

ANALES MEDICOS

Volumen
Volume **47**

Número
Number **4**

Octubre-Diciembre
October-December **2002**

Artículo:

Angiodisplasias yeyunales como causa de sangrado masivo de tubo digestivo

Derechos reservados, Copyright © 2002:
Asociación Médica del American British Cowdray Hospital, AC

Otras secciones de este sitio:

- ☞ Índice de este número
- ☞ Más revistas
- ☞ Búsqueda

Others sections in this web site:

- ☞ *Contents of this number*
- ☞ *More journals*
- ☞ *Search*



Medigraphic.com

Angiodisplasias yeyunales como causa de sangrado masivo de tubo digestivo

Felipe Cervantes Monteil,* Vicente Jonguitud Bulos,* Óscar Teramoto Matsubara**

RESUMEN

Las angiodisplasias son vasos pequeños dilatados, incluyendo capilares, que no contienen tejido displásico. En el intestino delgado son causa rara de sangrado de tubo digestivo. Las angiodisplasias yeyunales son aún más raras y el diagnóstico es difícil de establecer. Sólo en el 3% de los casos de sangrado gastrointestinal se ha documentado que el sitio se encuentra entre la segunda porción del duodeno y la válvula ileocecal. Se presenta el caso de un paciente de 54 años de edad, con dos episodios de sangrado masivo de tubo digestivo. Los estudios de tomografía, centellografía y endoscopia resultaron normales; posteriormente se realizó arteriografía selectiva, con la cual se halló el sitio de sangrado. El paciente fue sometido a laparotomía exploradora, con enteroscopia transoperatoria con la que se localizaron cinco sitios con anomalías vasculares; se resecó un segmento de aproximadamente 70 cm de yeyuno a 20 cm del ligamento de Treitz.

Palabras clave: Sangrado digestivo masivo, angiodisplasia yeyunal.

ABSTRACT

Angiodysplasias are small dilated vessels, including capillaries, with no dysplastic tissue. In the small bowel, they are a rare cause of upper digestive tract bleeding. Jejunal angiodysplasias are even more uncommon and the diagnosis is difficult to establish. Only in 3% of the gastrointestinal bleeding cases, it has been documented that the site lies between the second portion of the duodenum and the ileocecal valve. We present a patient, 54 years old, with two massive gastrointestinal bleeding episodes, a CT, scintilleography and endoscopy were done, with normal results, then a selective arteriography demonstrated the bleeding site. An exploratory laparotomy was performed, with a transoperative enteroscopy, finding 5 site with vascular abnormalities, resecting about 70 cm of jejunum at 20 cm, from the Treitz ligament.

Key words: *Massive digestive bleeding, jejunal angiodysplasia.*

INTRODUCCIÓN

Las angiodisplasias de intestino delgado son una causa rara de sangrado del tubo digestivo bajo. Habitualmente el paciente tiene datos de sangrado crónico manifestado por anemia, normalmente se presentan en colon y en pacientes de edad avanzada.¹ Las angiodisplasias yeyunales son aún más raras; el diagnóstico es difícil de establecer² y el tratamiento es controversial ya que existen méto-

dos médicos y quirúrgicos.³ Por otra parte, existen asociaciones de divertículos yeyunales con angiodisplasias⁴ y otras malformaciones vasculares, además del divertículo de Meckel, invaginaciones y enteritis regional, como causa de sangrado masivo bajo.⁵⁻⁷

Sólo en el 3% de los casos de sangrado gastrointestinal, se ha documentado que el sitio se encuentra entre la segunda porción del duodeno y la válvula ileocecal. Existen factores que lo hacen difícil de considerar ya que, en primera instancia, es un sitio raro de presentación, más cuando se trata de un sangrado masivo de tubo digestivo, ya que no es rutinariamente considerado, es relativamente inaccesible para estudios y su posición anatómica es variable.

Presentamos el caso de un paciente con dos episodios de sangrado de tubo digestivo masivo. El

* Departamento de Cirugía General. Centro Médico ABC.

