

Hemangioma en íleon como causa de sangrado de origen oscuro

Diego Angulo-Molina,* Juan Carlos Salceda-Otero,* Diego Lozoya-González,** Alberto Farca-Belsaguy*

RESUMEN

El sangrado de origen oscuro es aquel en el cual no tenemos una etiología clara tras la realización de estudios endoscópicos. Existen dos variables clínicas: el sangrado oculto, que se manifiesta con anemia ferropénica o prueba de sangre oculta en heces positiva de forma repetida, y el sangrado visible, caracterizado por melena o hematoquecia. Con frecuencia estos sangrados ocurren en el intestino medio (ligamento de Treitz y válvula ileocecal) y continúan siendo un reto diagnóstico, ya que no logramos explorar estos sitios con los endoscopios convencionales. Actualmente, contamos con tecnologías que nos permiten explorar y realizar técnicas terapéuticas, como la cápsula endoscópica y la enteroscopia. Generalmente, estas dos técnicas son complementarias y se deben realizar en aquellos pacientes con sangrado de origen oscuro en los cuales ya se descartó la causa de sangrado con endoscopia de tubo digestivo alto y colonoscopia. Presentamos el caso de un paciente con anemia crónica secundaria a un hemangioma en íleon proximal que se diagnóstico y resolvió por medio de enteroscopia monobalón. Los hemangiomas son tumores vasculares con comportamiento benigno que pueden estar ubicados en cualquier segmento del tubo digestivo, siendo el sitio más común el intestino delgado, y cuando se manifiestan lo hacen generalmente con hemorragia de tubo digestivo.

Palabras clave: Hemangioma, sangrado gastrointestinal, enteroscopia.

Nivel de evidencia: IV.

Ileum hemangioma as a source of obscure gastrointestinal bleeding

ABSTRACT

Obscure gastrointestinal bleeding, defined as bleeding without an obvious etiology after endoscopic evaluation, could be categorized into occult bleeding (that is detected by the presence of iron deficiency anemia or repeatedly positive fecal occult blood tests) and obscure overt bleeding (based on the presence of melena or hematochezia). This bleeding frequently occurs between the ligament of Treitz and the ileocecal valve, and it continues to be a diagnostic challenge. Newer endoscopic evaluation techniques for the small bowel are available which help us to explore and perform therapeutic techniques; these include video capsule endoscopy and deep enteroscopy. Generally these two techniques are complementary and should be performed in patients with obscure gastrointestinal bleeding after an initial negative endoscopic evaluation including colonoscopy and upper endoscopy. We report a case of a patient with chronic anemia who was diagnosed and treated of an ileal hemangioma with single-balloon enteroscopy. Hemangiomas are benign vascular tumors that can be located anywhere in the gastrointestinal tract, more commonly in the small bowel, and whose main clinical manifestation is bleeding.

Key words: Hemangioma, gastrointestinal bleeding, enteroscopy.

Level of evidence: IV.

www.medigraphic.org.mx

* Gastroenterólogo-Endoscopista.

** Gastroenterólogo-Endoscopista y Motilidad Gastrointestinal.

Abreviaturas:

ETDA = Endoscopia de tubo digestivo alto.

Unidad de Endoscopia Avanzada, Centro Médico ABC, Ciudad de México.

Recibido para publicación: 13/02/13. Aceptado: 22/01/14.

Correspondencia: Dr. Diego Angulo Molina

Unidad de Endoscopia Avanzada, Centro Médico ABC Observatorio Sur 136, Núm. 116, Col. Las Américas, México, D.F., Tel. y fax: 5272-49-19. E-mail: angulod@yahoo.com

Este artículo puede ser consultado en versión completa en: <http://www.medigraphic.com/analesmedicos>

