

Diagnóstico y tratamiento de las lesiones telangiectásicas gastroduodenales

Dres. Enrique Sojo, Gonzalo Estapé, Graciela Vázquez,
Alvaro Ruocco y Br. Alexander Pike *

En el curso de 6.000 fibroscopias del tracto digestivo superior, se realizaron 1.500 exámenes por hemorragia digestiva alta. En 18 pacientes se pudo determinar que la causa de sangrado eran malformaciones vasculares de tipo telangiectásico (1.2% de las hemorragias digestivas altas). Solamente en 3 casos se pudo determinar que pertenecían a la enfermedad de Rendu-Osler-Weber.

Se analizan las manifestaciones clínicas y radiológicas, enfatizando que el diagnóstico sólo se alcanzó en la totalidad de estos casos mediante fibroscopia. Se describen los aspectos endoscópicos de estas lesiones, su distribución, topografía y número, así como las lesiones coexistentes en nuestra casuística. Señalando diferentes técnicas, radiológicas o intraoperatorias que permiten conocer la extensión lesional en el tracto digestivo, más allá del ángulo duodeno-yeyunal.

Se refieren los procedimientos quirúrgicos o endoscópicos empleados en el tratamiento, resaltando las ventajas de la electro-coagulación por vía endoscópica en las telangiectasias a localización gástrica.

Palabras clave (Key words, Mots clés). MEDLARS: Stomach diseases / Duodenal diseases.

INTRODUCCION

En el presente trabajo presentamos nuestra experiencia en el diagnóstico de las lesiones telangiectásicas gastroduodenales y proponemos un nuevo método terapéutico para esta patología.

En 1974 observamos endoscópicamente, por primera vez, una telangiectasia gástrica, responsable de hemorragia. En un trabajo presentado al Congreso Argentino de Cirugía de 1975 (8) referimos 7 pacientes con dicha patología y en el momento actual, hemos podido reunir 18 pacientes que presentaron hemorragias digestivas altas debidas a lesiones vasculares de tipo telangiectásico.

Presentado en la Sociedad de Cirugía el 16 de noviembre de 1977.

* Residente de Cirugía, Profesor Adj. de Clínica Quirúrgica, Asistente de Clínica Gastroenterológica, Ayudante de Clase de Gastroenterología y Practicante Colaborador.

Dirección: Liorna 6511 (Dr. Sojo).

Departamentos de Fibroscopia Digestiva de los Hospitales Italiano, Pasteur y Clínicas.

Estos casos fueron extraídos de nuestra casuística de Hemorragias Digestivas Altas de tres centros de Fibroscopia Digestiva en los que actuamos: Departamentos de Fibroscopia del Hospital de Clínicas, del Hospital Italiano y del Hospital Pasteur.

Las malformaciones vasculares del tubo digestivo constituyen una patología oscura, poco frecuente y en general no se piensa en ellas como causa de hemorragia digestiva. En nuestro medio destacamos los trabajos de Ardao, Ituño y cols. (1) (5) que han ayudado al conocimiento de esta enfermedad a nivel intestinal. Y como muy bien decía Bermúdez en sus comentarios a esta última comunicación, se busca y diagnostica lo que se conoce.

El presente aporte está centrado en el diagnóstico y tratamiento de las telangiectasias gastro-duodenales, en las que la fibroscopia permite un fácil diagnóstico y aporta medios terapéuticos que deseamos poner a consideración.

DEFINICION Y CLASIFICACION

Se considera a las lesiones telangiectásicas como dilataciones de vasos preexistentes, sin crecimiento tumoral (3). Son de estructura capilar, pero microscópicamente los vasos son de mayor calibre que el normal. Los hemangiomas, otro tipo de lesiones vasculares también benignas, son en cambio de tipo tumoral y caracterizadas por espacios ectópicos originados en secuestros embriogénicos de tejidos mesodérmicos.

En la clasificación de estas lesiones adoptamos el criterio histopatológico de Gentry, Dockarty y Clagett (4).

Recuerdo histórico

La primera observación de tumor vascular del tubo digestivo se remonta a la realizada por Phillips en 1839 (10). Rokitansky en 1852 publicó en su Manual de Anatomía Patológica tumores vasculares de estómago e intestino y telangiectasias gástricas. La primer observación de hemorragia digestiva debida a lesiones telangiectásicas fue hecha por Wilson en

1869. Rendu en 1896 y Osler en 1901 describieron las telangiectasias de tipo familiar. En 1939 Renshaw realizó la primera observación gastroscópica de telangiectasias gástricas.

