

## Imagen del mes

# Lesión sollevantada de intestino delgado en paciente con anemia por hemorragia gastrointestinal de origen oscuro

María Paula Vial C.<sup>1</sup>

### Image of the month

Small bowel elevated lesion in a patient with anemia due to obscure gastrointestinal hemorrhage

<sup>1</sup>Gastroenterología, Clínica Alemana de Santiago.

Recibido: 27 de diciembre de 2014  
Aceptado: 8 de febrero de 2015

**Correspondencia a:**  
María Paula Vial Cerda  
Av. Manquehue 5951,  
Vitacura, Santiago.  
Teléfono: [+56 2] 2101111.  
pvialc@alemana.cl

Mujer de 64 años con antecedentes médicos de hipertensión arterial, hipotiroidismo y *bypass* gástrico realizado el año 2003. Consulta por historia de 6 meses de evolución de epigastralgia. Se le solicitan exámenes donde destaca anemia ferropénica leve. Continuando el estudio se realiza una endoscopia digestiva alta y colonoscopia que no muestran lesiones.

Se realiza a continuación una enteroscopia. Mediante el sistema de doble balón se intuba profundamente el intestino delgado. Se comprueba muñón gástrico amplio y anastomosis gastro-yeyunal amplia. Aproximadamente a 200 cm se alcanza anastomosis entero-entérica

amplia y sin lesiones. Se escoge un asa y se avanza aproximadamente 250 cm por ella, sin visualizar la ampolla y sin alcanzar el ciego, pero comprobando morfología de mucosa de aspecto ileal. Aproximadamente 150 cm bajo la anastomosis existe una lesión polipoidea de 15 mm, subpediculada, con clara ulceración central, que parece depender de la mucosa. (Figuras 1 y 2). Se realiza inyección submucosa con adrenalina, comprobando elevación adecuada. (Figura 3). A continuación se realiza resección completa con asa, sin sangrado, recuperando la pieza para su estudio histológico. (Figura 4). Se concluye pólipo ulcerado yeyunal.

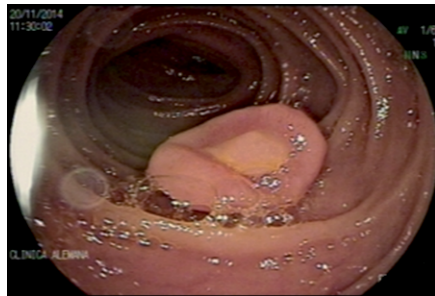


Figura 1.



Figura 2.

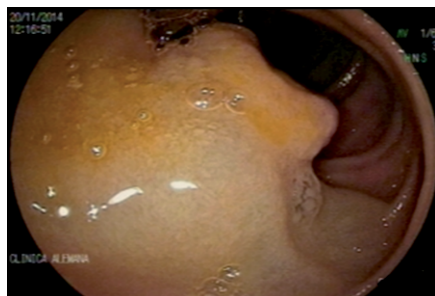
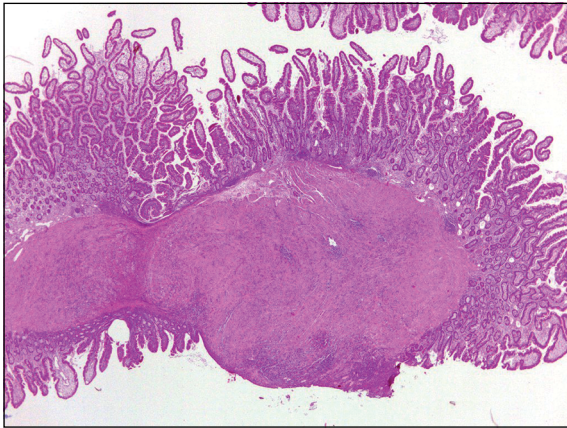


Figura 3.  
Inyectotografía con adrenalina.

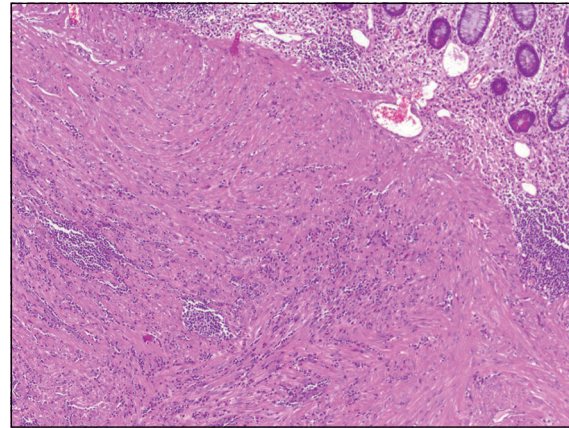


Figura 4.  
Polipectomía con asa.

Con esta imagen ¿Qué tipo de lesión sospecharía?



**Figura 5.** HE, aumento 2X. Formación polipoide revestida por mucosa de tipo intestino delgado de arquitectura conservada.



