually have no symptoms, although they are localized, operable and curable. Although rare, if they are not diagnosed and treated early, they become very aggressive. The most common manifestation is gastrointestinal bleeding from mucosal erosion. Their presentation as severe lower gastrointestinal bleeding is exceptional.

Clinical case: We report a patient with severe lower gastrointestinal bleeding stabilized by interventional radiology that subsequently required surgery for definitive care.

Conclusions: Therapeutic use of radiological embolization is increasingly widespread in bleeding at various levels, achieving hemodynamic stabilization of patients. However, it must be kept in mind that, in cases of unknown etiology of lower gastrointestinal bleeding, possible causes must be investigated.

Key words: Severe lower gastrointestinal bleeding, GIST tumor, embolization, surgery.

Diana Navas¹
Antonio Ríos¹
Beatriz Febrero¹
José Manuel Rodríguez¹
Francisco Lloret²
Pascual Parrilla¹

¹Servicio de Cirugía General y del Aparato Digestivo. CIBEREHD (Centro de Investigación Biomédica en Red en el Área temática de Enfermedades Hepáticas y Digestivas). IMIB (Instituto Murciano de Investigaciones Sanitarias).

²Servicio de Radiología Intervencionista. Hospital Universitario Virgen de la Arrixaca, El Palmar, Murcia, España.

Recibido: 13 mayo, 2013

Aceptado: 14 octubre, 2013

Correspondencia:

Dr. Antonio Ríos Zambudio.
Av. de la Libertad 208, Casillas
30007 Murcia, España
Tel.: 618.78.42.33. Fax 968.36.97.16.
arzrios@um.es

ANTECEDENTES

Los tumores del estroma gastrointestinal, llamados tumores GIST, se identificaron hace muy poco tiempo y pertenecen al grupo de los sarcomas de tejidos blandos. Durante años se han confundido con el leiomioma intestinal; sin embargo, provienen de la célula intersticial de Cajal y no de las células musculares. Son tumores que no suelen alertar con síntomas mientras permanecen en fase localizada.¹ Aunque son poco frecuentes, cuando no se diagnostican y tratan oportunamente son muy agresivos. Su manifestación clínica más común es la hemorragia gastrointestinal por erosión de la mucosa, pero su presentación como hemorragia baja severa del tubo digestivo es excepcional.^{1,2}

La aplicación terapéutica de la embolización radiológica está cada vez más difundida en distintos tipos de enfermedades vasculares y en hemorragias en distintas partes.^{3,4} Así, la embolización arterial como tratamiento de hemorragias gastrointestinales severas consigue la estabilización hemodinámica de los pacientes y disminuye la necesidad de transfusión,⁴⁻⁶ aunque no hay que olvidar que en los casos de hemorragia baja del tubo digestivo de origen desconocido es preciso investigar las posibles causas.⁷

Se comunica un caso de hemorragia gastrointestinal severa, estabilizada por radiología intervencionista que posteriormente precisó cirugía para su tratamiento definitivo.

CASO CLÍNICO

Paciente masculino de 67 años de edad que sufrió melenas dos años antes. En ese tiempo se le realizó endoscopia digestiva alta, colonoscopia y cápsula endoscópica sin que se encontrara alguna patología. Acudió a consulta a Urgencias por un cuadro de melenas de dos días de evolución. A su llegada se hallaba en buen estado general,

palidez mucocutánea, tensión arterial de 100/60 mmHg, frecuencia cardiaca de 98 latidos por minuto, exploración abdominal anodina y hemoquecia al tacto rectal. En la biometría hemática destacó hemoglobina de 7 g/dL, por lo que se le transfundieron dos concentrados de hematíes. La gastroscopia fue normal y la colonoscopia reveló restos de sangre parcialmente digerida hasta el ciego. Se indicó la realización de una cápsula endoscópica que destacó en el yeyuno un punto a partir del cual comenzaba el sangrado, sin que se notara alguna lesión. La ecografía y la tomografía axial computada abdominal (Figura 1A) arrojaron resultados normales. Ante la persistencia del sangrado se hizo una arteriografía de ambas mesentéricas en la que se apreció una imagen compatible con fuga de contraste en la arteria mesentérica superior (Figura 2B); se embolizó la rama arterial de la que dependía y desapareció dicha lesión angiográfica (Figura 3C). A pesar de esta medida terapéutica, continuó con anemia progresiva, por lo que se decidió intervenir quirúrgicamente de urgencia. Se encontró una tumoración de 5 cm de diámetro mayor en el yeyuno proximal (Figura 4D); se



Figura 1A. Tomografía axial computada abdominal sin contraste. Inicialmente fue informada como normal. Después de la revisión se observó una imagen compatible con un tumor sólido (flecha).

