

Hemangioma cavernoso: Una causa de hemorragia digestiva de origen oscuro

Romina A. Parquet⁽¹⁾, Giovanna M. Porfilio G.⁽¹⁾, Mario J. Bugallo⁽²⁾, Junzo Nakamura⁽³⁾ y Rossanna M. Cristina Alegre⁽⁴⁾

CAVERNOUS HEMANGIOMA: A SOURCE OF BLEEDING OF OBSCURE ORIGIN

A 32 years old man presenting with two years of intermittent episodes of melena and anemia, without other pathological conditions. The laboratory results showed an hypochronic anemia. Coagulation studies were normal. No bleeding lesions were observed at upper and lower endoscopy. A scintigraphic study showed evidences of bleeding at the small bowel. Mesenteric angiography reported an ileal hemangioma. A resection of the lesion was performed without further bleeding until now. A review of the subject was done, looking for the incidence and behavior, in relation of the case, and patients with intestinal bleeding of obscure origin.

Key words: *Cavernous hemangioma, gastrointestinal bleeding, small intestinal tumor.*

Caso Clínico

Paciente de 32 años, sexo masculino, que consulta por melena intermitente y síndrome anémico de dos años de evolución, sin otros antecedentes patológicos de importancia, con historia de reiteradas transfusiones y hospitalizaciones, sin diagnóstico etiológico.

Antecedentes familiares: padre fallecido por tumor de intestino, al igual que dos de sus hermanos. Hábitos tóxicos: alcohol: 280 g por día, hace dos años. Niega ingesta de antiinflamatorios no esteroideos (AINES).

Examen físico: presión arterial 100/60 mmHg, frecuencia cardíaca 120/min, afebril. Palidez cutánea-mucosa, no presentaba lesiones en piel. Aparato cardiovascular: soplo sistólico en mesocardio. Abdomen: indoloro, ruidos hidroaéreos aumentados en frecuencia.

En los exámenes de laboratorio se observó hematocrito 19%, anemia microcítica hipocrómica, sin trastornos en la coagulación. La endoscopia oral efectuada hasta la segunda porción duodenal fue normal. La colonoscopia hasta el ciego no demostró lesiones orgánicas, pero presencia de sangre oscura en la luz. El

⁽¹⁾ Concurrentes de tercer año del servicio de Gastroenterología del Hospital Escuela General J. F. De San Martín.

⁽²⁾ Médico del Servicio de Gastroenterología del Hospital Escuela General J. F. De San Martín. Profesor Adjunto, Cátedra V Medicina, Facultad de Medicina, UNNE.

⁽³⁾ Médico del Servicio de Gastroenterología del Hospital Escuela General J. F. De San Martín. Profesor Adjunto, Cátedra II Medicina, Facultad de Medicina UNNE.

⁽⁴⁾ Médico del Servicio de Gastroenterología del Hospital Escuela General J. F. De San Martín. Instructor de Concurrentes del Servicio de Gastroenterología del Hospital Escuela Gral. San Martín.

Recibido: 20-1-2006

Aceptado con correcciones: 30-4-2006

tránsito de intestino delgado realizado seis meses atrás era normal. Debido a que en nuestro medio no disponemos de cápsula endoscópica se solicitó cintigrafía con glóbulos rojos marcados con Tc99, donde se observó concentración del material en hipogastrio, a nivel de las asas delgadas y pasaje al marco colónico; lo cual sugería sangrado en intestino delgado (Figura 1). Finalmente, se realizó angiografía esplácnica que evidenció un angioma irrigado por la rama ileal de la arteria ileocólica (Figura 2), de mediano tamaño y con dos ramas afluen-



Figura 1. Cintigrafía abdominal. Concentración del material en hipogastrio a nivel de asas delgadas y pasaje al marco colónico.

