



Hemangiomatosis Digestiva Múltiple como causa de Hemorragia Digestiva Media: A propósito de un caso

DANIELA MÉNDEZ LOAYZA

*Servicio de gastroenterología y Endoscopia Digestiva, Hospital Arco Iris – La Paz, Bolivia
Sociedad Boliviana de Gastroenterología, Filial La Paz*



*Caso clínico
comentado*

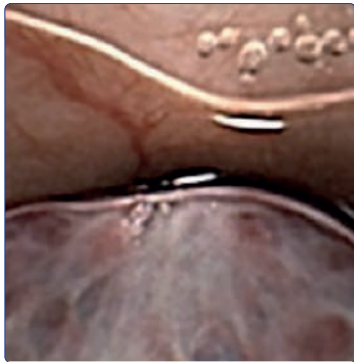


Caso clínico

Se presenta el caso de un varón de 56 años, en seguimiento con Hematología por anemia ferropénica severa de 6 meses de evolución, con requerimientos transfusionales y administración de hierro endovenoso. El paciente refería astenia, adinamia y fatiga progresivas, sin evidencia de sangrado digestivo manifiesto. El examen físico reveló palidez de piel y mucosas; el resto del examen fue normal. En la analítica destacaba anemia microcítica hipocrómica (Hb 8 g/dl).

La videogastroscofia mostró una lesión elevada, lobulada, vascularizada y violácea de 20 mm en el tercio superior del esófago, compatible con hemangioma esofágico (Figura 1), y dos lesiones similares en antro gástrico de 8 y 10 mm, sin sangrado activo. La videocolonoscopia con ileoscopia fue normal (Boston 9/9).

Figura 1. *Hemangioma esofágico.*



Se indicó videocápsula endoscópica (VCE) para estudio de intestino delgado, la cual evidenció más de 20 lesiones elevadas, lobuladas, intensamente vascularizadas, distribuidas desde el yeyuno proximal hasta el distal, con diámetros entre 4 y 25 mm (Figura 2). Tres lesiones en yeyuno proximal mostraron sangrado activo en forma rezumante (Figura 3).

Figura 2. Múltiples Hemangiomas intestinales en yeyuno medio y distal.