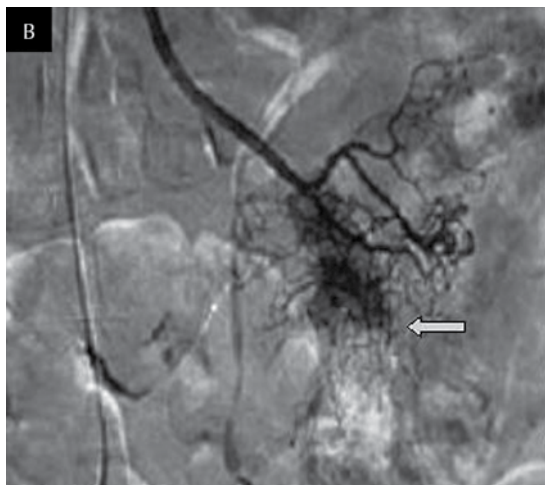


Figura 2B. Arteriografía pre-embolización de la arteria mesentérica superior. Se evidencia una imagen de rama de la arteria mesentérica superior con fuga de contraste (flecha).

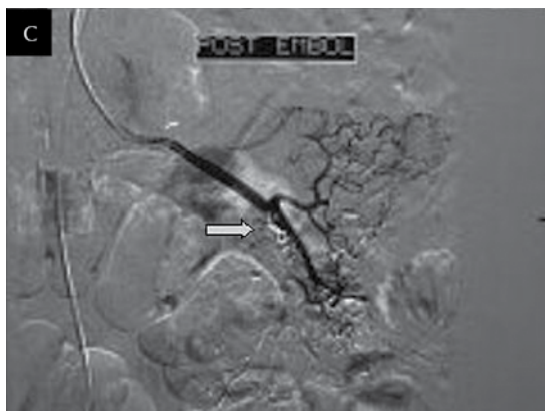


Figura 3C. Arteriografía posembolización de la arteria mesentérica superior, donde se observa coil (flecha) y ausencia de fuga de contraste.

resecó el segmento afectado y se finalizó con anastomosis término-terminal.

El análisis histológico indicó que se trataba de un tumor de GIST de intestino delgado de bajo riesgo de malignidad.

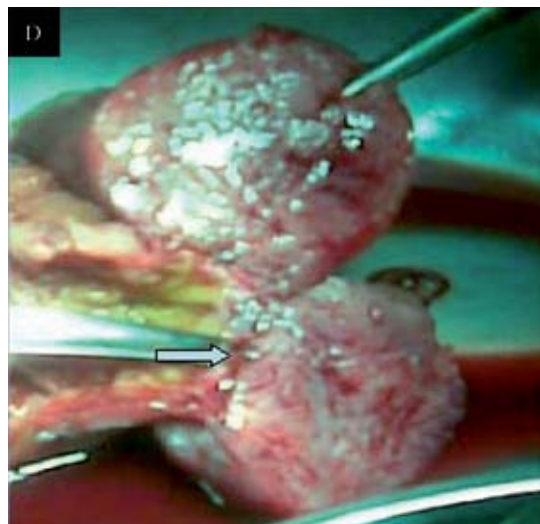


Figura 4D. Pieza quirúrgica abierta en sentido longitudinal. Se aprecia el ostium de salida del vaso sangrante (flecha).

Tras la operación, el paciente no recibió tratamiento adyuvante porque el tumor era de bajo grado y fue resecado en su totalidad, según la guía clínica en tumores del estroma gastrointestinal de 2008.² Luego de 15 meses de seguimiento, el paciente continúa libre de enfermedad.