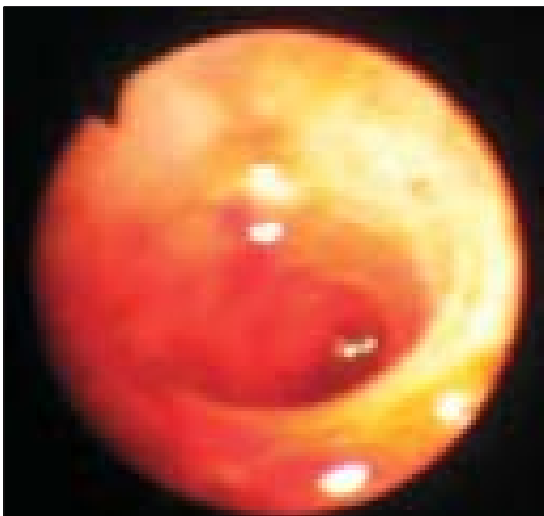


Figura 3. Endoscopia intraoperatoria. Protrusión vascular con escurrimiento sanguíneo.

tes principales; observándose un escaso sangrado hacia la luz intestinal.

Con el diagnóstico de angioma de íleon, se decidió efectuar una embolización mesentérica selectiva. Pese al procedimiento, el paciente continuó con melena, por lo que al sexto día se resolvió practicar una intervención quirúrgica.

Se realizó enteroscopia intraoperatoria (Figura 3) observándose una protrusión vascular con escurrimiento sanguíneo situada a 60 cm por encima de la válvula ileocecal. Se resecó el segmento comprometido (Figura 4), efectuándose anastomosis termino-terminal.

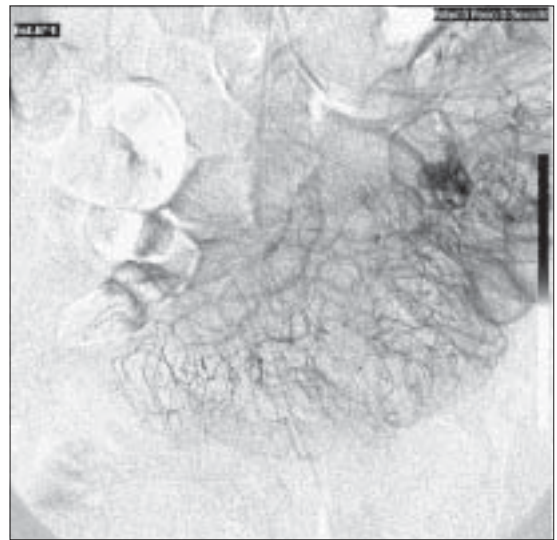


Figura 2. Arteriografía mesentérica selectiva: angioma irrigado por la rama ileal de la arteria ileocólica.



Figura 4. Pieza quirúrgica. Pliegues conservados, edematosos con área puntiforme cubierta por material fibrino hemático.

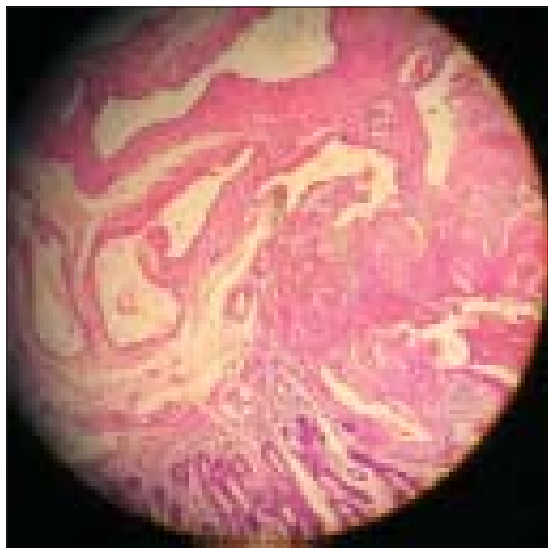


Figura 5. Anatomía patológica. Proliferación vascular a nivel de la submucosa y muscular propia, con vasos de luces irregulares y paredes gruesas, algunas con formación de trombos en la luz.

La anatomía patológica informó un Hemangioma cavernoso con ulceración superficial (Figura 5).

El paciente evolucionó favorablemente, y se dio el alta a los siete días del postoperatorio, no volvió a repetir episodios de melena hasta la fecha.

Discusión

La hemorragia digestiva es una entidad frecuente en nuestra especialidad¹. Las que se originan por encima del ángulo de Treitz, revisten mayor importancia por su intensidad; en estos casos la exploración endoscópica constituye un método rápido y eficaz para realizar un diagnóstico fidedigno.

