

Hemorragia digestiva persistente por malformación vascular yeyunal alta

Dres. Pablo Matteucci, Ricardo Voelker, Carmelo Alvarez, Octasilio Araújo, Bartolomé Grillo, Ana Mariño.

Los autores presentan una observación de una malformación vascular yeyunal tipo II de Moore, que provocó sangrados intestinales reiterados en una enferma de 42 años.

Se destacan los procedimientos seguidos para el diagnóstico preoperatorio, y la confirmación durante el acto quirúrgico.

PALABRAS CLAVE (KEY WORDS, MOTS CLÉS) MEDLARS:
Jejunum / Hemorrhage, Gastrointestinal.

SUMMARY: Persistent digestive haemorrhage due to high jejunal vascular malformation.

The authors present the case of a 42 years old female with a jejunal vascular malformation type II of Moore, that caused reiterations of digestive bleeding. The procedures has been almed to establish a preoperative diagnosis and the intraoperative confirmation are pointed out.

RÉSUMÉ: Hemorragie digestive persistante due a une malformation vasculaire jejunaie haute.

Les auteurs présentent une observation d'une malformation vasculaire du type II de Moore, qui s'est présentée chez un malade de 42 ans.

On souligne les procédés suivis pour arriver au diag-

Clinica Quirúrgica "F" (Director Prof. Dr. Luis Praderi y Clínica de Nutrición y Digestivo Director Prof. Dr. Moises Wasserstein). Hospital de Clínicas. Fac. de Medicina. Montevideo.

nostic préopératoire et la confirmation pendant l'intervention chirurgicale.

INTRODUCCION

A partir de la década del 60, con el estudio arteriográfico selectivo en hemorragias digestivas de causa poco clara, se identificaron malformaciones vasculares intestinales, capaces de provocar importantes enterorragias.

Margulis por primera vez describió alteraciones vasculares en el ciego; Boley⁽²⁾ en estudios ya considerados clásicos en el tema, demostró la existencia de estas alteraciones en el resto del colon y en el intestino delgado. Moore⁽⁶⁾ en 1976 hace una clasificación de las mismas, distinguiendo tres tipos de malformaciones:

Tipo I. Angiodisplasias predominando en el colon derecho, en personas mayores de 60 años de edad, de posible origen degenerativo adquirido.

Tipo II. Ectasias vasculares del intestino delgado, especialmente en su sector proximal, de origen congénito. Habitualmente en menores de 60 años.

Tipo III. Telangiectasias hereditarias, correspondientes a la enfermedad de Rendu-Osler-Weber.

Finalmente podrían verse fistulas arteriovenosas coexistiendo con estadios inflamatorios (diverticulitis) o granulomatosos crónicos (enfermedad de Crohn).

En el Río de la Plata, Heidenreich⁽⁴⁾ hace una precisa descripción en su relato al Congreso Ar-

Presentado a la Sociedad de Cirugía del Uruguay el 13 de agosto de 1986.

Prof. Agregado y Prof. Adjunto de Clínica Quirúrgica, Prof. Adjunto de Radiología, Ayudante de Clase, Asistente de Gastroenterología, Asistente de Anatomía Patológica.

Dirección: Rbía. Rep. de Chile 4511 (Dr. P. Mateucci).

gentino de Cirugía. El mismo autor, con Hüskamp⁽⁵⁾ actualizan el estudio en 1986. En nuestro país, se han ocupado especialmente del tema Harretche⁽³⁾ y Tiscornia⁽⁷⁾.

Se presentará una observación clínica de una ectasia tipo II de Moore, primera de esta característica presentada en nuestro medio.

CASO CLINICO

Mujer de 42 años, HC N° 258005.

Antecedentes. Intervenida por peritonitis apendicular en 1970, histerectomía en 1976 y oclusión por bridas en 1978.

Múltiples ingresos psiquiátricos en los últimos años.

E.A. Desde 6 años atrás presentó reiteración de melenas, algunas con importante descompensación hemodinámica. En dicho lapso tuvo 16 ingresos por hemorragias digestivas, siendo laparotomizada en tres oportunidades: en dos casos no se encontró ninguna causa de sangrado; en la otra se hizo una hemicolectomía derecha a ciegas (1983) por presunta existencia de displasias en el ciego.

En el mes de diciembre de 1985 importantes sangrados reiterados, que le obligaron a ingresar tres veces en dicho período.

Desde 1980 a la fecha del último ingreso, persistente anemia clínica, con hematocritos permanentemente bajos.

Examen. Normal.

Exámenes paraclínicos. Desde el inicio de su enfermedad la paciente reiteró estudios de gastroduodeno, colon por enema, endoscopías digestivas altas y bajas, siendo todos ellos normales. En 1982 se hizo una arteriografía mesentérica selectiva, que fue normal.

En diciembre de 1985 se efectuó una angiografía digital mesentérica que evidenció malformaciones vasculares, situadas a nivel de las primeras ramas yeyunales (Fig. 1).

