

Hemorragias digestivas por malformaciones vasculares

Dres. Edgardo Torterolo, Gonzalo Estapé, Isabel Lizaso, Ivonne Ferrari, Alvaro Ruocco, Julio C. Carámbula, Eduardo Tiscornia y Wolfgang Goller

Se hacen breves consideraciones sobre las malformaciones vasculares digestivas, presentando dos casos de hemorragias digestivas severas por angiodisplasia de delgado y de colon respectivamente. Ambos requirieron estudios especializados (angiografía y/o fibroscopia) para su diagnóstico. Se insiste en la importancia de la búsqueda de lesiones vasculares en casos de sangrado o anemia crónica sin causa aparente; en ellos se debe realizar angiografía selectiva y fibroscopia intraoperatoria, única forma de localizar las lesiones. Su tratamiento es la resección segmentaria del intestino afectado.

Palabras clave (Key words, Mots clés) MEDLARS: Hemorrhage gastrointestinal.

INTRODUCCION

La incidencia de las malformaciones vasculares, causa de hemorragia digestiva alta, varía según las edades; según una estadística de nuestro medio (8) sería de 0,1 % en menores de 60 años, incrementándose a 6,2 % en mayores de esa edad. Por otro lado, serían causa de 1/3 de las hemorragias digestivas bajas graves en los ancianos (5).

Las malformaciones vasculares se pueden encontrar en cualquier tejido del organismo, siendo la localización intestinal poco frecuente (4, 7). En este sector se distribuyen en mayor proporción dentro del delgado, sobre todo proximal, siguiéndole el estómago y luego el colon. Se destacan los hemangiomas de colon derecho, como causa de un porcentaje elevado de hemorragias digestivas bajas.

La característica anatomopatológica es la presencia de un conjunto de vasos (capilares y venoso) de paredes delgadas y dilatadas, por alteraciones de la capa fibromuscular, a localización submucosa y mucosa. Son lesiones pequeñas, difíciles de visualizar macroscópicamente. Suelen ulcerarse superficialmente oca-

Clinica Quirúrgica "A" (Prof. Agdo. W. Goller). Hospital de Clínicas "Dr. M. Quintela". Montevideo.

sionando su principal manifestación clínica: la hemorragia digestiva.

Se observan estas lesiones en todas las edades, pero se señala un incremento después de los 60 años. Su manifestación habitual es la hemorragia digestiva de distinto grado, ya sea masiva o leve, tipo melena o de sangre roja. Otras veces es inaparente, ocasionando una anemia crónica persistente.

Estos pacientes son estudiados minuciosamente, con múltiples y repetidos procedimientos que generalmente son todos negativos. No es raro recibir al paciente ya laparatomizado en el curso de un sangrado importante, e incluso gastrectomizado.

Es en estos pacientes en quienes se debe plantear este tipo de lesiones y realizar la arteriografía selectiva. Esta suele evidenciar las características angiográficas que identifican las angiodisplasias. Se observa un relleno rápido de venas dilatadas que se ven en la fase arterial y un ramillete capilar, ectásico, con aspecto de lago vascular, alimentados por una arteria que suele ser prominente.

El proceso degenerativo vascular establece cortocircuitos arteriovenosos. La arteriografía cumple dos etapas diagnósticas: En la urgencia, frente a hemorragias masivas con gasto de 2-3 c.c./min. visualiza el punto que sangra. En la hemorragia crónica puede demostrar las lesiones descriptas.

A veces la fibrocolonoscopia visualiza los angiomas mucosos y submucosos en el colon, como causa de una hemorragia en curso. Es de destacar la fibroscopia intraoperatoria, en cuanto que la observación conjunta del cirujano externamente por insuflación y transluminación y el endoscopista en la mucosa, permite identificar exactamente las lesiones, así como su desaparición una vez ligadas.

CASUISTICA

1º—Hombre de 60 años (A.T.). Ingresa al Hosp. de Clínicas por melenas abundantes y dolor abdominal, con moderada repercusión hemodinámica. Presentaba una larga historia de melenas que ocasionaron varios ingresos a un hospital de la capital; en uno de ellos

Presentado como Tema Libre al 30º Congreso Uruguayo de Cirugía. Montevideo. Noviembre de 1979.