Dentro de las hemorragias digestivas bajas, las que presentan mayor dificultad para su detección son las que obedecen a lesiones situadas entre el ángulo de Treitz y la válvula íleo-cecal¹⁻⁴, donde en más del 20% de los casos no se identifica la causa del sangrado debido a la dificultad para explorar el intestino delgado en toda su extensión. No obstante, en éste segmento del tubo digestivo las hemorragias graves no superan el 5% de los casos¹.

Dentro de las causas de sangrado gastrointestinal debemos considerar a las lesiones vasculares; el algoritmo diagnóstico de las lesiones vasculares intestinales distales al ángulo de Treitz es el de las hemorragias digestivas bajas⁵.

Luego de descartar causas de sangrado alto por medio de la esofagogastroduodenoscopia, y lesiones sangrantes por debajo de la válvula íleo-cecal, a través de la Colonoscopia, el siguiente paso nos introduce en el campo de las hemorragias de origen oscuro⁶, como el caso que describimos. Los principales métodos de diagnóstico usados para evaluar el intestino delgado son la Enteroclipia, la Enteroscopia⁷, y, en los últimos años, la endoscopia por cápsula que encuentra en el sangrado de origen oscuro una de sus indicaciones más precisas⁸. La enteroclipia es capaz de detectar masas, pero es inefectiva para detectar lesiones mucosas particularmente las ectasias vasculares. La Enteroscopia ya sea intraoperatoria, por pulsión o por medio de una sonda es un componente esencial en la evaluación de la mayoría de los pacientes con sangrado gastrointestinal de origen incierto⁷. En los últimos años ha cobrado gran importancia el uso de la endoscopia por cápsula, ésta visualiza en forma directa la mucosa del intestino delgado y consiste en una pequeña cápsula de 20 mm de largo y 10 mm de ancho que progresa por peristalsis y transmite aproximadamente 50.000 imágenes digitales en un período aproximado de ocho horas^{9,10}. Presenta como desventaja su elevado costo y su disponibilidad sólo en centros de mayor complejidad.

La cintigrafía abdominal tanto con sulfuro coloidal como con glóbulos rojos marcados con Tc99 permite localizar el sitio de sangrado, siempre que tenga un débito mayor a 0,1 mL/min y sugiere el segmento intestinal en el cual se está produciendo la extravasación pero no su causa^{5,11}.

La angiografía selectiva ofrece posibilidades de diagnóstico topográfico y etiológico y brinda también opciones terapéuticas. Identifica con éxito el sitio de la hemorragia en el 40-70% de los casos, y requiere de un débito superior: 0,5 mL/min^{1,5,11,12,14-17}. Su sensibilidad disminuye alrededor de 25% cuando el

sangrado activo se ha hecho más lento o se ha detenido¹.

Los hemangiomas son tumores vasculares benignos raros¹⁸, caracterizados por una historia natural de crecimiento e involución¹⁹. Algunos autores lo consideran lesiones hamartomatosas, debido a que en su mayor parte están presentes desde el nacimiento². Inician su fase de crecimiento durante los dos primeros meses de vida, proceso que continúa de cuatro a ocho meses para disminuir durante el último trimestre del primer año de vida del niño. No todos los hemangiomas regresan completamente¹⁹. Pueden estar ubicados en cualquier segmento del tubo digestivo, pero el intestino delgado es el sitio más común, representando aproximadamente 7-10% de todos los tumores benignos de este sector^{2,13,18}. Pueden comprometer también al hígado o formar parte de síndromes cutáneos tales como el síndrome del nevo azul ampollar, de Klippel-Trenaunay-Weber, síndrome de Malfucci o la hemangiomatosis intestinal difusa^{2,4,18,20,21}.