INTRODUCCIÓN

Uno de los grandes retos para el gastroenterólogo ha sido y continúa siendo el sangrado de origen oscuro, que se define como el sangrado oculto o manifiesto que persiste o recurre tras la realización de endoscopia de tubo digestivo alto (ETDA) y colonoscopia.¹ Entre las causas más comunes de sangrado de origen oscuro están lesiones de Dieulafoy, pólipos, malformaciones vasculares, lesiones por medicamentos y tumores. Aproximadamente el 5% de los sangrados ocurre entre el ligamento de Treitz y la válvula ileocecal.² Durante mucho tiempo, los métodos más utilizados para investigar el sitio de sangrado fueron el tránsito intestinal con bario, el gammagrama con eritrocitos marcados y la angiografía; debido a su poca sensibilidad y especificidad, estos métodos se reservan para casos muy específicos.³ Con los métodos actuales de cápsula endoscópica y de enteroscopia de empuje se ha logrado identificar y tratar a un mayor número de pacientes. Es bien conocido que una de las mayores limitantes de la cápsula endoscópica es la terapéutica; sin embargo, en la mayoría de los algoritmos propuestos, continúa siendo el segundo paso en la investigación del sangrado de origen oscuro, ya que la enteroscopia es un procedimiento que conlleva mayor riesgo y mayores costos. Los hemangiomas intestinales, hallazgo poco frecuente, son tumores vasculares benignos raros que son causa de sangrado de origen oscuro en 1.9% en algunas series.⁴ Desde el punto de vista macroscópico, los hemangiomas tienen un aspecto polipoide en la mayoría de los casos, y se pueden asociar a algunos síndromes cutáneos. Histológicamente se clasifican en capilares, cavernosos y mixtos, según el componente que predomina; el más frecuente es el cavernoso.^{5,6} El sangrado gastrointestinal es la manifestación más común, pero puede presentarse como dolor abdominal, obstrucción mecánica intestinal e intususcepción.

OBJETIVO

Presentar el caso de un paciente con hemangioma en íleon que ocasionaba anemia crónica; éste cual se diagnóstico y trató satisfactoriamente mediante enteroscopia de empuje con técnica de monobalón (Olympus SIF-Q180).

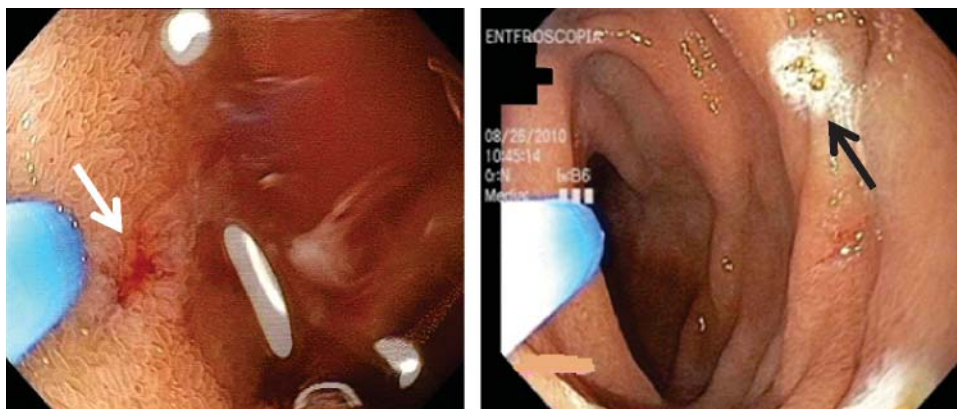
PRESENTACIÓN DEL CASO

Masculino de 53 años de edad con antecedentes de antrectomía con gastroyeyunoanastomosis por

úlcera péptica hace 25 años. Presenta cuadro de anemia microcítica e hipocrómica de dos meses sin datos macroscópicos de hemorragia, sangre oculta en heces positiva, habiendo requerido múltiples transfusiones, con tiempos de coagulación sin alteraciones. Se realizó ETDA y colonoscopia en aquella ocasión, sin revelar el posible sitio de sangrado. Acude nuevamente por un cuadro similar de anemia y sangre oculta en heces positiva, por lo que se realiza nuevamente ETDA, observándose los cambios postquirúrgicos de la gastrectomía, así como una gastropatía erosiva leve sin datos de sangrado y una colonoscopia con ileoscopia en la que únicamente se observaron hemorroides internas. Debido a que los hallazgos endoscópicos no explicaban el cuadro clínico, se decidió realizar una cápsula endoscópica (MiroCam) como parte del protocolo de hemorragia de origen oscuro e investigar posibles causas en el intestino medio. Los resultados de la cápsula, de igual manera, no fueron concluyentes, observándose un patrón vascular y vellosos normal. Se decidió dar tratamiento con inhibidor de bomba de protones y sucralfato vía oral, con seguimiento estrecho de los niveles de hemoglobina y prueba de sangre oculta en heces en forma seriada durante un mes. Durante el período de observación, continuó con descenso de las cifras de hemoglobina y sangre oculta en heces persistentemente positiva, por lo que se tomó la decisión de realizar enteroscopia monobalón (Olympus SIF-Q180) por vía anterógrada y retrógrada, con los siguientes resultados: en la enteroscopia anterógrada se observaron dos pequeñas ectasias vasculares, que fueron tratadas con haz de Argón (*Figura 1*). En la enteroscopia retrógrada se identificó a 60 cm de la válvula ileocecal un pólipo sésil ulcerado de aproximadamente 8 mm, que sangraba fácilmente al contacto con el enteroscopio. Se realizó resección en bloque con asa de polipectomía y se colocaron tres hemoclips (*Figura 2*). El diagnóstico histopatológico fue de un hemangioma capilar lobular ulcerado (*Figura 3*). El paciente fue dado de alta, se realizaron controles de hemoglobina a los dos meses, que fueron normales, así como sangre oculta en heces negativos.