INCIDENCIA Y CASUISTICA

La incidencia publicada de estas lesiones es muy baja. Dado las dificultades diagnósticas en épocas previas a la fibroscopía, es posible que las cifras publicadas se modifiquen en el futuro. En nuestra experiencia, y reuniendo el total de hemorragias digestivas altas observadas por fibroscopía en los tres Departamentos de Fibroscopía en los que trabajamos y que totalizan 1.500 observaciones, hemos encontrado 18 casos de sangrado por lesiones telangiectásicas gastroduodenales (1.2%). De estos 18 casos, en sólo 3 se pudo detectar antecedentes familiares de hemorragias y llegar así al diagnóstico de enfermedad de Rendu-Osler-Weber. Dos de ellos presentaban, además, telangiectasias cutáneas, y de la mucosa oral. Fueron los únicos casos en quienes era posible sospechar el origen de las hemorragias en localizaciones digestivas de esas lesiones vasculares. En ninguno de los otros había elementos clínicos ni radiológicos que orientaran hacia la causa del sangrado. Dado la frecuencia con que encontramos estas malformaciones vasculares en pacientes mayores de 60 años (14 casos) es posible que en ellos las telangiectasias fueran de origen degenerativo.

La forma de *presentación clínica* predominante fue la *hemorragia digestiva alta*, caracterizada por hematemesis y/o melenas - 14 pacientes. En nueve de ellos las hemorragias se reiteraron varias veces en el curso de los años y uno de los pacientes, de 86 años, sangraba desde hacía 15 años. Dos de estos pacientes que presentaron hemorragias altas habían sido operados previamente a su examen fibroscópico, resultando en sendas laparotomías en blanco, pues no se encontró la causa del sangrado. Otro fue tratado con una gastrectomía parcial, luego del diagnóstico fibroscópico, siendo este tratamiento ineficaz pues volvió a sangrar de telangiectasias que habían quedado en el remanente gástrico.

En otros cuatro pacientes, la forma de presentación clínica fue *anemia crónica*. En uno de ellos de 14 años de evolución y en otro de 8 años. De estos pacientes con anemia crónica, dos fueron operados previamente a su diagnóstico fibroscópico: en uno se había realizado gastroenteroanastomosis y en otro gastrectomía subtotal, sin obtener la curación.

La *dispepsia dolorosa epigástrica* que acompañó a la sintomatología hemorrágica o anémica en cuatro pacientes, debe atribuirse a lesiones gástricas coexistentes: 3 casos presentaban pequeños pólipos gástricos, un caso con gastritis crónica y un caso con un pequeño cáncer antral a pocos centímetros de la lesión telangiectásica (Fig. 1). En el estudio fibroscópico intrahemorrágico que se le realizó a

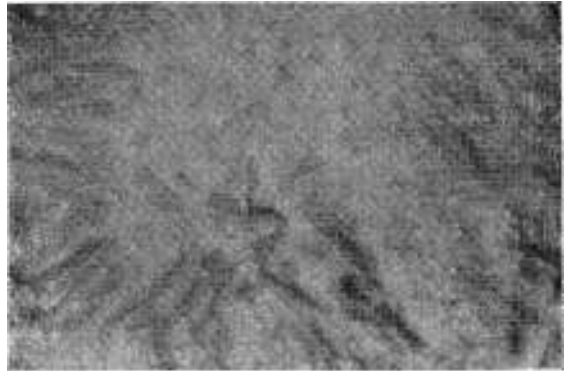


FIG. 1.—Pequeño cáncer gástrico ulcerado y a su derecha lesión telangiectásica responsable del sangrado.

este paciente del Hospital Pasteur, se comprobó que la causa de sangrado era la telangiectasia y en su vecindad se descubrió el cáncer por el que luego fue operado.

Este paciente de 80 años, había presentado varios ingresos anteriores por anemia, hematemesis y melenas y tenía telangiectasias cutáneas, por lo que se le había diagnosticado enfermedad de Rendu-Osler.

Los *estudios radiológicos* practicados en estos pacientes no evidenciaron lesiones. Se trata de exámenes contrastados de esófago-gastroduodeno convencionales. En ninguno se realizó arteriografías selectivas.