DISCUSIÓN

La embolización radiológica es un tratamiento efectivo en 85% de los pacientes con programación previa o de urgencia; sin embargo, no está exenta de complicaciones, la más grave es la liberación de émbolos (5%), que supone infartos intestinales. Además, existe una alta tasa de recidiva de entre 10 y 25%; las recurrencias son mayores si se originan en el intestino delgado.⁸

Se debe ser muy estricto para considerar la embolización como tratamiento definitivo; así, debe restringirse a los siguientes casos: 1) cuando el origen del sangrado sea una alteración benigna conocida;⁶ 2) cuando, al ser una alteración



maligna, no sea subsidiaria de cirugía por su extensión; y 3) cuando se trate de una patología benigna quirúrgica en un paciente de alto riesgo quirúrgico. Son subsidiarios de cirugía postembolización los casos de recidiva de la hemorragia y los de causa desconocida por su potencial malignidad, ya que un diagnóstico tardío con el proceso más evolucionado conllevaría peor pronóstico.⁹

Las pruebas de imagen de este paciente fueron negativas inicialmente; por lo tanto, si se hubiera considerado la embolización como tratamiento definitivo, habría supuesto un retraso diagnóstico de su enfermedad. Esto lleva también a reflexionar sobre las técnicas de imagen, y a ser críticos con ellas, puesto que la tomografía axial computada fue informada como normal, y tras la revisión de los radiólogos ante los hallazgos en la arteriografía y la cirugía, corrigieron su informe, especificando que había un tumor (como se observa en la figura 4D). Por todo esto, una prueba diagnóstica negativa no debe condicionar una decisión futura. Así, es fundamental que los equipos quirúrgicos estén capacitados para interpretar la iconografía de los pacientes. En este caso, hay que destacar que dos años antes había tenido un episodio de hemorragia con pruebas diagnósticas negativas, si bien dichas exploraciones no han podido ser revisadas porque se efectuaron en otro centro hospitalario del que no se recibieron evidencias.

CONCLUSIONES

Puede afirmarse que las alteraciones malignas, como los tumores del estroma gastrointestinal,

pueden ser causa de hemorragia gastrointestinal severa, y tras la estabilización hemodinámica con embolización radiológica debe procederse a catalogar etiológicamente el cuadro clínico manifestado por el paciente.

REFERENCIAS

1. Acín-Gándara D, Pereira-Pérez F, Castaño-Pascual Á, Durán-Poveda M, Antequera-Pérez A, Miliani-Molina C. Tumores estromales gastrointestinales: diagnóstico y tratamiento. *Cir Cir* 2012;80(1):44-51.
2. Poveda A, Artigas V, Casado A, Cervera J, García Del Muro X, López-Guerrero A, et al. Clinical practice guidelines in gastrointestinal stromal tumours (GEIS): update 2008. *Cir Esp* 2008;84(Supl 1):1-21.
3. Alamo Martínez JM, Bernal Bellido C, Socas Macías M, García-Moreno J, Suárez Grau JM, Galindo Galindo A. Massive mesenteric angiomatosis and low digestive haemorrhage in a patient with Klippel-Trenaunay-Weber syndrome. *Rev Esp Enferm Dig* 2007;99(2):112-113.
4. Monnin V, Sengel C, Thony F, Bricault I, Voirin D, Letoublon C, et al. Place of Arterial Embolization in Severe Blunt Hepatic Trauma: A Multidisciplinary Approach. *Cardiovasc Intervent Radiol* 2008;31:875-882.
5. Ríos A, Montoya MJ, Rodríguez JM, Serrano A, Molina J, Ramírez P, et al. Severe acute lower gastrointestinal bleeding: risk factors for morbidity and mortality. *Langenbecks Arch Surg* 2007;392(2):165-171.
6. Ríos A, Montoya MJ, Rodríguez JM, Parrilla P. Acute lower gastrointestinal hemorrhage originating in the small intestine. *Rev Esp Enferm Dig* 2006;98(3):196-203.
7. Ríos Zamudio A, Montoya Tabares MJ, Rodríguez González JM, Febrero Sánchez B, Albaladejo Meroño A, Molina J, et al. Severe lower gastrointestinal tract bleeding due to diverticulosis. *Gastroenterol Hepatol* 2010;33(5):363-369.
8. Ríos A, Capel A, Del Pozo M. Hemorragia digestiva masiva baja tratada mediante embolización supraselectiva. *Gastroenterol Hepatol* 2004;27(5):344-346.
9. Menéndez-Sánchez P, Villarejo-Campos P, Gambí-Pisonero D, Cubo-Cintas T, Padilla-Valverde D, Martín-Fernández J. Hemorragia digestiva baja e intususcepción subsecuente a tumor del estroma gastrointestinal. *Cir Ciruj* 2009;77(6):483-485.