



Revista de Especialidades Médico-Quirúrgicas

ISSN: 1665-7330

revespmedquir@issste.gob.mx

Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de
los Trabajadores del Estado
México

Hernández García, Alejandro Dimitri; Martínez Hernández, José; Bernal Legaría, Elizabeth; Rojas Rueda, David

Poliposis hiperplásica, causa infrecuente de hemorragia del intestino delgado. Comunicación de un caso

Revista de Especialidades Médico-Quirúrgicas, vol. 15, núm. 3, julio-septiembre, 2010, pp. 182-185
Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado
Mexico, México

Disponible en: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=47316054015>

- Cómo citar el artículo
- Número completo
- Más información del artículo
- Página de la revista en redalyc.org

redalyc.org

Sistema de Información Científica

Red de Revistas Científicas de América Latina, el Caribe, España y Portugal

Proyecto académico sin fines de lucro, desarrollado bajo la iniciativa de acceso abierto

Poliposis hiperplásica, causa infrecuente de hemorragia del intestino delgado. Comunicación de un caso

Alejandro Dimitri Hernández García,* José Martínez Hernández,** Elizabeth Bernal Legaría,** David Rojas Rueda**

RESUMEN

El término *hemorragia del intestino delgado*, de origen gastrointestinal oscuro u oculto, se refiere al sangrado del tubo digestivo, que ocurre entre el duodeno distal y el íleon; no se identifica con los estudios endoscópicos de rutina (esofagogastroduodenoscopia y colonoscopia). Los pacientes con hemorragia del intestino delgado representan un gran reto diagnóstico, ya que generalmente existe el antecedente de múltiples episodios de sangrado sin identificación del sitio de origen. Representa 10% de todas las hemorragias del tubo digestivo. Los pólipos se incluyen entre los tumores benignos del intestino delgado; se manifiestan a cualquier edad, con más frecuencia entre los 50 y 60 años, y pueden observarse como lesiones múltiples o aisladas; estas últimas son poco comunes. Pueden dividirse en hiperplásicos y adenomas. El sangrado de los pólipos del intestino delgado es una complicación poco frecuente, en comparación con el de los pólipos localizados en el colon. La sospecha diagnóstica depende de la edad del paciente, del protocolo de estudio y de la condición clínica. Se comunica el caso clínico de un paciente de 22 años de edad, atendido en el Hospital Regional de León, Guanajuato, México.

Palabras clave: pólipos hiperplásicos, hemorragia del tubo digestivo, hemorragia gastrointestinal.

ABSTRACT

Term small bowel hemorrhage, of dark origin and hidden, refers to the bleeding in the digestive tract occurring between distal duodenum and ileum; routine endoscopic studies (esophagogastroduodenoscopy and colonoscopy) do not identify it. Patients with small bowel hemorrhage represent a great diagnostic challenge, due to the history of multiple episodes of bleeding without identification of origin site. It represents up to 10% of all hemorrhages of digestive tract. Polyps are included among the benign tumors of small bowel, they appear at any age, with more frequency from 50 to 60 years of age, and may be observed as multiple or isolated lesions, the latest are little common. Polyps may be divided into hyperplastic and adenomas. Bleeding of small bowel polyps is a little frequent complication, compared to that of colon polyps. Diagnostic suspicion depends on patient's age, study protocol and clinical condition. This paper reports the case of a 22-year-old male patient, assisted at Regional Hospital of Leon, Guanajuato, Mexico.

Key words: hyperplastic polyps, digestive tract bleeding, gastrointestinal hemorrhage.

* Servicio de Cirugía General, Secretaría de Salud del Estado de Querétaro y Clínica Hospital Querétaro Dr. Ismael Vázquez Ortíz.

** Servicio de Cirugía General, Hospital Regional ISSSTE, León.

Correspondencia: Dr. Alejandro Dimitri Hernández García. Juan Enríquez 138, colonia Juan Escutia, CP 09100, México, Distrito Federal. Correo electrónico: adimitrihg@yahoo.com.mx, adimitrihg@hotmail.com

Recibido: abril, 2009. Aceptado: enero, 2010.

Este artículo debe citarse como: Hernández-García AD, Martínez-Hernández J, Bernal-Legaría E, Rojas-Rueda D. Poliposis hiperplásica, causa infrecuente de hemorragia del intestino delgado. Comunicación de un caso. Rev Esp Med Quir 2010;15(3):182-185.

www.nietoeditores.com.mx

Paciente masculino de 22 años de edad, originario y residente de Salamanca, Guanajuato, casado, de nivel socioeconómico medio, obrero y con escolaridad de secundaria. Tenía antecedentes familiares por línea materna de diabetes mellitus tipo 2. Refirió alcoholismo intenso dos veces por mes y negó tabaquismo y toxicomanías. Grupo sanguíneo O Rh positivo y sin otros antecedentes heredo-familiares ni personales patológicos de importancia.