El diagnóstico sólo se alcanzó en la totalidad de estos casos mediante fibroscopía esófago-gastroduodenal. Este examen permitió identificar el tipo de lesión y su topografía, así como la existencia de lesiones asociadas. Dado la limitación actual del alcance de la fibroscopía al ángulo duodeno-yeyunal, desconocemos si estos enfermos presentaban también localizaciones telangiectásicas en yeyuno-íleon. Por consiguiente, hecho el diagnóstico de lesiones telangiectásicas esófago-gastro-duodenales, en un paciente con hemorragia digestiva alta, es preciso completar su examen para valorar la extensión lesional mediante arteriografía selectiva, delgado (2) y fibrocolonoscopia. En aquellos casos que se operen, es posible emplear varios métodos intraoperatorios para examinar el delgado: transluminación (3), compresión con portaobjetos de vidrio (10) o más modernamente, la fibroscopía intraoperatoria (6) en la cual el cirujano va enhebrando el delgado sobre el fibroscopio introducido por una antrotomía. El endoscopista no sólo puede detectar de esta manera cualquier pequeña lesión, sino que además la luz que emerge del extremo del fibroscopio permite realizar un correcto estudio por transluminación de las paredes intestinales. En uno de los dos pacientes con telangiectasias duodenales, en este caso única, la fibroscopía intraoperatoria (sin necesidad de antrotomía) permitió localizar la telangiectasia y su correcta resección (Fig. 2).



FIG. 2.—Telangiectasia de segunda porción duodenal (en la mitad superior del pliegue situado más a la derecha de la foto).

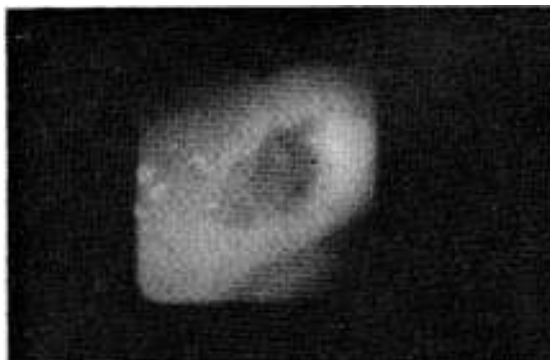


FIG. 3.—Telangiectasia gástrica. En el borde se aprecia su constitución capilar.

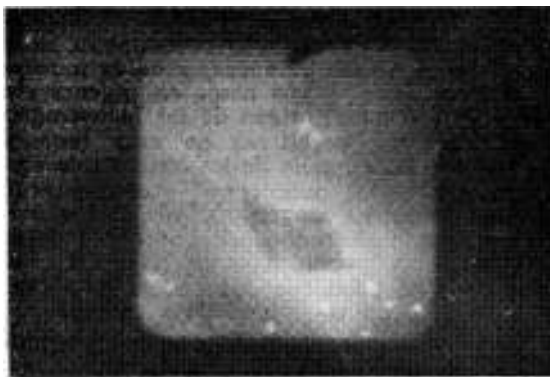


FIG. 4.—Telangiectasia gástrica. Forma irregular.

ASPECTOS ENDOSCÓPICOS

La observación endoscópica de estas lesiones no ha sido frecuente. La primera publicación de diagnóstico gastroscópico pertenece a Renshaw en 1939 en un paciente de 44 años que presentaba pérdidas sanguíneas del tracto digestivo a lo largo de 12 años.

En el libro de Gastroscopia de Schindler (7) sólo se menciona ese caso y el de Kushlan. No conocemos, en nuestro medio, ninguna publicación de diagnóstico gastroscópico de esta patología, anterior a nuestras primeras observaciones (1974) y publicaciones sobre el tema (8) (9). El aspecto endoscópico de estas lesiones es bien característico. Se presentan como lesión única o múltiple (Fig. 3) cuyo diámetro oscila entre 2 y 5 mm.; de color rojo intenso, borde nítido y superficie lisa; poco o nada elevada respecto al resto de la mucosa. Observadas muy de cerca y por el efecto magnificador de imagen del fibroscopio, es posible apreciar en los bordes de la lesión su constitución capilar. Su forma es irregular (Fig. 4) y sangran al mínimo contacto, con una hemorragia sostenida, de tipo capilar. La dificultad de auto-hemostasis por vasoespasmos que presentan estas lesiones es debida a que los capilares que las constituyen, de mayor calibre que el normal, adolecen de una ausencia casi total de tejidos elástico y muscular en sus paredes.

