

## CASOS CLÍNICOS

# Hemorragia digestiva oculta por un tumor del intestino delgado

Drs. ALEJANDRO BARRERA E, PABLO MORATÓ A, GUILLERMO BANNURA C, PAULINA PEÑALOZA M, DARÍO MARTÍNEZ O, Int. Sr. DIEGO MASSOLI I

Servicio y Departamento de Cirugía y Anatomía Patológica, Unidad de Hemodinamia, Hospital Clínico San Borja Arriarán, Campus Centro, Facultad de Medicina, Universidad de Chile

### RESUMEN

La hemorragia digestiva de origen oculto se define por la incapacidad de precisar el sitio de sangrado después de una endoscopia alta y una colonoscopia. Corresponde al 5% de las hemorragias gastrointestinales. En estos pacientes la cintigrafía con glóbulos rojos marcados, la arteriografía y la enteroscopia intraoperatoria pueden contribuir al diagnóstico y a localizar el sitio de hemorragia. Se presenta un caso clínico de hemorragia digestiva baja de origen oculto. Corresponde a un varón de 56 años sin antecedentes mórbidos, que desde enero del 2000 presenta nueve episodios de sangrado digestivo con múltiples hospitalizaciones y transfusiones repetidas por anemia. En todas éstas se realizó una endoscopia alta y en tres oportunidades una colonoscopia, todas ellas normales. Además, se realizó un tránsito baritado de intestino delgado y una tomografía computada de abdomen también normales. Durante la última hospitalización se solicitó una cintigrafía con glóbulos rojos marcados que mostró una extravasación del radiofármaco en la fosa ilíaca derecha. Posteriormente se efectuó una arteriografía selectiva de arteria mesentérica superior que evidenció una extravasación en la fosa ilíaca izquierda en relación al intestino delgado. Se realizó una laparotomía exploradora encontrándose un tumor de intestino delgado a 60 centímetros de la válvula íleo cecal practicándose una resección en cuña, con lo que se observa una ulceración de la mucosa con un sangrado activo. Evolucionó en buenas condiciones, sin resangrado, y mantiene controles en policlínico. La biopsia mostró un tumor estromal gastrointestinal benigno.

PALABRAS CLAVES: **Hemorragia digestiva oculta, tumor intestino delgado, tumor estromal**

### SUMMARY

Occult gastrointestinal (GI) hemorrhage is defined as such, when no bleeding site is found after upper endoscopy and colonoscopy have been performed. Five per cent of GI hemorrhages are occult. Scans with labeled red blood cells, arteriography or intraoperative enteroscopy may contribute to finding the site of bleeding. We report the case of a previously healthy 56 years-old male who since January 2000, had been admitted to the hospital in 9 occasions for occult GI bleeding. He had received multiple blood transfusions for anemia. Several upper endoscopies and colonoscopies were reported as normal. Also, a small intestine series and an abdominal CT scan were unremarkable. During his latest hospitalization, a labeled red blood cell scan showed a leak at the right lower quadrant. Subsequently, a superior mesenteric selective arteriography showed extravasation at the left lower quadrant in relation to the small intestine. An exploratory laparotomy showed a tumor located in the small intestine, 60 cm from the ileocecal valve. A wedge resection was done which showed an actively bleeding mucosal ulceration. The postoperative course was uneventful. At follow-up no new bleeding episodes have been reported. The biopsy was reported as a benign gastrointestinal stromal tumor.

KEY WORDS: **Occult gastrointestinal hemorrhage, tumor of the small intestine, gastrointestinal stromal tumor**

### INTRODUCCIÓN

La hemorragia digestiva de origen oculto (HDOO) se define como el cuadro de sangrado digestivo, en que su causa y localización permanece desconocida luego de una endoscopia alta y una colonoscopia.<sup>1,2</sup> Se calcula que corresponde a un 5% del total de sangrados digestivos<sup>3,4</sup> y aunque un grupo de pacientes nunca vuelve a sangrar, al menos el 50% de ellos presentan episodios recurrentes de hemorragia digestiva.<sup>5</sup> Las causas más frecuentes son las angioplasias del tracto digestivo y las lesiones sangrantes del intestino delgado.<sup>2</sup>

El examen de un paciente con sangrado proveniente del intestino delgado es particularmente difícil, ya que este segmento del tubo digestivo es habitualmente inaccesible a los estudios endoscópicos corrientes y los estudios radiológicos baritados tienen una proporción importante de falsos negativos, especialmente en lesiones superficiales de la mucosa o pequeñas lesiones vasculares.<sup>6</sup> Entre éstas, los tumores del intestino delgado pueden constituir una urgencia quirúrgica dado por el sangrado recurrente, en ocasiones con carácter masivo.<sup>7</sup>

Presentamos un caso clínico de hemorragia digestiva de origen oculto que nos correspondió tratar, y cuyo origen se encontró en un tumor estromal del intestino delgado.