** Departamento de Gastroenterología y Endoscopía. Centro Médico ABC.

Recibido para publicación: 23/08/01. Aceptado para publicación: 21/01/02.

Dirección para correspondencia: Dr. Felipe Cervantes Monteil

Sur 136 núm. 116, Col. Las Américas, 01120 México, D.F.

Tel: 52308097. fcervantes@abchospital.com

diagnóstico se realizó siguiendo un algoritmo por exclusión después del segundo evento.

PRESENTACIÓN DEL CASO

Paciente masculino de 54 años de edad, cuyo padre falleció por sangrado de tubo digestivo sin documentar el sitio. No presentaba ninguna evidencia de sangrado crónico ni otro antecedente. Inicia su padecimiento con un episodio de sangrado de tubo digestivo, manifestado por hematemesis, melena e hipotensión. Fue tratado inicialmente en otra institución de manera conservadora; recibió transfusión y se le realizó una endoscopia que únicamente evidenció un síndrome de Mallory-Weiss. El paciente fue dado de alta con tratamiento médico. A los 10 días se presenta en el Servicio de Urgencias de nuestra institución, nuevamente con un sangrado masivo de tubo digestivo; en esta ocasión sin hematemesis.

En la evaluación inicial, se encuentra hemodinámicamente estable, con taquicardia y ligeramente hipotensor, con hemoglobina de 6.1 g. Una endoscopia reveló sangre digerida y coágulos en estómago sin evidencia de lesión hasta la segunda porción del duodeno (*Figura 1*). Se le transfundieron seis paquetes globulares; se realizó una tomografía con contraste de abdomen, una centellografía en busca de



Figura 1. Endoscopia de estómago y duodeno. Se observan coágulos gástricos y duodeno limpio.

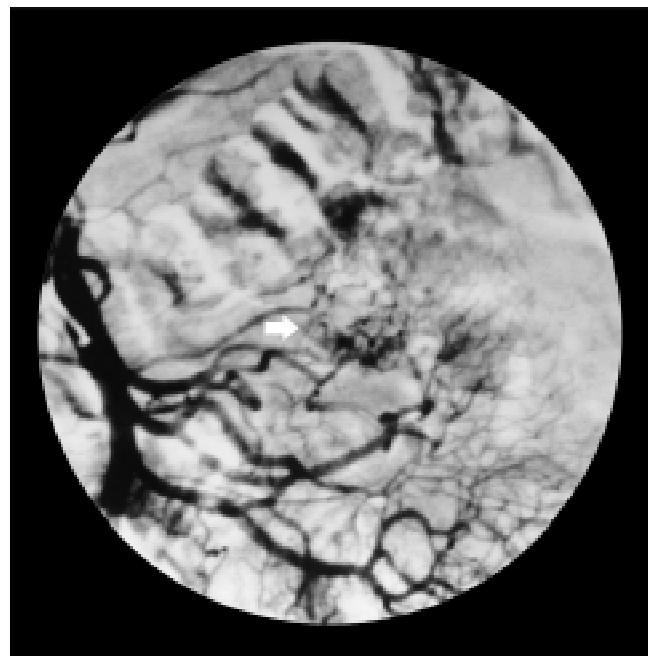


Figura 2. Arteriografía selectiva de mesentérica superior en la que se observan angiodisplasias yeyunales.

mucosa ectópica y sangrado activo, así como una nueva endoscopia alta. Todos los estudios resultaron normales, motivo por el cual se decide realizar una arteriografía selectiva (*Figura 2*), con base en este estudio se estableció el diagnóstico. El paciente fue sometido a una laparotomía exploradora, pero no se encontró ninguna lesión macroscópica evidente. Se realiza una enteroscopia transoperatoria la cual evidenció cinco sitios con anomalías vasculares, los cuales fueron identificados (*Figura 3*) y marcados. Se resecó un segmento de aproximadamente 70 cm de yeyuno a 20 cm del ligamento de Trietz. El resto del intestino no mostró evidencia de lesiones. La evolución postoperatoria fue satisfactoria, el informe definitivo de patología reportó múltiples angiodisplasias, hiperganglionosis focal y ganglios linfáticos con dilatación sinusoidal. El paciente fue egresado del hospital en buenas condiciones con cifras de hemoglobina dentro de límites normales.