Inició su padecimiento tres días antes con rectorragia, melena, hematoquecia, síntomas vagales, pirosis y melanemesis, por lo que recibió tratamiento con hemoderivados y cristaloides en un hospital de segundo nivel

de atención. Se le realizó panendoscopia y colonoscopia, que descartaron al esófago, al estómago, al duodeno y al colon como origen del sangrado.

Por falta de respuesta al tratamiento el paciente fue enviado al Hospital Regional León, del ISSSTE, con deterioro hemodinámico. A su llegada a urgencias tenía los siguientes signos vitales: presión arterial: 70/40 mmHg, frecuencia cardíaca: 122 x minuto, frecuencia respiratoria: 22 x minuto, temperatura: 35.4°C. En la exploración física se encontraba despierto, deshidratado y orientado en las tres esferas, con palidez generalizada +++, polipnea, taquicardia, abdomen plano, blando, depresible y con ocho ruidos peristálticos por minuto, con hematoquecia franca y dos evacuaciones melénicas. Durante su estancia en urgencias tuvo pérdida del estado de alerta y convulsiones tónico-clónico generalizadas en dos ocasiones, así como debilidad y hematoquecia persistente. Se decidió su ingreso a la Unidad de Cuidados Intensivos (UCI) para monitoreo invasivo.

Exámenes de laboratorio al ingreso del paciente: hemoglobina: 4.99 mg/dL, hematócrito: 14.1%, plaquetas: 77,000, leucocitos: 12,300, neutrófilos: 67.8%, TP: 12.4", INR: 1.04, TPT: 23.2", albúmina: 1.8, potasio: 4.21 mEq, sodio: 142 mEq y cloro: 109 mEq. Se continuó el tratamiento con hemoderivados (paquetes globulares y plasma).

Estudios de gabinete: la panendoscopia previa a su ingreso estaba dentro de la normalidad; la colonoscopia por restos hemáticos no evidenció el sitio de sangrado después del lavado ni la visualización de todo el colon. Se solicitó arteriografía mesentérica selectiva con embolización; sin embargo, el paciente persistía con datos de deterioro hemodinámico y choque hipovolémico, por lo que se decidió someterlo a laparotomía exploradora con enteroscopia transoperatoria. Se encontró sangre intraluminal desde el íleon distal hasta 50 cm de la válvula ileocecal y en todo el colon; se realizó hemicolecotomía derecha, con cierre distal en bolsa de Hartmann. Se realizó enteroscopia retrógrada del íleon proximal, en la que se visualizó la mucosa hasta el bulbo pilórico, y se identificó una lesión nodular muy vascularizada de 5 mm de diámetro con superficie cerebroide en el borde antimesentérico, a 40 cm del ángulo de Treitz (Figura 1). El enteroscopia y la resección transversa en cuña se retiraron de dicha lesión con cierre primario. Se efectuó ileostomía con técnica de Brooke.

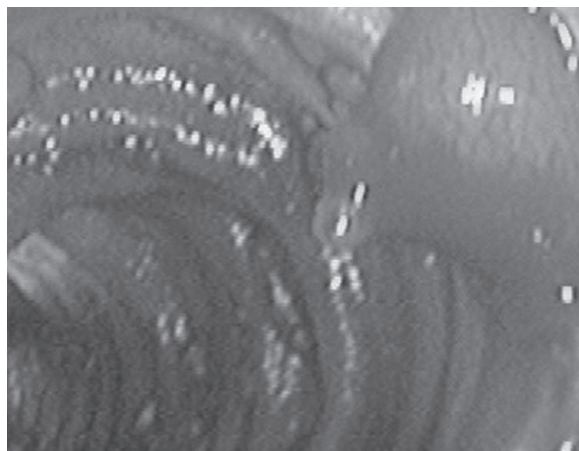


Figura 1. Lesión nodular sangrante a 40 cm del ángulo de Treitz.

El paciente se trasladó a la Unidad de Cuidados Intensivos para vigilancia posoperatoria inmediata, donde evolucionó satisfactoriamente; egresó a su domicilio una semana después de la intervención quirúrgica sin tener recurrencia de sangrado.