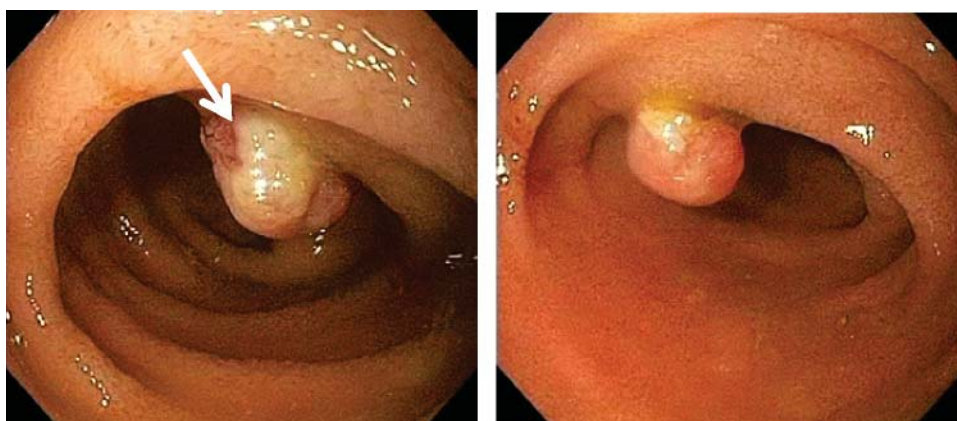
DISCUSIÓN

El abordaje del paciente con sangrado de origen oscuro debe ser sistemático. El uso de la cápsula endoscópica y la enteroscopia han revolucionado el diagnóstico de las diferentes patologías del intestino medio,



Enteroscopia anterógrada donde se observan pequeñas ectasias vasculares (flecha blanca), las cuales son tratadas con haz de argón (flecha negra).

Figura 1. Enteroscopia anterógrada.



Enteroscopia retrógrada donde se observa lesión polipoide con fibrina (flecha) en íleon.

Figura 2. Enteroscopia retrógrada.

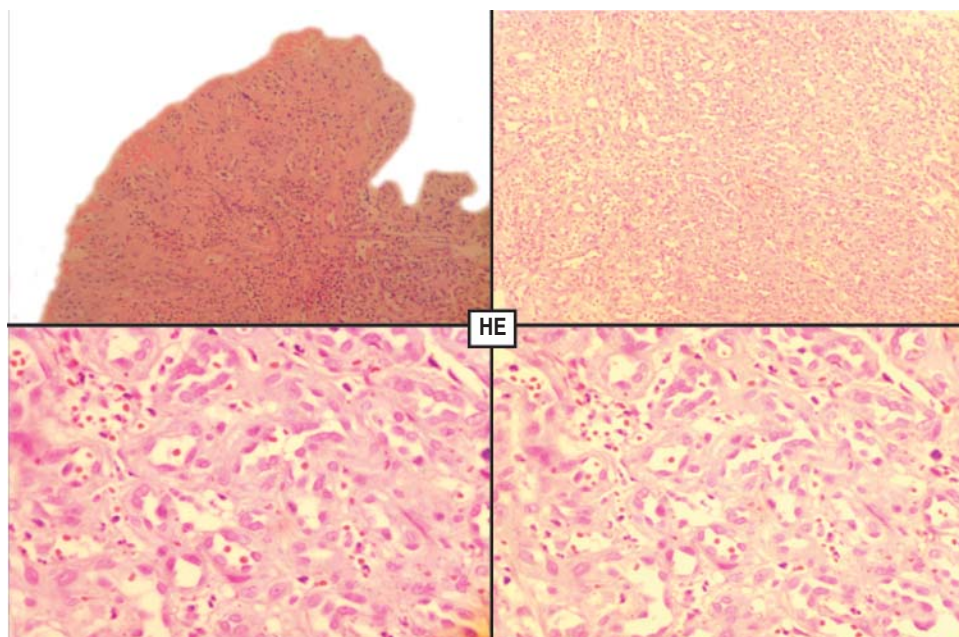
pero es importante tener en cuenta que son métodos con especificidad y sensibilidad variable y en ciertas ocasiones se requiere la realización de los dos métodos en forma secuencial, como en este caso, donde la cápsula no fue de utilidad. Sin embargo, en la actualidad la recomendación es que el estudio inicial sea con cápsula endoscópica, ya que es simple, no invasivo y mejor tolerado.⁷ En pacientes con diagnóstico de sangrado de origen oscuro, los resultados de la cápsula endoscópica predicen de cierta manera los hallazgos que podemos encontrar en la enteroscopia; desafortunadamente, esta correlación es más baja de lo esperado: la cápsula endoscópica no excluye totalmente lesiones que pueden ser vistas y tratadas durante la enteroscopia,⁸ como sucedió en el caso presentado.