Topografía y número

En 14 pacientes las telangiectasias eran múltiples y en los 4 restantes eran únicas. La topografía más frecuente fue la gástrica (11 casos) (Figs. 3 y 4). Encontramos dos casos a topografía gástrica y duodenal; un caso de telangiectasias gástricas y esofágicas y un caso de topografía gástrica y yeyunal (en un gastrectomizado).

La topografía duodenal (Fig. 2) la observamos en dos casos y en otro las lesiones estaban dispersas en esófago, estómago y duodeno.

En cuanto a la distribución de las lesiones en los casos de topografía gástrica, no hemos notado una distribución especial o preponderante sino que por el contrario, asientan en cualquier sector gástrico.

Diagnóstico diferencial

Sólo cabe plantearlo con las sufusiones hemorrágicas del corion de algunas gastritis o con lesiones debidas a traumatismo por sonda nasogástrica o por el propio fibroscopio. Cualquiera de estas lesiones puede ser fácilmente

diferenciada de una verdadera telangiectasia y la atenta observación de cerca de estas últimas, revela en sus bordes arborizaciones capilares.

TRATAMIENTO

El tratamiento de estas lesiones se debe adecuar a la topografía de las lesiones y a su extensión lesional a diferentes sectores del tubo digestivo. En algunos casos de lesiones coexistentes, como es el caso del paciente que presentaba un cáncer gástrico y una telangiectasia responsable del sangrado, la conducta fue reseccionista, incluyendo en la pieza ambas lesiones. En lesiones telangiectásicas únicas, gástricas o duodenales, se puede realizar la resección quirúrgica local de la lesión. En nuestra experiencia fue la táctica empleada con éxito en tres pacientes. En un caso la lesión se trató mediante gastrotomía y puntos de hemostasis local, evolucionando bien. Cuando las telangiectasias gástricas son múltiples, las gastrectomías parciales con que fueron tratados dos pacientes, no resolvieron el problema, pues volvieron a sangrar. Ya sea porque quedaron lesiones en el remanente gástrico o porque como es característico de las telangiectasias familiares, aparecieron posteriormente en el mismo. Por este motivo y porque la gastrectomía total resulta un exceso terapéutico frente a estas lesiones es que proponemos la electrocoagulación de las mismas por vía endoscópica, cuando presentan topografía gástrica. No la indicamos en otras localizaciones por el riesgo de perforación. Cinco pacientes fueron tratados mediante electro-coagulación por vía fibroscópica, con corriente de alta frecuencia. Todos ellos presentaban entre 4 y 10 lesiones diseminadas en el estómago.

En el primer paciente que tratamos con esta técnica no pudimos coagular las 10 telangiectasias que presentaba en una sola sesión. Al tiempo volvió a sangrar y fue necesario coagular las restantes.

Los primeros pacientes a quienes tratamos mediante electro-coagulación endoscópica lo

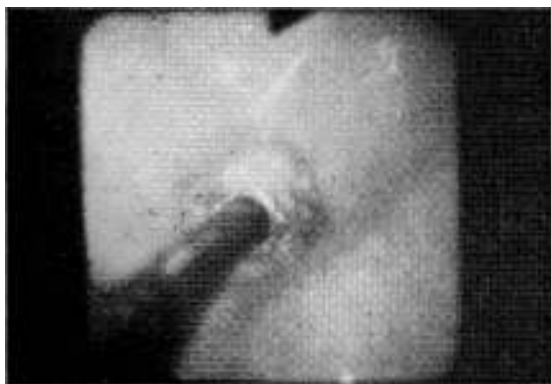


Fig. 5 introducido a través del fibroscopio, realizando coagulación de telangiectasia.

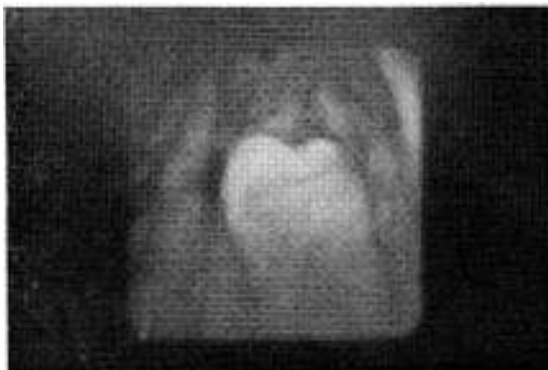


Fig. 6.—Aspecto endoscópico de telangiectasia gástrica electrocoagulada.

fueron en 1976 (9) y su control ha demostrado que evolucionaron bien y no han presentado complicaciones. Los controles realizados no mostraron secuelas gástricas debidas al tratamiento instituido.