### CASO CLÍNICO

Corresponde a un varón de 56 años, obeso, sin antecedentes mórbidos conocidos, que en enero de 2000 presenta un episodio de deposiciones melánicas seguidas por hematemesis, por lo que se realiza una endoscopia digestiva alta que muestra erosiones en esófago distal, siendo catalogado como un Síndrome de Mallory-Weis y es dado de

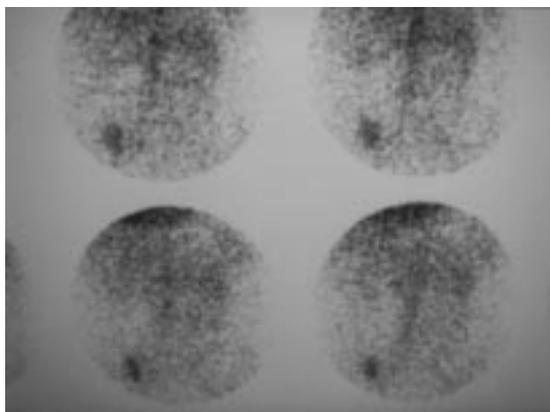


Figura 1. Cintigrama con glóbulos rojos marcados.

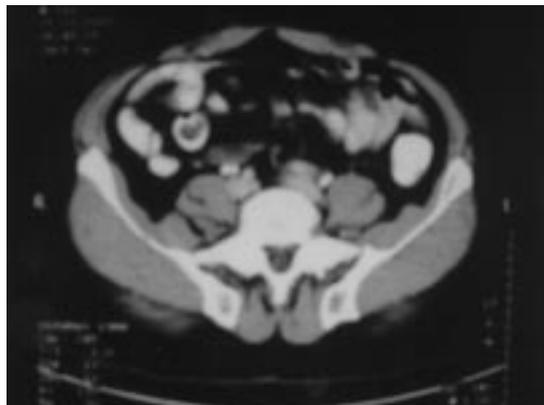


Figura 2. Tomografía computada: tumor exofítico de intestino delgado.

alta con tratamiento médico. Aproximadamente a los dos meses, y encontrándose con un tratamiento bien llevado, presenta un episodio de hemorragia digestiva, por lo que vuelve a consultar pesquisándose un hematocrito de 25%, y es transfundido con glóbulos rojos. El nuevo estudio endoscópico alto es normal, realizándose una colonoscopia que también es informada como normal. Hasta mayo del año 2002 presenta 8 hospitalizaciones por sangrado digestivo con anemia secundaria que requiere transfusiones de glóbulos rojos en 7 de ellas, nunca presenta compromiso hemodinámico y la anemia es de un patrón crónico. En todas ellas se realizó una endoscopia alta y en tres una colonoscopia sin hallazgos patológicos. Se realiza, además, un estudio baritado de intestino delgado que es informado como normal y una tomografía computada de abdomen que informa un engrosamiento parietal en relación al íleon distal. En el mes de mayo de 2002 presenta un nuevo episodio de hemorragia digestiva, por lo que nuevamente se hospitaliza. Una nue-



Figura 3. Macroscopia intraoperatoria.