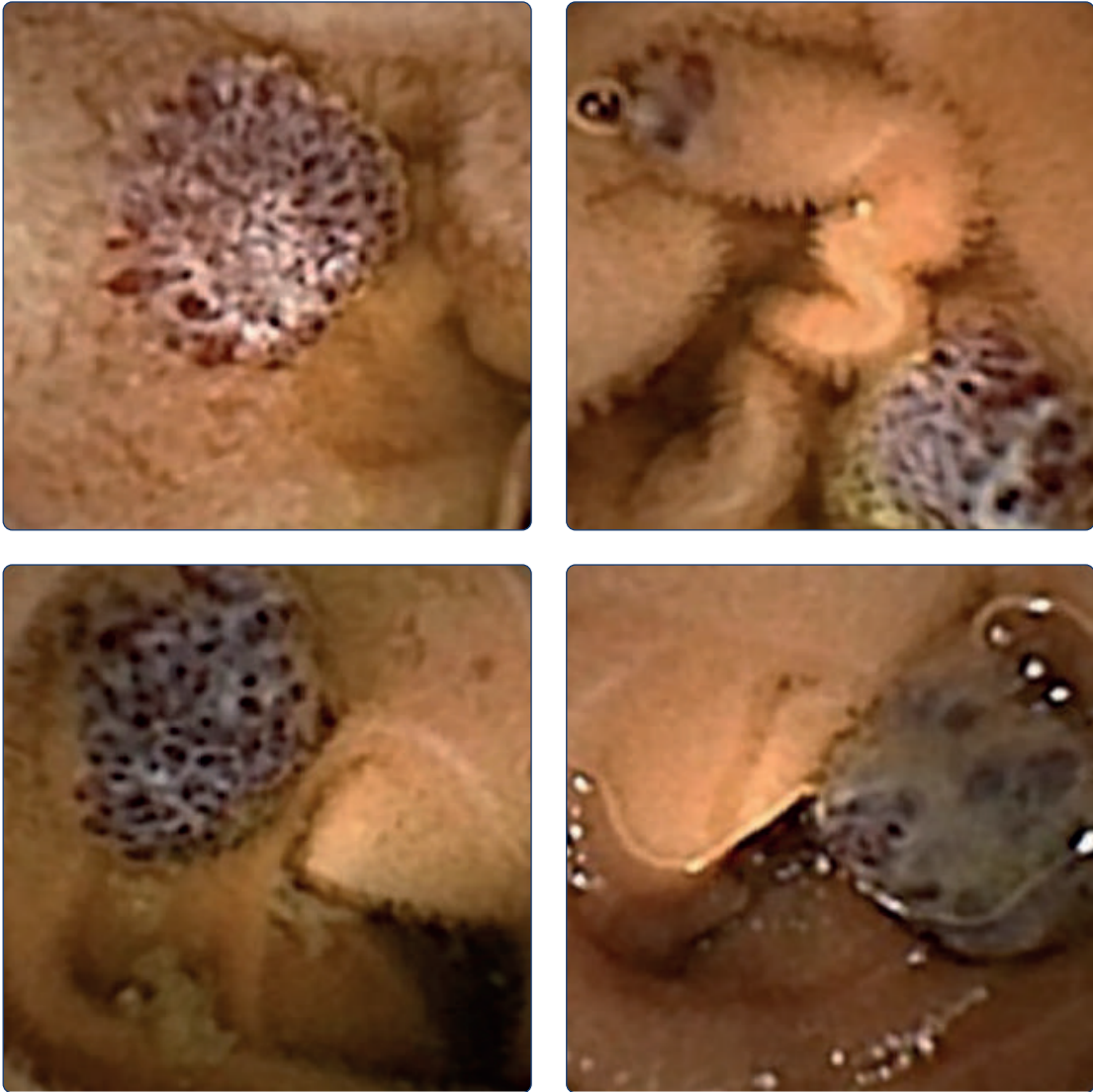
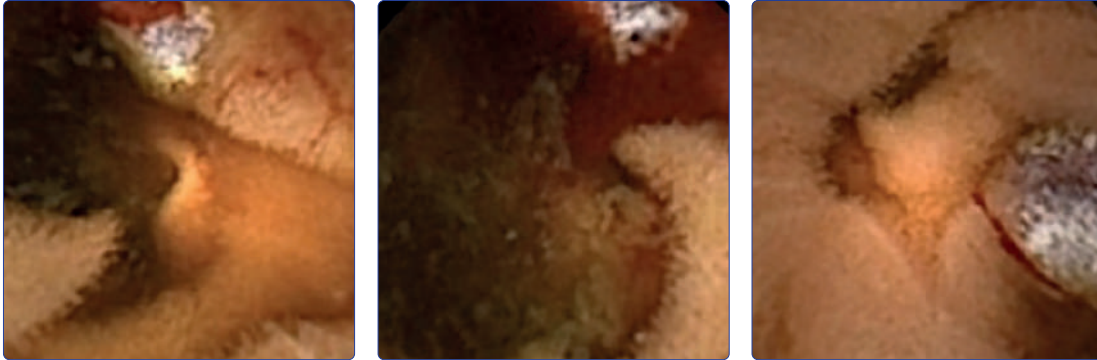


Figura 3. *Hemangiomas con sangrado activo en yeyuno proximal.*



Se decidió realizar terapéutica endoscópica del sangrado digestivo con enteroscopia doble balón (EDB), confirmando dos de las lesiones previamente descritas en yeyuno proximal con sangrado activo. Se aplicó coagulación con argón plasma (APC), logrando hemostasia inmediata.

El estudio de extensión permitió descartar la presencia de hemangiomas viscerales extraintestinales. Aunque se identificó compromiso del tracto digestivo, específicamente en esófago, estómago y yeyuno, no se identificaron hallazgos que sugirieran la asociación con síndromes sistémicos.

Actualmente, el paciente presenta una evolución clínica favorable, con parámetros hematimétricos dentro de rangos normales, sin requerimientos transfusionales ni necesidad de suplementación con hierro por vía endovenosa. Considerando la presencia de múltiples hemangiomas cavernosos en el tracto digestivo, se optó por mantener seguimiento clínico periódico, reservando el tratamiento endoscópico para eventuales recurrencias de sangrado digestivo.