En la figura 5 se observa el electrodo que introducimos a través de un fibroscopio eléctricamente aislado y mediante el cual se está coagulando una lesión telangiectásica gástrica. Al comienzo del paso de la corriente de coagulación se produce coagulación del mucus que recubre la mucosa y luego se coagula la telangiectasia, produciéndose discreto edema en ese punto (Fig. 6). El aspecto final de la zona tratada es el de una pequeña elevación de la mucosa, de unos 4 mm de diámetro por 2 ó 3 mm de alto, con una depresión central que corresponde a la telangiectasia coagulada.

RESUME

Diagnosticque et traitement des lésions telangiectasiques gastroduodenales

Après 6.000 fibroscopies du tract digestif supérieur, on a vu que 1.500 d'entre elles étaient dues à une hémorragie digestive haute. On a pu déterminer que 18 de ces cas étaient à cause de malformations vasculaires telangiectasiques (1,2 % des hémorragies digestives hautes). Seulement dans trois cas, elles appartenaient à la maladie Rendu-Osler-Weber.

On analyse les manifestations cliniques et radiologiques, soulignant que le diagnostic correct a été possible dans tous les malades grave à l'examen fibroscopique. On décrit les aspects endoscopiques de ces lésions, sa distribution, topographie et numéro, ainsi que les lésions coexistentes.

On signale les différentes techniques, radiologiques et intraopératoires qui permettent connaître l'extension lésionnelle du tract digestif, plus loin de l'angle duodéno-jéjunal.

Finalement, après l'analyse des procédés chirurgicaux et endoscopiques employés dans le traitement, les auteurs soulignent les avantages de l'électro-coagulation par voie endoscopique dans les telangiectasies de localisation gastrique.

SUMMARY**Diagnosis and treatment of gastroduodenal telangiectasias**

After six thousands fiberscope examinations of the upper gastrointestinal tract, one thousand five hundred of them were due to upper digestive hemorrhage. Among these, it was possible to certify that eighteen patients bled from vascular telangiectasic malformations (1.2 % of the upper digestive hemorrhage). In only three cases it was possible to certify that they belonged to the Rendu-Osler-Weber syndrome.

Clinic and radiologic signs are analyzed, emphasizing that correct diagnosis was possible in every patient only by fiberscope examination. Endoscopic aspects of these lesions, distribution, topography and number as well as coexisting lesions are described. Pointing out different techniques, radiological or intraoperative that enable the lesional extension diagnosis in the digestive tract further than the duodeno-jejunal angle.

Finally, after analyzing surgery and endoscopic procedures used in the treatment, the authors recommend endoscopic electro-coagulation of gastric telangiectasias.

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. CAMPBELL, E, JEWSON, D. Angiographic identification of enteric lesions. *Arch Intern Med*, 125: 705, 1970.
3. COLCOCK, BF, BRAASCH, JW. Cirugía del intestino delgado en el adulto. *Barcelona, Científico-Médica*, 1969.
4. GENTRIG, RW, DOCKERTY, MB, CLAGETT, OT. Vascular malformations and vascular tumors of gastrointestinal tract. *Surg Gynecol Obstet*. 88: 281, 1949.
5. ITUÑO, C, CASTIGLIONI, JC, ALIANO, A, IRAOLA, ML. Angiomatosis intestinal. *Cir Uruguay*. 43: 167, 1973.
6. MARCOZZI G, MONTORI A, CRESPI M. Intraoperativa endoscopy. En: "Urgent Endoscopy of Digestive and Abdominal Diseases". *Int Symp Prague*. Basel, Karger. 1971, p. 244.
7. SCHINDLER R. Gastroscopy. Chicago. *The University of Chicago Press*. 1950.
8. SOJO E, ESTAPE G. Aporte de la fibroscopia en el diagnóstico de las hemorragias digestivas altas. *Rev Argent Cir*, 31: 161, 1976.
9. SOJO E, ESTAPE G, PIKE A. 685 hemorragias digestivas altas estudiadas por fibroscopia. *Cir Uruguay*, 47: 382, 1977.
10. VETTO RM. The management of multiple diffuse telangiectasia of the small intestine. *Surg Gynecol Obstet*, 115: 56, 1962.