Profesores Adjuntos de Clínica Quirúrgica, Asistente de Clínica Quirúrgica, Médico Colaborador de Clínica Quirúrgica, Asistentes de Clínica Gastroenterológica, Profesor Adjunto de Radiología y Profesor Agregado de Clínica Quirúrgica. Fac. de Medicina. Montevideo.

Dirección: Baldomir 2437, Montevideo (Dr. E. Torterolo).

fue gastrectomizado de urgencia. Pese a esto continuó con repetidos episodios de sangrado. Presentaba como antecedentes familiares, varios integrantes con hemorragias repetidas.

Fue estudiado previamente con varias fibroscopías y radiografías, ninguna de los cuales evidenció la lesión. Se realiza arteriografía selectiva visualizándose lesiones de arterias yeyunales compatibles con una displasia fibromuscular de las mismas.

Estudiado por hematólogo diagnostica Enfermedad de Von Willebrand.

Se le realizan transfusiones de sangre fresca y crioprecipitado, siendo luego intervenido. Mediante enterotomía se practica la fibroscopía que visualiza múltiples lesiones angiomatosas (fig. 1) predominando en los primeros sectores yeyunales postanastomóticos; se realiza resección de estas asas (2 mts.) y ligadura con puntos transfixiantes en los restantes aliados.

Buena evolución postoperatoria, pero reingresa por nuevo sangrado un mes después. Se reinterviene encontrándose numerosas lesiones proximales por lo que se resecan 20 cm. de delgado, ligándose los restantes. El enfermo fue dado de alta, habiendo reingresado por nuevo sangrado que actualmente se controla con crioprecipitado.

2º — Mujer de 51 años (H.B.). Ingres a 7/79 por melenas de 15 días de evolución, precedido de ardor epigástrico y vómitos. Meses antes otro episodio de melena sin repercusión general. A.P.: 2 años antes melenas y anemia intensa, simultáneamente hemiplejía izquierda que retrocedió. Histerectomizada por adenocarcinoma de endometrio.

Al examen evidencia intensa palidez cutáneo mucosa con buen estado nutricional, sin otros elementos a destacar.

Paraclínica: Fibrogastroscopía: Esófago sin lesiones, hernia hiatal de 5 cm.; mucosa gástrica pálida, líquido teñido en bilis. Píloro s/p. Duodeno s/p. E.G.D.: Ampulla frénica. No reflujo gastroesofágico ni hernia hiatal. Estómago y duodeno sin lesiones, bulbo hipotónico. Tránsito de delgado s/p.

Arteriografía mesentérica: Sin alteraciones en los troncos mesentéricos superior e inferior. Se observan lagos vasculares en el ciego y ascendente, interpretadas como malformaciones vasculares (fig. 2).

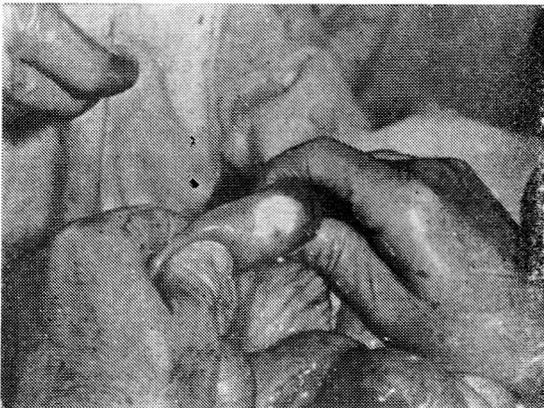


Fig. 1.— Fibroscopía intraoperatoria.

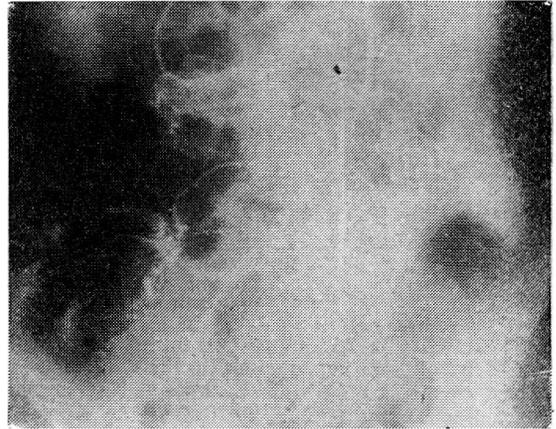


Fig. 2.— Arteriografía mesentérica: Lagos vasculares en el ciego.