DISCUSIÓN

Es importante considerar que, en comparación con el sangrado de tubo digestivo alto, el bajo es tres o

cuatro veces menos común y menos grave desde el punto de vista de presentación clínica, con una mortandad menor al 5%.⁸ Si al efectuar endoscopia alta o baja no hay evidencia de sangrado, habrá que considerar al intestino delgado como el sitio probable. En algunos pacientes con sangrado crónico de tubo digestivo bajo, la causa se atribuye a malformaciones vasculares del intestino delgado, siendo las más frecuentes angiodisplasias, ectasias venosas, telangiectasias, hemangiomas, malformaciones arteriovenosas y síndrome de Dieulafoy. Sin embargo, no encontramos referencias específicas como causa de sangrado masivo de tubo digestivo, cuya presentación clínica inicial hizo suponer que se trataba de un sangrado de tubo digestivo alto.

Las angiodisplasias son vasos pequeños dilatados, incluyendo capilares, que no contienen tejido displásico; se presentan a lo largo del intestino, tienen tendencia a ser recurrentes y aparecer con la edad; se cree que son las lesiones vasculares más comunes. Hasta el momento se desconoce la causa por la cual comienzan a sangrar, pero los mecanismos más aceptados son aumento de la presión intracapilar con adelgazamiento de la mucosa o lesión traumática intraluminal por residuos alimenticios. La historia natural sigue siendo desconocida. Se sabe que menos del 10% de los pacientes con angiodisplasias tendrán sangrado y en estos casos se desconoce la probabilidad de resangrado.⁹

Este tipo de sangrados presentan hechos clínicos significativos que los hacen difíciles de manejar, incluyendo el que cesen espontáneamente. Existen pocos métodos eficaces para el diagnóstico. La manifestación común de sangrado crónico es anemia y deficiencia de hierro que puede ser indistinguible del sangrado colónico. Habrá que aclarar que las probabilidades de resangrado después de cirugía son altas, sobre todo si se hizo una resección a ciegas.

El tratamiento de elección, sobre todo en casos como éste, con sangrado masivo que pone en peligro la vida del paciente, es la cirugía. Existen otras modalidades terapéuticas como la cateterización selectiva con aplicación de vasopresina u otros materiales embolizantes, la aplicación de Nd:YAG Láser, solo o combinado con técnicas vasculares. La

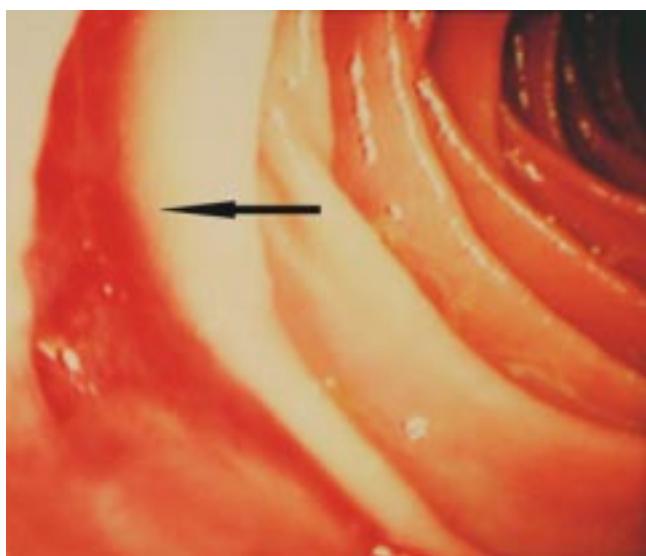


Figura 3. Esteroscopia transoperatoria. Se observan angiodisplasias yeyunales intraluminales

terapia hormonal deberá ser considerada en casos de sangrado crónico, cuando se documente la existencia de múltiples lesiones en las que no es posible considerar una resección; esta terapia deberá mantenerse de por vida, ya que la suspensión del tratamiento conlleva a la reaparición del sangrado.¹⁰