El hemangioma intestinal es una causa poco frecuente de sangrado de tubo digestivo, de conducta benigna.⁴ Existen diversos reportes de casos similares publicados en la literatura; lo interesante de este caso es que anteriormente el abordaje diagnóstico y terapéutico era principalmente quirúrgi-

co. Actualmente contamos con el enteroscopio, que nos permite explorar segmentos del intestino delgado a los cuales no teníamos acceso. Está bien establecido que en un paciente con sangrado de origen oscuro, el primer paso a realizar es repetir los estudios endoscópicos (ETDA y colonoscopia), ya que existe la posibilidad de no visualizar lesiones que justifiquen el sangrado. Posteriormente, si las condiciones del paciente lo permiten, se debe realizar cápsula endoscópica; en caso de ser positiva y factible, seguirá la enteroscopia. Si el resultado de la cápsula es negativa, se debe individualizar el caso; existen diferentes opciones: vigilancia, repetir el estudio de cápsula, enteroscopia o algún otro de los métodos diagnósticos del intestino delgado mencionados anteriormente.⁹

CONCLUSIONES

El sangrado de origen oscuro es un padecimiento al cual nos enfrentamos, y puede llegar a ser complica-



Hemangioma capilar lobular (tinción hematoxilina-eosina).

Figura 3. Hallazgos microscópicos.

do establecer un diagnóstico y tratamiento. Se han realizado guías para optimizar el proceso diagnóstico, pero está claro que cada paciente se debe individualizar. Gracias al avance tecnológico contamos con métodos que nos permiten explorar con mayor facilidad el intestino delgado.

BIBLIOGRAFÍA

1. American Society for Gastrointestinal Endoscopy (Standards of Practice). The role of endoscopy in the management of obscure GI bleeding. *Gastrointest Endosc.* 2010; 72: 471-479.
2. Katz L. The role of surgery in occult gastrointestinal bleeding. *Semin Gastrointest Dis.* 1999; 10: 78-81.
3. Gerson L. Recurrent gastrointestinal bleeding after negative upper endoscopy and colonoscopy. *Clinic Gastroenterol Hepatol.* 2009; 7: 828-833.
4. Levy A, Abbott R, Rohrmann C. Gastrointestinal hemangiomas: imaging findings with pathologic correlation in pediatric and adult patients. *AJR.* 2001; 177: 1073-1081.
5. Richardson J. Vascular lesions of the intestines. *Am J Surg.* 1991; 161: 284-293.
6. Parquet R, Porfilio G, Bugallo M, Nakamura J, Alegre R. Hemangioma cavernoso: Una causa de hemorragia digestiva de origen oscuro. *Gastr Latinoam.* 2006; 17: 361-365.
7. De Leusse A, Vahedi K, Edery J, Tiah D, Fery-Lemonnier E, Cellier Y et al. Capsule endoscopy or push enteroscopy for first-line exploration of obscure gastrointestinal bleeding? *Gastroenterology.* 2007; 132: 855-862.
8. Balmadrid B, Seven G, Kozarek R, Ross A, Irini S, Gluck M et al. Video capsule endoscopy and double balloon enteroscopy in the evaluation of obscure gastrointestinal bleeding. *Gastrointest Endosc.* 2013; 77: No5S AB277.
9. Raju G, Gerson L, Das A, Lewis B. American Gastroenterological Association (AGA) Institute Medical Position Statement on Obscure Gastrointestinal Bleeding. *Gastroenterol.* 2007; 133: 1694-1696.