Discusión

Los hemangiomas son lesiones vasculares benignas poco frecuentes que pueden localizarse en cualquier parte del cuerpo. Afectan principalmente la piel, el hígado, el páncreas y, con menor frecuencia, el tracto gastrointestinal. Pueden presentarse como lesiones solitarias o múltiples y, en ocasiones, se asocian con síndromes que involucran malformaciones vasculares mucocutáneas, como el síndrome de Rendu-Osler-Weber y el síndrome de Klippel-Trenaunay-Weber ¹.

Los hemangiomas gastrointestinales pueden presentarse a lo largo de todo el tracto digestivo de manera difusa, siendo el yeyuno el sitio de aparición más frecuentemente reportado en la

literatura. Representan aproximadamente el 10 % de todos los tumores benignos del intestino delgado. Suelen manifestarse desde edades tempranas, entre los 5 y 25 años, con una mayor frecuencia en hombres en comparación con las mujeres, con una relación aproximada de 1.5:1.² Los hemangiomas se originan en los plexos vasculares submucosos, aunque pueden extenderse hasta la capa muscular o más allá. Histológicamente, son lesiones vasculares benignas y congénitas que se clasifican en capilares, cavernosos o mixtos, según el tamaño de los vasos ³. El hemangioma cavernoso es el más frecuente, seguido del hemangioma capilar ⁴. Generalmente son asintomáticos y su hallazgo es incidental. En los casos sintomáticos, la forma más frecuente de presentación clínica es la hemorragia digestiva, ya sea de forma oculta o manifiesta.⁴ Infrecuentemente pueden presentarse como sangrado masivo, dolor abdominal, obstrucción, intususcepción o rara vez perforación ⁵.

El diagnóstico suele ser complejo debido a la baja precisión de los métodos por imágenes para detectar estas lesiones. En la actualidad contamos con la VCE y la EDB como estudios de elección para una investigación completa del intestino delgado como lo recomiendan los algoritmos para el diagnóstico y tratamiento de la sospecha de sangrado digestivo medio propuestos por la American College of Gastroenterology, que especifican que se debe utilizar la VCE como examen diagnóstico inicial y cuando se adquieren hallazgos positivos, se debe realizar una EDB con fines terapéuticos ⁶.

Al ser una patología de origen vascular se contraindica la toma de biopsia por el riesgo de sangrado.⁷ No existen recomendaciones estandarizadas del tratamiento de pacientes con hemangiomas digestivos, durante muchos años la resección quirúrgica ha sido el tratamiento de elección, no obstante hoy en día las técnicas endoscópicas han logrado el tratamiento de estas lesiones de manera exitosa y eficaz. Las modalidades terapéuticas disponibles incluyen, la coagulación con plasma de argón (APC), considerada un método eficaz debido a su seguridad, eficacia y facilidad de aplicación. Otras opciones incluyen la escleroterapia y la ligadura con bandas elásticas, recomendadas para lesiones accesibles y de pequeño tamaño; la resección mucosa endoscópica (EMR), indicada en casos de lesiones únicas bien localizadas.⁸⁻⁹

En el presente caso clínico, se describe un paciente con hemangiomatosis múltiple del tracto digestivo alto y del intestino delgado, diagnosticado en el contexto de un síndrome funcional anémico, cuya manifestación clínica fue una anemia severa secundaria a hemorragia digestiva media oculta. La videocápsula endoscópica (VCE) permitió la identificación de múltiples hemangiomas, algunos de ellos con sangrado activo, los cuales fueron tratados exitosamente mediante enteroscopia de doble balón (EDB) y coagulación con plasma de argón (APC), logrando la remisión del sangrado y una evolución clínica favorable. La intervención quirúrgica fue

descartada por considerarse excesivamente invasiva, dada la extensión de la hemangiomatosis, optándose por un manejo conservador con seguimiento clínico continuo.