Intervención: En la exploración quirúrgica no se visualizan lesiones macroscópicas en todo el colon y delgado. Hiato esofágico de tres traveses de dedo, pilares débiles. Estómago y duodeno s/p. Se realiza disección del pedículo cecoapendiculocólico, cateterizando la arteria para estudio posterior. Se realiza hemicolectomía derecha. Buena evolución, sin nuevos sangrados.

COMENTARIOS Y CONCLUSIONES

Analizados los dos casos de hemorragia digestiva severa, vemos que la causa fue la malformación vascular intestinal, de delgado y colon respectivamente, que sólo después de múltiples sangrados y estudios fueron diagnosticados. En un caso mediante arteriografía que mostró los característicos lagos vasculares en el colon derecho; en el otro la arteriografía fue sugestiva y la fibroscopía intraoperatoria la confirmó, permitiendo el tratamiento quirúrgico.

En ambos, hubo sangrado evidente que obligó a un estudio exhaustivo, pero hay casos de anemia crónica cuyos estudios son negativos, en los que debe plantearse la angiodisplasia de delgado o de colon, y hacerle la angiografía selectiva.

En la exploración abdominal puede no verse nada, incluso abierto el órgano; dado que se ven mejor endoscópicamente, recomendamos la fibroscopía intraoperatoria para localizar las lesiones.

RESUME

Hemorragies digestives dues a des malformations vasculaires

On fait de brèves considérations sur les malformations vasculaires digestives, en présentant deux cas d'hémorragie digestives sévères dues a une angiodyplasia de l'intestin grêle et du colon respectivement. Tous deux ont exigé des études spécialisées (angiographie et/ou fibroscopie) pour leur diagnostic.

On insiste sur l'importance de la recherche de lésions vasculaires saignantes ou d'anémie chronique, sans cause apparente; dans ces cas, on doit réaliser l'angiographie sélective et la fibroscopie intraopératoire, unique moyen de localiser les lésions. Leur traitement est la résection segmentaire de l'intestin qui en est atteint.

SUMMARY

Digestive Bleeding due to Vascular Malformations

Some considerations about digestive vascular malformations are done. Two cases of severe digestive bleeding due to angiodysplasia of the small intestine and colon are presented.

Both required specialized studies (angiography and or fiberoptic endoscopy) for their diagnosis.

The importance of looking for vascular lesions in case of bleeding or chronic anemia without an evident cause, is pointed out.

The only way to locate this lesions is by selective angiography and fiberoptic intraoperative endoscopy

segmentary resection of the affected bowel is the treatment of choice.

REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS

1. ARDAO AR e IRAOLA ML. Hemorragia digestiva grave por múltiples y difusas telangiectasias del intestino delgado. *An Fac Med Montevideo*, 50: 20, 1965.
2. BOLEY SJ, SAMMARTANO R, BRANDT L and SPRAYREGEN S. Vascular Ectasias of the colon. *Surg Gynecol Obstet*, 149: 353, 1979.
3. GENANT HK and RANNIGER K. Vascular dysplasias of the ascending colon. Report of two cases and review of the literature. *Am J Roentgenol*, 15: 349, 1972.
4. GENTRY. Mencionado en Genant (3).
5. HEINDENREICH A. Entero y colopatías vasculares. *Rev Argent Cirug*, 1, 1979.
6. ITUÑO C, CASTIGLIONI JC, ALIANO A, IRAOLA ML. Angiomatosis intestinal. *Cir Uruguay*, 43: 167, 1973.
7. RISSIER HL Jr. Hemangiomatosis of the intestine. *Gastroenterology*, 93: 357, 1959.
8. SOJO E, ESTAPE G, VAZQUEZ G, RUOCCO A, PIKE A. Diagnóstico y tratamiento de las lesiones telangiectásicas gastroduodenales. *Cir Uruguay*, 48: 212, 1978.
9. SOJO E, ESTAPE G. Etiología de las hemorragias digestivas altas en el geronte. *Cir Uruguay*, 48: 445, 1978.