

Desafío endoscópico

Patricio Ibáñez L.¹

Endoscopic quiz

¹Departamento de Gastroenterología, Escuela de Medicina, Pontificia Universidad Católica de Chile.

Recibido: 02 de julio de 2010

Aceptado: 13 de julio de 2010

Correspondencia a:

Dr. Patricio Ibáñez L.
Fono-Fax:
+56 2 639 7780
Marcoleta 367
Santiago, Chile.
6510260
E-mail: pibanez@med.puc.cl

Hombre de 68 años con antecedentes de hemorragia digestiva de origen no precisado, caracterizado por anemia ferropriva, con caída de 10% de hematocrito en promedio, sin el requerimiento de transfusiones. No es fumador, no usa antiinflamatorios no esteroideos (AINEs) ni anticoagulantes. Ha sido estudiado con endoscopia digestiva alta (3), colonoscopias (2, 1 con

ileoscopia) y tomografía computada (TC) de abdomen-pelvis, sin lograr precisar el origen del sangrado. Se realizaron marcadores para enfermedad celíaca (anticuerpos anti-endomisio) que fueron negativos.

El paciente es derivado para un estudio por cápsula endoscópica (CE) con los siguientes hallazgos a nivel del ileon proximal y medio (Figuras 1 y 2).



Figura 1.

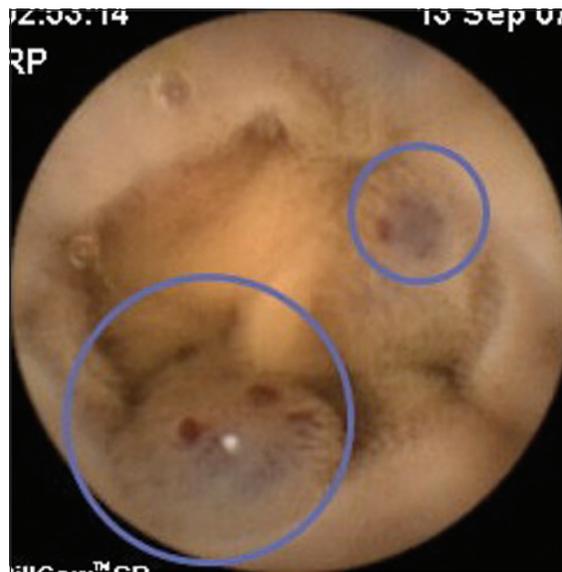


Figura 2.

¿Cuál es su diagnóstico?

¿Cuáles son las recomendaciones motivadas por este diagnóstico?

Imágenes en Gastroenterología

Comentario

Diagnóstico endoscópico

Los hallazgos son lesiones de tipo hemangiomas de color azulado o violáceo ubicados en el íleon, estas lesiones son características del síndrome del nevo gomoso azul (*blue rubber-bleb nevus syndrome-BRBNS*), entidad poco frecuente que se caracteriza por lesiones hemangiomatosas (de origen venoso) en la piel y otros órganos como el cerebro, riñones, pulmones y ojos, siendo el tracto digestivo el más afectado después de la piel. Las lesiones son prominentes y de consistencia gomosa al tacto¹⁻⁴. (En nuestro caso, el paciente en retrospectiva fue consultado y señaló tener lesiones cutáneas en el dorso compatibles con esta descripción). El aspecto endoscópico de las lesiones es el de formaciones angiomatosas, nodulares, de color violáceo, que hacen relieve en la mucosa, de superficie rugosa, en ocasiones con umbilicación central^{5,6}.

El cuadro clínico más frecuente es de anemia

ferropriva crónica secundaria a sangrado digestivo oculto. Puede aparecer en edades tempranas, existiendo reportes de pacientes pediátricos con este tipo de lesiones. Cuando existe la sospecha de afectación digestiva, el diagnóstico se apoya en técnicas endoscópicas, siendo la CE un método útil para su identificación y seguimiento posterior. El tratamiento, basado en el reporte de casos, puede ser conservador, con el aporte de hierro y transfusiones. El uso de corticoides y octeotride se ha planteado como alternativa de terapia médica. La terapia endoscópica con coagulación con Argón (APC) ha logrado buenos resultados en casos seleccionados. La cirugía también ha mostrado ser una alternativa con la resección de los segmentos de intestino afectados⁷. En todas las series publicadas, incluyendo las guías de estudio y tratamiento de la hemorragia digestiva de origen oscuro, la CE es un método diagnóstico señalado con un alto rendimiento⁸⁻¹¹. En el caso descrito se pudo establecer, mediante CE, el diagnóstico y con esa información discutir con el paciente las mejores opciones de tratamiento.

Referencias

- 1.- Fernandes C, Silva A, Coelho A, Campos M, Pontes F. Blue rubber bleb naevus: case report and literature review. *Eur J Gastroenterol Hepatol* 1999; 11: 455-7.
- 2.- Beck PL, Aspinall AI, Kilvert VM, Dort J. Blue rubber bleb nevus syndrome. *Gastrointestinal Endoscopy* 2002; 4: 598-600.
- 3.- De Bona M, Bellumat A, De Boni M. Capsule endoscopy for the diagnosis and follow-up of blue rubber bleb nevus syndrome. *Dig Liver Dis* 2005; 37: 451-3.
- 4.- Okabayashi K, Hasegawa H, Nishibori H, Ishii Y, Kitajima M. A case of laparoscopic surgery for blue rubber bleb nevus syndrome. *Hepatogastroenterology* 2007; 54: 451-3.
- 5.- Nahm WK, Moise S, Eichenfield LF, Paller AS, Nathanson L, Malicki DM, et al. Venous malformations in rubber bleb nevus syndrome: variable onset of presentation. *J Am Acad Dermatol* 2004; 50: S101-6.
- 6.- Lopes L, Ramada J, Certo M. Blue rubber bleb nevus syndrome: capsule endoscopy in a patient with GI bleeding. *Gastrointest Endosc* 2007; 65: 151-2.
- 7.- Shahed M, Hagenmüller F, Rösch T, Classen M, Encke A, Siewert JR. A 19-year-old female with blue rubber bleb nevus syndrome. Endoscopic laser photocoagulation and surgical resection of gastrointestinal angiomata. *Endoscopy* 1990; 22: 54-6.
- 8.- Anzinger M, Gospos J, Pitzl H, Koletzko S, Heldwein W, Schmitt W. Blue rubber-bleb nevus syndrome and therapeutic double balloon enteroscopy. *Z Gastroenterol* 2006; 44: 1141-4.
- 9.- Fish L, Fireman Z, Kopelman Y, Sternberg A. Blue rubber bleb nevus syndrome: small-bowel lesions diagnosed by capsule endoscopy. *Endoscopy* 2004; 36: 836.
- 10.- Sanhueza E, Ibáñez P, Araya R, Delgado I, Quezada S, Jaude L, et al. Utilidad de la cápsula endoscópica como método diagnóstico en el estudio de patología de intestino delgado. *Rev Med Chile* 2010; 138: 303-8.
- 11.- Raju GS, Gerson L, Das A, Lewis B, American Gastroenterological Association. American Gastroenterological Association (AGA) Institute technical review on obscure gastrointestinal bleeding. *Gastroenterology* 2007; 133: 1697-717.