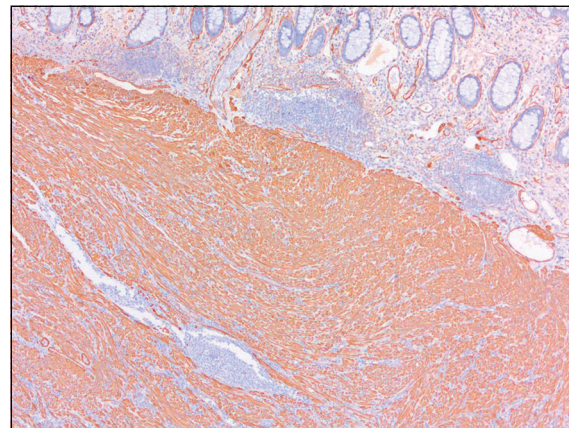
**Figura 6.** HE, aumento 10X. Proliferación nodular de células fusiformes, dispuesta en haces entrelazados, de núcleos elongados sin atipia ni mitosis y citoplasma eosinófilo pálido.

Endoscópicamente se sospecha un Adenoma ulcerado. Se envía pieza a anatomía patológica.

#### Anatomía patológica

Fragmento polipoideo pardo amarillento de 1,5 x 1 x 0,6 cm. Formación polipoide revestida por mucosa de intestino delgado, de arquitectura conservada, con erosión focal en superficie, y proliferación nodular de células fusiformes, dispuestas en haces entrelazados, de núcleos elongados sin atipia ni mitosis y citoplasma eosinófilo pálido. (Figuras 5 y 6). Las células son inmunorreactivas para actina músculo liso. (Figura 7) y negativas para CD 117 y CD34.

**Diagnóstico:** Leiomioma.



**Figura 7.** Las células son inmunorreactivas para Actina músculo liso.

#### Discusión

Los tumores benignos del intestino delgado representan algo menos de 5% del total de tumores del tubo digestivo<sup>1</sup>. Suelen ser asintomáticos y su diagnóstico se realiza, en la mayoría de las ocasiones, de forma accidental en el curso de una laparotomía o de un estudio necrópsico. Su incidencia es similar en varones y mujeres y pueden diagnosticarse a cualquier edad, aunque es más frecuente en edades avanzadas. Cuando ocasionan síntomas, los más frecuentes son los derivados de la obstrucción que producen al tránsito intestinal por sí mismos o al provocar una invaginación, en cuyo caso se manifiestan con dolor abdominal intermitente de tipo cólico y distensión abdominal. Otra forma de presentación clínica es la hemorragia digestiva aguda o, con mayor frecuencia, la anemia crónica por pérdida de sangre oculta en las heces.

Dentro de las lesiones benignas más frecuentes originadas en el intestino delgado se incluyen los adenomas, leiomiomas y lipomas.

Los adenomas se pueden localizar en cualquier tramo del intestino delgado, aunque su localización más frecuente es el duodeno o el íleon. Estos tumores representan 1/3 de todos los tumores benignos del intestino delgado.

Los leiomiomas son los segundos tumores benignos más frecuentes del intestino delgado y pueden hallarse en cualquier localización. Inciden por igual en ambos sexos y suelen diagnosticarse en edades avanzadas por síntomas de obstrucción intestinal o hemorragia<sup>2</sup>. Son masas únicas, firmes, grises o blancas bien definidas, que se originan de la capa submucosa de la pared del intestino delgado. Microscópicamente consisten en células musculares lisas bien diferenciadas. Estos tumores por lo general crecen extraluminalmente y de esta manera no son detectados hasta que aumenta su flujo vascular, causando necrosis central, ulceración y sangrado en el lumen intestinal.

## Imágenes en Gastroenterología

En los casos en que el crecimiento es intraluminal, la obstrucción puede ser su síntoma inicial<sup>1,3</sup>.

Los lipomas ocurren principalmente en el duodeno e íleon. Se originan del tejido adiposo submucoso;

pueden presentarse como una obstrucción, sangrado oculto o hallazgo incidental.

Otras lesiones benignas son los tumores desmoides y los hemangiomas.

### Referencias

- 1.- Miettinen M, Kopczynski J, Makhlouf HR, Sarlomo-Rikala M, Gyorffy H, Burke A, et al. Gastrointestinal stromal tumors, intramural leiomyomas in the duodenum: a clinicopathologic, immunohistochemical, and molecular genetic study of 167 cases. *Am J Surg Pathol* 2003; 27: 625-41.
- 2.- Blanchard DK, Budde JM, Hatch GF 3rd, Wertheimer-Hatch L, Hatch KF, Davis GB, et al. Tumors of the small intestine. *World J Surg* 2000, 24; 421-9.
- 3.- Pellisé M, Castells A. Tumores del intestino delgado. En: Montoro MA, García JC, editores. *Gastroenterología y Hepatología: Problemas comunes en la práctica clínica*. Madrid: Jarpyo Editores S.A.; 2012. pp. 435-42.