Hallazgos y diagnósticos anatomopatológicos

Descripción macroscópica de íleon terminal, colon ascendente y apéndice: pólipos incontables en el íleon terminal hasta la válvula ileocecal, los cuales no afectaban la mucosa colónica ni el apéndice (Figura 2). En los cortes histológicos se identificó la mucosa del íleon con vellosidades revestidas por epitelio cilíndrico con núcleos basales y citoplasma claro, el cual estaba sustituido por vasos sanguíneos de neoformación e infiltrado inflamatorio crónico a base de linfocitos. En la submucosa había vasos congestionados y edema. El fragmento de yeyuno mostró los mismos hallazgos. Los cortes realizados al colon y al apéndice mostraron congestión y edema (Figuras 3 y 4).

Diagnóstico: Poliposis hiperplásica (pólipos inflamatorios) de segmento de íleon terminal. Fragmento de yeyuno con bordes de resección viables y pólipo hiperplásico (inflamatorio).

COMENTARIO CLÍNICO PATOLÓGICO

El término *hemorragia del intestino delgado*, de origen gastrointestinal oscuro u oculto, se refiere al sangrado

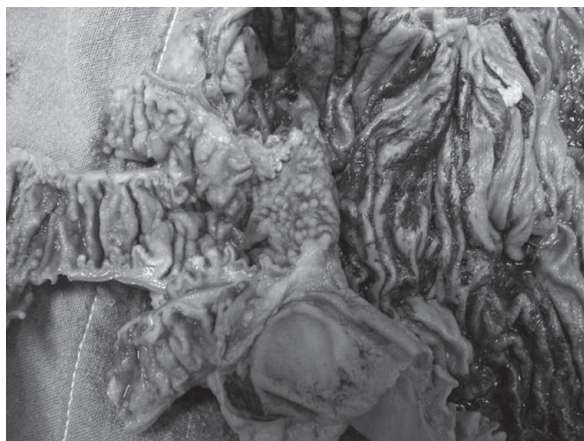


Figura 2. Segmento de íleon terminal con múltiples pólipos.

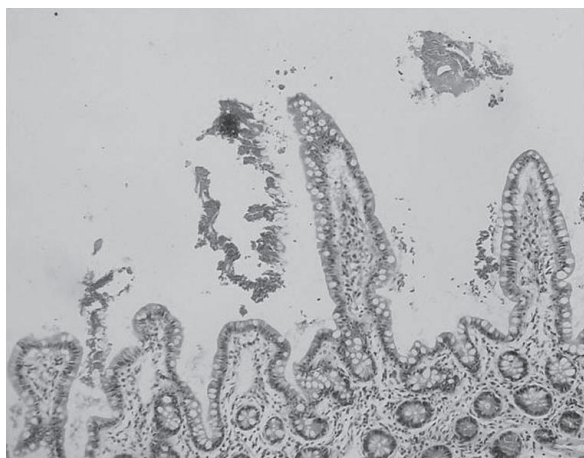


Figura 3. Mucosa con vellosidades revestidas por epitelio cilíndrico sin alteraciones, con datos de hemorragia reciente en su luz.

del tubo digestivo, que sobreviene entre el duodeno distal y el íleon; no se identifica con los estudios endoscópicos de rutina (esofagogastroduodenoscopia y colonoscopia). Los pacientes con hemorragia del intestino delgado representan un gran reto diagnóstico, ya que generalmente existe el antecedente de múltiples episodios de sangrado sin identificación del sitio de origen. Representa 10% de todas las hemorragias del tubo digestivo.¹ Las causas suelen incluir angiodisplasia y erosiones o úlceras de trastornos intestinales subyacentes (tumores, enfermedad de Crohn, divertículo de Meckel, vasculitis, fístula aortoentérica y divertículo yeyunal). La sospecha diagnóstica depende de la edad del paciente.



Figura 4. Elevación de la mucosa con vellosidades denudadas (ausencia de epitelio). Lámina propia con infiltrado y vasos sanguíneos congestionados.

La angiodisplasia suele ser común en mayores de 50 años, mientras que en los menores a esta edad deben descartarse tumores del intestino delgado.² El protocolo de estudio depende de la condición clínica del paciente. Es necesario indagar acerca de antecedentes de episodios de sangrado, existencia de casos similares en la familia, consumo de antiinflamatorios no esteroides, radioterapia, alcoholismo y datos de dolor u obstrucción intestinal (esto último en sospecha de tumores). Debe realizarse una exploración física cuidadosa; sin embargo, ésta proporciona pocas veces información acerca del origen del sangrado. Es conveniente contar con citometría hemática y pruebas de coagulación. En sujetos estables se prefiere la realización de angiografía y gammagrafía con eritrocitos marcados con Tc-99 como estudios de primera línea, seguidos de enteroclisia como medio de contraste (si hay sospecha de tumores). La endoscopia por sonda y la endoscopia de empuje son de gran utilidad en la identificación del origen del sangrado; sin embargo, sus limitaciones las hacen ser estudios de segunda elección para estos pacientes. En fechas recientes la videocápsula endoscópica y la endoscopia de doble balón (ideada en Japón por Hironori Yamamoto) demostraron su eficacia en el diagnóstico y manejo de este padecimiento. En pacientes con afectación hemodinámica se requiere inicialmente reposición agresiva de la volemia para mejorar la perfusión tisular. Si se cuenta con endoscopia de doble balón, pueden marcarse las lesiones con tinta de