OPERACION. 15 de enero de 1986. Incisión mediana. Exploración visceral minuciosa, normal. La exploración intestinal no mostró lesiones.

Se diseccionó la arteria mesentérica superior y sus primeras ramas, por una incisión en la raíz del mesenterio. A los efectos de visualizar la terminación de las arterias mesentérica superior y se clameó distalmente. Se inyectó azul de metileno, no viéndose ninguna acumulación de colorante por este procedimiento.

Se realizó entonces una arteriografía intraoperatoria por el tronco de la arteria mesentérica superior, visualizándose las primeras colaterales, no viéndose ningún punto de fuga.

A continuación se hizo una enterotomía a nivel de la parte media del delgado, explorándose totalmente por endoscopia con fibra óptica en ambos sentidos, examen que no evidenció lesión.

Finalmente, oscureciendo la luz de la sala, se exploró el intestino por transiluminación, con la luz del fibroscopio. De este modo se pudieron reconocer dos zonas, a 10 y 20 cm del ángulo duodenoyeyunal, donde existía en la pared intestinal una mancha vascular de unos 4 mm de diámetro cada una, y que correspondían a las zonas patológicas apreciadas en el estudio angiográfico digital. (Fig. 2).

Se reseccó ampliamente la zona patológica.

Evolución post operatoria. El post operatorio inmediato fue excelente. No reiteró sangrados.

Durante los 8 primeros meses de operada, no tuvo ninguna melena; y por primera vez en años, no presentó anemia clínica. Tampoco requirió ningún tipo de apoyo psiquiátrico.

La *Anat. Patol.* de la pieza mostró en las zonas descritas, dilataciones venosas en la submucosa, formando lagos vasculares.

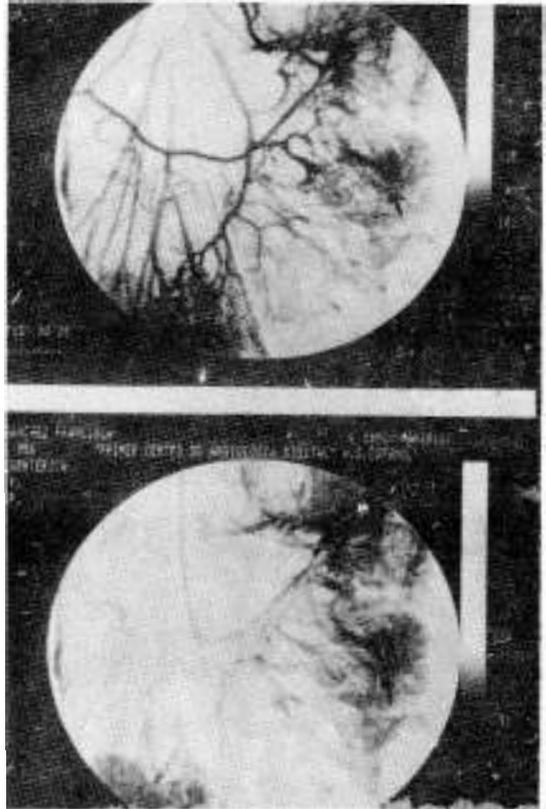


Fig. 1. Angiografía digital mesentérica, mostrando las primeras colaterales de la arteria. Con una flecha, se ha marcado el punto de fuga sanguíneo en la luz intestinal, correspondiente a una lesión localizada en las primeras colaterales ileales.

COMENTARIO

Como hemos visto, el diagnóstico etiológico es el primer gran problema que presentan este tipo de hemorragias digestivas bajas que se reiteran. Posteriormente la dificultad es la ubicación topográfica lesional, siendo muy difícil la localización intraoperatoria de la malformación diagnosticada. Esto explica la frecuencia de laparotomías en blanco que se suceden en este tipo de pacientes.

En nuestro caso, el diagnóstico etiológico lo logró la angiografía mesentérica digital, que evidenció los dos ovillos de malformaciones vasculares, dependiendo de las primeras colaterales yeyunales. De este modo la enferma se operó con un diagnóstico de certeza, al que se llegó al cabo de innumerables series de estudio, durante cinco años.



Fig. 2. Detalle operatorio, mostrando la lesión por transluminación por el foco luminoso del fibroscopio endoluminal.

Un comentario aparte lo merece el reconocimiento intraoperatorio de las lesiones. Pese a buscarse en forma minuciosa, no se comprobó alteración alguna del delgado. El procedimiento de inyectar azul de metileno por el eje vascular, propuesto por Athanasoulis en 1980⁽¹⁾ no dio resultado, al no teñirse parte alguna selectivamente, ni verse extravasación a la luz. Lo mismo podemos decir de la arteriografía mesentérica intraoperatoria, que mostró ramas yeyunales totalmente normales.

En cambio resultó útil el procedimiento de transluminar el intestino con luz del fibroscopio, en sala de operaciones a oscuras. Inmediatamente se pudieron ver las dos lesiones vasculares, lo que permitió hacer una resección correcta y no a ciegas o abusiva, por dudas topográficas.

REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS

1. ATHANASOULIS C., MONCURE A., GREENFIELD A., RYAN J., DODSON T. — Intraoperative localization of small bowel bleeding sites with combined use of angiographic methods and methylene blue injection. *Surgery* 87: 77, 1980.
2. BOLEY S., SPRAYREGEN S., SAMMARTINO R., ADAMS A., KLEINHOUSE S. — The pathophysiologic bases for the angiographic signs of vascular ectasias of the colon. *Radiology* 125: 615, 1977.
3. HARRETCHÉ M. — Malformaciones vasculares y tumores vasculares intestinales. *Cir. Urug.* 52: 398, 1982.
4. HEINDENREICH A. — Enteró y colopatías vasculares. *Rev. Argent. Cir.* 36 (nº extraordinario): 3, 1979.
5. HULLKAMP P., HEINDENREICH A., CANERO A. — Tratamiento quirúrgico de la hemorragia digestiva masiva baja. *Rev. Argent. Cir.* 50: 81, 1986.
6. MOORE J., THOMPSON N., APPELMAN H., FOLEY D. — Arteriovenous malformation of the gastrointestinal tract. *Arch. Surg.* 111: 381, 1976.
7. TISCORNIA E. — Displasias intestinales vasculares: Aspectos angiográficos. *Cir. Urug.* 52: 401, 1982.

COMENTARIOS

Dr. A. Vallis

Quiero felicitar al Dr. Matteucci por la presentación de este caso, porque es muy interesante.

Estas hemorragias digestivas de origen vascular con las que nosotros nosotros tomamos contacto en el Congreso de Cirugía Argentino que se hizo en Córdoba, vimos lesiones de ese tipo en el colon, aunque estábamos prevenidos de que podían existir en el delgado, y en ambos en forma simultánea.

Lo interesante es que la arteriografía selectiva en este caso no puso en evidencia las lesiones y lo puso la angiografía digi-

tal en una forma muy clara, lo cual habla de la eficacia del procedimiento. Después el acto operatorio que fue muy bien conducido y sumados los procedimientos, lo que lleva a resolver un problema que anteriormente había sido insoluble. fue operada un montón de veces y sufrió una hemicolectomía derecha.

Si no se hubieran sumado todos estos procedimientos asociando además la fibroscopía, realizando una incisión en el intestino, explorando y además ver el caso con entera felicidad, de modo que hay que felicitarlo en forma efusiva por haber realizado este método.

Me acuerdo que decía que un ponente argentino propuso inyectar las arterias en el momento que se hacían estas resecciones, con latex coloreado para después verla perfectamente bien en la anatomía patológica.

Este es un capítulo que era desesperante, las hemorragias digestivas que uno no encontraba la causa, y gracias a la suma de procedimientos se pudo encontrar y obtener la curación de la enferma; porque si antes había sangrado tan a menudo y ahora resulta que lleva tantos meses sin sangrar seguramente que pudo tener un tratamiento exitoso.

Dr. R. Grezzi

En primer lugar yo quiero felicitar al expositor por el trabajo, por la excelente documentación que nos ha mostrado.

Concretamente quiero decir que nosotros no tenemos experiencia personal en angiodisplasias del delgado. Tenemos experiencia personal, con el Dr. Grillo también, en la utilización

del método de la angiografía digital con sustracción de imágenes en el diagnóstico de angiodisplasias del colon. Fue un muy buen método y se pudo resolver satisfactoriamente el enfermo, que posteriormente tuvo otras complicaciones pero el método fue de alta sensibilidad, y especificidad para el diagnóstico de angiodisplasias del colon.

Yo quería agregar otro hecho importante. Hace pocos días en una jornada que se realizó en el Interior de la República se planteó el tema de las hemorragias digestivas, y desde luego sin la experiencia ni la competencia para discutir definitivamente el tema, tuvimos una discrepancia con el endoscopista, Dr. Estapé, que es nuestro amigo y compañero de trabajo.

El Dr. Estapé dijo en esas jornadas que la endoscopia digestiva intrahemorrágica en el colon, no tenía mucha efectividad porque el colon está lleno de materias y se dificulta la visualización de la lesión que sangra. Sin embargo, yo me permití discrepar con el colega que tiene mucho más experiencia que yo desde luego en ese tema, porque nosotros hemos visto en la endoscopia intrahemorrágica, que el colon se limpia, cuando la hemorragia es muy importante, en la enterorragia muy importante el colon se lava por la sangre.

Entonces hemos llegado a ver cosas interesantísimas, tales como ver sangrar a través de la válvula ileo-cecal. Decía esto porque tiene relación con este enfermo. Nosotros hemos visto sangrar desde el ciego, sangre que viene por la válvula ileo-cecal, que puede hacer el diagnóstico de hemorragia del delgado y entonces es evidente que el examen que sigue es la angiografía digital del delgado, gracias