Desde el punto de vista macroscópico los hemangiomas cavernosos tienen aspecto de lesiones polipoides o de cúmulos de coloración rojo-púrpura sobre la mucosa². Histológicamente los hemangiomas son clasificados y nominados de acuerdo a sus componentes dominantes en capilares, cavernosos y mixtos, siendo la variedad más frecuente el hemangioma cavernoso^{4,22}. Este consiste en largos espacios dilatados e irregulares o sinusoides con contenido sanguíneo dentro de la mucosa y de la submucosa, limitados por una o varias capas de células endoteliales, que pueden presentar cambios degenerativos como trombosis, calcificaciones locales o hialinización. El hemangioma cavernoso puede además infiltrar largos segmentos del intestino delgado o el mesenterio^{2,18}. Los hombres resultan 1,5 veces más afectados que las mujeres con un predominio etario en la infancia y en la niñez¹⁸.

El sangrado gastrointestinal es la manifestación clínica más común, el que puede ser lento e insidioso o masivo y comprometer la vida del paciente. Pueden también presentarse con episodios de dolor abdominal, obstrucción mecánica intestinal, intususcepción y excepcionalmente perforación y malabsorción^{4,18,21}.

No es fácil llegar al diagnóstico preoperatorio de esta patología, según algunos autores puede lograrse en un 24%¹¹. Es fundamental realizar la endoscopia previa a la cirugía para determinar si la lesión es única o múltiple y su localización^{11,12,21}. La Enteroscopia del intestino delgado puede realizarse empleando un enteroscópio por impulsión permitiendo la visualización de más del 50% de la mucosa del intestino delgado con posibilidades diagnósticas y terapéuticas. La Enteroscopia intraoperatoria, realizando una enterotomía a través de la cual se introduce el endoscopio es otra opción¹, detecta anormalidades en el 70 a 100% de los casos⁷, éste fue el procedimiento realizado en nuestro paciente para determinar la extensión de la lesión y reseca el segmento comprometido.

El diagnóstico fue postoperatorio, mediante el estudio histopatológico del segmento resecaado.

El tratamiento de estas lesiones es habitualmente quirúrgico, ya que nunca involucionan y por lo tanto deben ser tratadas²³.

Cuando la causa y la topografía, o al menos ésta última, están reconocidas, debe recurrirse a la cirugía selectiva y a resecciones parciales ya que las medidas locales destinadas a controlar el sangrado como la embolización selectiva, o ligadura de los principales vasos aferentes, sólo son eficaces temporalmente^{13,23}. La extirpación endoscópica puede ser una alternativa eficaz sobre todo en hemangiomas de pequeño tamaño, solitarios o escasos, pediculados, y localizados en las primeras asas del yeyuno o del íleon terminal^{2,4,15,16,21,24,25}. La radioterapia está contraindicada para el tratamiento de los tumores vasculares de la infancia debido a los efectos colaterales permanentes²³.

Resumen

Comunicamos el caso de un paciente de 32 años, sexo masculino, que consultó por melena intermitente y síndrome anémico de dos años de evolución, sin otros antecedentes patológicos de importancia. El laboratorio reveló anemia hipocroma, sin trastornos de la coagulación. Los exámenes endos-

cópicos altos y bajos del tubo digestivo no demostraron lesiones sangrantes y la cintigrafía evidenció un sangrado a nivel de intestino delgado. La arteriografía mesentérica selectiva demostró un hemangioma en porción terminal del íleon. Se realizó resección del segmento intestinal comprometido, evolucionando favorablemente, sin reincidencia de sangrado hasta la fecha. Efectuamos una revisión de la literatura principalmente dedicada a la incidencia de esta patología y al enfoque de pacientes que se presentan con un sangrado digestivo de origen oscuro.

Palabras claves: Hemangioma cavernoso, hemorragia digestiva, tumor intestino delgado.