la India, la cual facilita la localización durante la intervención quirúrgica o sirve para efectuar un doble estudio endoscópico (anterógrado y retrógrado) a fin de lograr la visualización de todo el tubo digestivo. Asimismo, la hemostasia por esta vía es segura y eficaz; no obstante, llegan a ser necesarias multisesiones si hay angiodisplasia, por la tendencia de estas lesiones a resangrar.¹⁻³ La enteroscopia transoperatoria, ideada por Mathus-Vliegen y Tytgat en 1985, es el método más utilizado para identificar lesiones sangrantes en pacientes con afectación hemodinámica; demuestra el sitio de hemorragia en 83% de los casos. Tiene la ventaja de disminuir el número de enterotomías, el tiempo de intervención quirúrgica y, por tanto, los índices de morbilidad. Sin los recursos antes señalados no se recomienda la exploración quirúrgica a ciegas.⁴ El manejo depende de la causa subyacente y puede abarcar desde embolización selectiva del vaso sangrante hasta enterotomía segmentaria.

Los pólipos, que se incluyen entre los tumores benignos del intestino delgado, pueden manifestarse como lesiones múltiples; las aisladas son poco comunes. Se les puede dividir en hiperplásicos y adenomas; estos últimos se consideran lesiones premalignas; la distinción definitiva requiere estudio histopatológico. Pueden manifestarse como parte de síndromes de poliposis, como el síndrome de Cowden, de Peutz-Jeghers, de Bessauds-Hillmand-Augier, de Carter-Horsley-Hughes, de Cronkhite-Canada, de poliposis juvenil, etc.⁵ Los pólipos hiperplásicos se observan más comúnmente en el duodeno y el íleon proximal; generalmente son protrusiones lisas y húmedas de la mucosa con forma de pezón; su tamaño varía de 5 a 20 mm. Se manifiestan a cualquier edad, con más frecuencia a la edad de 50 a 60 años. Desde el punto de vista histológico, se distinguen

por glándulas de morfología conservada, con hiperplasia de células no neoplásicas y con numerosas células caliciformes y lumen glandular ondulado. El pólipo hiperplásico habitual carece de potencial maligno. Son de crecimiento lento, por lo que comúnmente cursan asintomáticos; se detectan de forma incidental, después de cuadros de obstrucción intestinal o hemorragia gastrointestinal, durante la realización de estudios endoscópicos o en especímenes quirúrgicos.⁶ El sangrado de los pólipos del intestino delgado es una complicación poco frecuente, en comparación con el de los pólipos localizados en el colon. Esta posibilidad es más frecuente en el caso de los adenomas y en el síndrome de Peutz-Jeghers. El tratamiento de estas lesiones consiste en polipectomía (endoscópica o quirúrgica), si se trata de lesiones aisladas, o en resección segmentaria, si las lesiones son múltiples.

REFERENCIAS

1. Ohmiya N, Yano T, Yamamoto H, Arakawa D, et al. Diagnosis and treatment of obscure GI bleeding at double balloon endoscopy. *Gastrointest Endosc* 2007;66:S72-S77.
2. Hamoui N, Docherty S, Croques P. Gastrointestinal hemorrhage: Is the surgeon obsolete? *Emerg Med Clin North Am* 2003;21:1017-1056.
3. Blancas-Valencia J, Paz-Flores V, Miyamoto-Yokota A, Huerta-Fosado B, et al. Enteroscopia de doble balón: experiencia en el Hospital de Especialidades del Centro Médico Nacional Siglo XXI, IMSS, Ciudad de México. *Rev Gastroenterol Mex* 2005;70(2):130-133.
4. Seenath M, Scott J, Morris A, Ellis A, Hershman M. Combined surgical and endoscopic clearance of small-bowel polyps in Peutz-Jeghers syndrome. *J R Soc Med* 2003;96:505-506.
5. Abdo-Francis J, Pérez-Torres E, Bernal-Sahagún F, Dzib-Salazar J. Síndrome de Peutz-Jeghers. *Rev Med Hosp Gen Mex* 2005;68(2):99-105.
6. Rubesin S. Simplified approach to differential diagnosis of small bowel abnormalities. *Radiol Clin North Am*