Figura 4. Macroscopia al corte.

va endoscopia alta y una colonoscopia son informadas como normales. Se realiza una cintigrafía con glóbulos rojos marcados que muestra una extravasación del radiofármaco en la fosa ilíaca derecha. En este momento es evaluado por cirugía, evidenciándose un sangrado activo, sin carácter de masivo, por lo que se decide efectuar una arteriografía selectiva, la que muestra un sangrado activo en el territorio de la arteria mesentérica superior hacia la fosa ilíaca izquierda, correspondiendo aproximadamente al ileon. Se somete a una laparotomía exploradora, encontrándose un tumor de ileon a 60 cm de la válvula ileocecal, exofítico, de 4 cm de tamaño, sin infiltración de órganos vecinos y con signos evidentes de sangrado, lo que se comprueba al realizar una enterotomía, que muestra una ulceración de la mucosa con sangrado activo. Se realiza una resección intestinal en cuña y una enterorrafia con poliglactina 3-0 en dos planos. El paciente evoluciona en buenas condiciones sin nuevos episodios de sangrado, es dado de alta al sexto día postoperatorio y mantiene controles en policlínico, mostrando una franca recuperación de su cuadro anémico, sin suplemento de hierro oral.

La biopsia diferida de la pieza operatoria evidenció que se trataba de un tumor estromal gastrointestinal con bajo riesgo de malignidad, lo que fue confirmado por el estudio inmunohistoquímico.

### DISCUSIÓN

El amplio uso de la endoscopia digestiva alta y la colonoscopia ha permitido estudiar y establecer el diagnóstico topográfico y en muchas ocasiones etiológico de las hemorragias digestivas.<sup>1</sup> Sin embargo, existe un pequeño porcentaje de pacientes en que el diagnóstico permanece desconocido después de realizar dichos estudios endoscópicos.

Estos cuadros conocidos como HDOO corresponden al 5% de todos los sangrados del tubo digestivo y aproximadamente la mitad de ellos no se vuelve a repetir, permaneciendo sin diagnóstico, pero sin representar un dilema para el paciente ni para el clínico.<sup>2</sup> El problema lo plantean aquellos pacientes, con sangrado masivo continuo o recurrente, en quienes se deben aplicar otros métodos diagnósticos para establecer el sitio de origen y eventualmente su etiología.

Desde la década del 80 se han aplicado la cintigrafía con glóbulos rojos marcados y la arteriografía para el estudio de estos cuadros<sup>8</sup> con el objetivo de establecer un diagnóstico más precoz y preciso y así mejorar su pronóstico. En presencia de hemorragia digestiva, la cintigrafía muestra una actividad radio isotópica extravasada que sigue la anatomía del intestino y tiene una progresión anterógrada. Dependiendo de la cuantía del sangrado, puede persistir o aumentar la intensidad de la marca lo que permite una localización más precisa del sitio de origen.<sup>9</sup> Su sensibilidad y especificidad son mayores de 90% y los pacientes que muestran un sangrado activo con la cintigrafía requieren una intervención quirúrgica con una frecuencia 5 veces mayor que los que no la muestran.<sup>10</sup> El volumen de sangrado necesario para obtener un examen positivo es de 0,1 a 0,5 ml por minuto. Se debe considerar el efecto del peristaltismo al momento de analizar los resultados del examen, ya que al ser muy rápido en el intestino delgado, la ubicación de la hemorragia puede ser errónea por la progresión anterógrada del radioisótopo, como ocurrió en el caso que presentamos.

La arteriografía selectiva de tronco celíaco, arteria mesentérica superior e inferior es sumamente útil en los casos de sangrado activo, con un volumen mayor a 0,5 a 1 ml por minuto.<sup>2,8</sup> Muchas lesiones como las angiodisplasias, hemangiomas, divertículo de Meckel con mucosa gástrica ectópica y tumores del intestino delgado pueden ser demostrados aun en ausencia de sangrado activo,<sup>11</sup> aunque en ocasiones se deben realizar exámenes repetidos.<sup>12</sup>

En los casos en que estos exámenes no muestren el sitio de sangrado y la condición clínica del paciente obliga a una cirugía de urgencia, la exploración completa del intestino delgado y la enteroscopia intraoperatoria cobran una importancia fundamental.<sup>2</sup>

Los tumores de intestino delgado son una condición poco frecuente, calculándose su incidencia en un 3 a 5% de todos los tumores del tubo digestivo, encontrándose en el 0,16% del material de autopsias.<sup>13,14</sup> De éstos, un grupo importante son