Existen casos similares a éste en los que el diagnóstico se realizó preoperatoriamente, con arteriografía, enteroscopia transoperatoria, confirmándolo con otros métodos más complicados.¹¹

CONCLUSIONES

El sangrado masivo de tubo digestivo causado por malformaciones vasculares del intestino delgado es poco común. Normalmente las manifestaciones de esta patología son sangrado gastrointestinal crónico bajo y anemia por deficiencia de hierro de causa inexplicable. Una vez ante el evento, las angiodisplasias son responsables de la mayoría de los casos.

La sospecha es fundamental para el diagnóstico. Es importante contar con un protocolo de evaluación perfectamente claro y bien establecido para abordar el sangrado masivo de tubo digestivo, para poder determinar, de acuerdo a cada caso en particular, el tratamiento más apropiado.

BIBLIOGRAFÍA

1. Vu H, Adams CJ Jr, Hoover EL. Jejunal angiomyolipoma presenting as acute lower gastrointestinal bleeding. *Am Surg* 1990; 56 (5): 302-304.
2. Grassi R, Mizio R, Romano S, Cappabianca S, del Vecchio W, Severini S. Multiple jejunal angiomyolipoma detected by enema-helical CT. *Clin Imaging* 2000; 24 (2): 61-63.
3. Zamir D, Zinger C, Jarchovsky J, Fireman Z, Magadle R, Zelicovski L et al. Gastrointestinal angiomyolipoma as a cause of hemorrhage in the digestive tract and treatment. *Harefach* 1997; 133 (1-2): 12-6.
4. Niño SJ, Girón QGE, Sánchez FP, Blanco BR, Gómez JLM, Muñoz OJR. Hemorragia de tubo digestivo secundario a angiomyolipoma yeyunal asociada a diverticulosis yeyunal. *Rev Gastroenterol Mex* 2000; 65 (2): 81-84.
5. Kawamura S, Nishijima M, Yamamoto T, Sakai KI, Hirai H, Imano M et al. Massive bleeding from multiple jejunal diverticula associated with angiomyolipoma: Report of a case. *Surg Today* 2000; 30 (8): 750-753.
6. Elste C, Adamek HE, Weber W, Arnold JC, Riemann JF. Angiomyolipoma in a jejunal diverticulum as an unusual cause of lower gastrointestinal bleeding. *Aktuelle Radiol* 1998; 8 (6): 299-301.
7. Sorbi D, Conio M, Gostout CJ. Vascular disorders of the small bowel. *Gastrointest Endosc Clin N Am* 1999; 9 (1): 71-92.
8. Gary R, Zuickerman DO, Chandra P. Acute lower intestinal bleeding. Part II. *Gastrointest Endosc* 1999; 49 (2).
9. Blair SL. High-Risk, Underappreciated, obscure or preventable causes of gastrointestinal bleeding. *Gastroenterol Clin N Am* 2000; 29 (1): 1-27.
10. Cacoub P, Sbai A, Benhamou Y, Godeau P, Piette JC. Severe gastrointestinal hemorrhage secondary to diffuse angiomyolipoma: efficacy of estrogen-progesterone treatment. *Presse Med* 2000; 29 (3): 139-141.
11. Koga H, Lida M, Nagai E, Aoyagi K, Matsumoto T, Takesue M, Yao T, Tsuneyoshi M, Fujishima M. Jejunal angiomyolipoma confirmed by intravascular injection technique in vitro. Report of a case and review of the literature. *J Clin Gastroenterol* 1996; 23 (2): 139-144.