Bibliografía

- 1.- Talley N. Sangrado gastrointestinal recurrente no identificable. *InterConsulta* 1999; 13: 36-48.
- 2.- Sleisenger M H, Fordtran J S. Enfermedades Gastrointestinales. Ed Panamericana 2004: 2507-8.
- 3.- Maglinte D, O'Connor K, Bessette J, et al. The role of the physician in the late diagnosis of primary malignant tumors of the small intestine. *Am J Gastroenterol* 1991; 86: 304-8.
- 4.- Richardson J. Vascular lesions of the intestines. *Am J Surg* 1991; 161: 284-93.
- 5.- Fordeq A. Bleeding from the small intestine and colon. *Probl Gen Surg* 1987; 4:363.
- 6.- Peterson W, Barnett C, Smith H, et al. Routine early endoscopy in upper gastrointestinal tract bleeding: a randomized, controlled trial. *N Engl J Med* 1981; 304: 925-9.
- 7.- Rockey D. Occult gastrointestinal bleeding. *N Engl J Med* 1999; 341: 38-46.
- 8.- Ginsberg G, Barkun A, Bosco J, et al. Wireless capsule endoscopy: August 2002. *Gastrointest Endosc* 2002; 56: 621-4.
- 9.- Keroack M, Peralta R, Abramson S, Misdraji J. Case records of the Massachusetts General Hospital. Weekly clinicopathological exercises. Case 24-2004. A 48-year-old man with recurrent gastrointestinal bleeding. *N Engl J Med* 2004; 351: 488-95.
- 10.- Hara A, Leighton J, Sharma V, Fleischer D. Small bowel: preliminary comparison of capsule endoscopy with barium study and CT. *Radiology* 2004; 230: 260-5
- 11.- González Conde R, Parada R, Cobos J M, et al. Massive lower digestive hemorrhage caused by jejunal cavernous haemangioma detected with scintigraphy. *Rev Esp Enferm Dig* 1993; 83: 123-6.
- 12.- Ramanujam P S, Venkatesh K S, Bettinger L, et al. Hemangioma of the small intestine: case report and literature review. *Am J Gastroenterol* 1995; 90: 2063-4.
- 13.- Calvo A, Rece R, Montón S, et al. Hemangioma cavernoso de intestino delgado: una causa rara de obstrucción intestinal. *An Sist Sanit Navar* 2003; 26: 437-40.
- 14.- Saura A, Bello P, Hervás I, et al. Detección de un hemangioma intestinal mediante Gammagrafía con hematíes marcados con Tc.-99. *Alasbimn Congress Nuclear medicine*. 1999.
- 15.- Iwata Y, Shiomi S, Otso R, et al. A case of cavernous haemangioma of the small intestine diagnosed by scintigraphy with Tc-99m-labeled red blood cells. *Ann Nucl Med* 2000; 14: 373-6.
- 16.- Zaballos P, Morales A, Ros C, et al. Semiología de las manifestaciones cutáneas asociadas a hemorragia gastrointestinal. *Med Integr* 2002; 39: 408-19.
- 17.- Gutiérrez Alonso C, Pérez Pérez A, Bello P, et al. Hemangioma cavernoso intestinal con anemia recurrente como único síntoma. *Rev Esp Pediatr* 2001; 57: 204-6.
- 18.- Levy A, Abbott R, Rohrmann C Jr, et al. Gastrointestinal hemangiomas: imaging findings with pathologic correlation in pediatric and adult patients. *AJR* 2001; 177: 1073-81.
- 19.- Soto J. Patología y patogénesis de los hemangiomas. *An Sist Sanit Navar* 2004; 27 (Suppl 1): 27-31.
- 20.- Carr M, Jamieson C, Lal G. Blue rubber bleb syndrome. *Can J Surg* 1996; 39: 59-62.
- 21.- López Gutiérrez J C. Precisiones en el diagnóstico y tratamiento de los tumores vasculares congénitos. *An Pediatr* 2002; 57: 592.
- 22.- Boyle L, Lack E. Solitary cavernous hemangioma of small intestine. Case report and literature review. *Arch Pathol Lab Med* 1993; 117: 939-41.
- 23.- Lloret P. Tratamiento médico de los hemangiomas. *An Sist Sanit Navar* 2004; 27 (Suppl I): 81-92.
- 24.- Fuentes C, Rodríguez Pérez A, Mateos R, et al. Hemorragia gastrointestinal recurrente por hemangioma mesentérico con afectación del intestino delgado. *Med Clin (Barc)* 2002; 119: 437-8.
- 25.- Fenoglio-Preiser C, Pascal R, Perzin K. *En Atlas of tumor pathology: tumors of the intestines, 2nd series, fasc. 27*. Washington, DC: Armed Forces Institute of Pathology 1990: 473-83.