Conclusión

Los hemangiomas constituyen una causa poco frecuente de hemorragia digestiva, aunque siempre deberían ser considerados dentro del diagnóstico diferencial. La cápsula endoscópica (VCE) representa una herramienta diagnóstica esencial en la evaluación del intestino delgado, al permitir no solo la identificación etiológica de la hemorragia digestiva media (HDM), sino también la planificación de la estrategia terapéutica más adecuada. En el presente caso, se logró integrar la videocápsula endoscópica con la enteroscopia de doble balón (EDB) para el abordaje endoscópico de los hemangiomas, demostrando que la coagulación con plasma de argón (APC) constituye una opción terapéutica eficaz y segura en el manejo de la hemorragia digestiva secundaria a esta etiología vascular.

Referencias

1. HU PF, CHEN H, WANG XH, WANG WJ, SU N, SHI B. SMALL INTESTINAL HEMANGIOMA: ENDOSCOPIC OR SURGICAL INTERVENTION? A CASE REPORT AND REVIEW OF LITERATURE. *WORLD J GASTROINTEST ONCOL*. 2018 DEC 15;10(12):516-521. DOI: 10.4251/wjgo.v10.i12.516. PMID: 30595805; PMCID: PMC6304305.
2. CALVO, AM ET AL. HEMANGIOMA CAVERNOSO DE INTESTINO DELGADO: UNA CAUSA RARA DE OBSTRUCCIÓN INTESTINAL. *ANALES SIS SAN NAVARRA*. 2003, VOL.26, N.3, PP.437-440. ISSN 1137-6627.
3. KUMAR N, ADAM SZ, GOODHARTZ LA, HOFF FL, LO AA, MILLER FH. BEYOND HEPATIC HEMANGIOMAS: THE DIVERSE APPEARANCES OF GASTROINTESTINAL AND GENITOURINARY HEMANGIOMAS. *ABDOM IMAGING*. 2015;40:3313-3329.
4. RUIZ AR JR, GINSBERG AL. GIANT MESENTERIC HEMANGIOMA WITH SMALL INTESTINAL INVOLVEMENT: AN UNUSUAL CAUSE OF RECURRENT GASTROINTESTINAL BLEED AND REVIEW OF GASTROINTESTINAL HEMANGIOMAS. *DIG DIS SCI*. 1999;44:2545-2551.
5. ZABALLOS P, MORALES AL, ROS C, ALCEDO J, SALSENCH E. SEMIOLOGÍA DE LAS MANIFESTACIONES CUTÁNEAS ASOCIADAS A HEMORRAGIA GASTROINTESTINAL. *MED INTEGR* 2002, 39: 408-419.
6. GERSON LB, FIDLER JL, CAVE DR, ET AL. ACG CLINICAL GUIDELINE: DIAGNOSIS AND MANAGEMENT OF SMALL BOWEL BLEEDING. *AM J GASTROENTEROL* 2015; 110: 1265-1287
7. O'FARRIL ANZURES RICARDO, HERREJÓN CAMARGO JOSÉ MA, COYOLI GARCÍA ÓSCAR, MARTÍNEZ CISNEROS JUAN M, TOLEDO CABALLERO CARLOS R, JIMÉNEZ GONZÁLEZ ALEJANDRA. HEMANGIOMA CAVERNOSO DE RECTOSIGMOIDES, PATOLOGÍA POCO COMÚN MAL ESTUDIADA. *CIR. GEN [REVISTA EN LA INTERNET]*. 2011 SEP [CITADO 2024 FEB 19]; 33(3): 185-190.
8. SOBRINO S., GARRIDO A., LÓPEZ T., SANTA-CRUZ T., BELDA O., MÁRQUEZ J. L.. HEMANGIOMA DE ESÓFAGO SUPERIOR TRATADO CON ÉXITO MEDIANTE LÁSER. *REV. ESP. ENFERM. DIG. [INTERNET]*. 2007 SEP [CITADO 2024 FEB 19]; 99(9): 552-553.
9. GIRAUDO F, GARBI M L, YANTORNO M Y COL. ESCLEROTERAPIA ENDOSCÓPICA EN HEMANGIOMA DE INTESTINO DELGADO. REPORTE DE UN CASO. *ACTA GASTROENTEROL LATINOAM*. 2022;52(1):96-100. [HTTPS://DOI.ORG/10.52787/AGL.V52I1.167](https://doi.org/10.52787/AGL.V52I1.167)