**Tabla 1**  
**EVALUACIÓN DE RIESGO DE MALIGNIDAD**

	<i>Bajo riesgo</i>	<i>Alto riesgo</i>
Localización	Estómago, duodeno	Ileon distal, colon
Tamaño	Menor de 5 cm	Mayor de 5 cm
Índice mitótico	0 ó 1 mitosis por 50 CGA	2 ó + mitosis por 50 CGA
Antígeno de proliferación nuclear	Menor al 10%	Mayor al 10%
Infiltración de órganos vecinos	Ausente	Presente
Ploidía en G2	Alto diploidía	Alta aneuploidía

CGA: Campos de gran aumento.

los tumores estromales, donde se agrupan los miomas, Schwannomas y otras lesiones derivadas del mesénquima. Se desconocen los factores de riesgo para su aparición así como su etiología. Su forma de presentación depende del tamaño de la lesión, reconociéndose que las lesiones menores de 2 cm son habitualmente asintomáticas. De acuerdo con los estudios clínicos los síntomas más frecuentes son el dolor abdominal vago (50 a 70%) y la hemorragia digestiva (20 a 50%).<sup>15</sup> Se estima que el 10 a 30% de estos tumores estromales son de alto riesgo de recidiva o de presentar metástasis, conceptos que han reemplazado la calificación de benigno o maligno. La evaluación de este riesgo se debe realizar considerando una serie de factores que incluye la localización, tamaño, índice mitótico, infiltración de órganos vecinos, presencia de antígeno de proliferación nuclear, y ploidía del DNA en G2 determinada por citometría de flujo, como se muestra en la Tabla 1. El tratamiento es la resección, que en el caso de lesiones pequeñas puede ser realizada en cuña, con bordes adecuados y con buenos resultados como en el caso que nos correspondió tratar.

### **BIBLIOGRAFÍA**

1. Tapia A, Domínguez J, Ibáñez L *et al*: Hemorragia digestiva de origen oculto. Experiencia en 31 casos. *Rev Méd Chile* 1994; 122: 408-14.
2. Lau WY, Yuen WK, Chu KW, Poon GP, Li AKC: Obscure bleeding of the gastrointestinal tract originating in the small intestine. *Surgery* 1992; 174: 119-24.
3. Spiller RC, Parkins RA: Recurrent gastrointestinal bleeding of obscure origin: report of 17 cases and guide to logical management. *Br J Surg* 1983; 70: 489-93.
4. Lewis BS, Waye JD: Chronic gastrointestinal bleeding of obscure origin: role of small bowel enteroscopy. *Gastroenterology* 1988; 94: 1117-20.
5. Birke G, Engstedt L: Melaena and haematemesis - follow up investigation with special reference to bleeding of unknown origin. *Gastroenterology* 1956; 85: 97-115.
6. Rabe FE, Becker GJ, Besozzi MI, Miller ME: Efficacy study of the small-bowel examination. *Radiology* 1981; 140: 47-50.
7. Burmeister R, Mora R: Tumores del intestino delgado en la urgencia quirúrgica. *Rev Chil Cir* 1986; 38: 286-8.
8. Colacchio TA, Forde KA, Patsos TJ, Núñez D: Impact of modern diagnostic method on the management of the active rectal bleeding. *Am J Surg* 1982; 143: 607-10.
9. Jofré MJ, González P, Massardo T: Utilidad de la cintigrafía en la hemorragia digestiva. *Rev Chil Cir* 1997; 49: 209-12.
10. Suzman MS, Talmor M, Jennis R, Binkert B, Barie PS: Accurate localization and surgical management of lower gastrointestinal hemorrhage with technetium labeled erythrocyte scintigraphy. *Ann Surg* 1996; 224: 29-36.
11. Moore J, Thompson N, Appleman HD, Foley D: Arterovenous malformations of the gastrointestinal tract. *Arch Surg* 1976; 111: 381-9.
12. Lau WY, Ngan H, Chu KW, Yuen WK: Repeat visceral angiography in patients with gastrointestinal bleeding of obscure origin. *Br J Surg* 1989; 76: 226-9.
13. Ibáñez L, Castillo O, Jansen A: Tumores de intestino delgado. Caso clínico. *Rev Chil Cir* 1982; 34: 293-5.
14. Cousoftides T, Shibata HR: Primary malignant tumors of the small intestine. *Dis Colon Rectum* 1979; 22: 24-6.
15. Miettinen M, Sarlomo-Rikala M, Lasota J: Gastrointestinal stromal tumors: Recent advances in understanding of their biology. *Human Pathology* 1999; 30: 1213-20.