

Hemorragia digestiva de origen oculto

Valor diagnóstico de la endoscopía yeyunal

Dres. Bernardo M. Aizen Tub¹, Jorge Beltrán Guañarita²,
Horacio Gutiérrez Galeana³, Carlos Gómez Fossati⁴

Resumen

Se presenta un caso de hemorragia digestiva de origen oculto por malformación vascular de yeyuno alto. Se realizan consideraciones patológicas sobre la entidad y se describen los métodos de diagnóstico pre e intraoperatorio.

Se concluye que la enteroscopia pre e intraoperatoria es el procedimiento de elección en el manejo de las mismas.

Palabras clave: Hemorragia digestiva
Endoscopia – diagnóstico.

Summary

The authors present a case of digestive bleeding of obscure origin due to vascular malformation of the upper jejunum. They make considerations on the entity and describe pre and intraoperative diagnostic methods and come to the conclusion that pre and intraoperative endoscopy is the procedure of election in their management.

Introducción

Se define la hemorragia gastrointestinal de origen oculto como aquella en la que no se puede detectar el sitio o la etiología del sangrado por los métodos diagnósticos convencionales. Aun luego del advenimiento de la panendoscopia digestiva, sea ésta preoperatoria o intraoperatoria, y del uso de las modernas técnicas

angiográficas, hay un porcentaje variable entre el 5-27% de sangrados digestivos cuyo origen no se logra determinar^(1,2).

Se presenta una observación de este tipo jerarquizando el valor de la enteroscopia yeyunal pre e intraoperatoria en la detección precisa del sitio del sangrado. Es de hacer notar que la misma corresponde a la primera yeyunoscopía practicada en nuestro medio.

Historia clínica: F.Z., 67 años, sexo femenino, procedente de Paysandú.

Consulta en febrero de 1987 por historia caracterizada por síndrome funcional anémico con escasa repercusión clínica y buena tolerancia. Niega sangrados, sean estos digestivos o de otro origen. Ausencia total de síntomas referidos a la esfera digestiva. No discrasias, no ingesta de irritantes.

El examen físico es negativo, salvo elementos de anemia hiposiderémica. No estigmas cutáneos de malformación vascular hereditaria.

Es estudiada con fibroscopia digestiva alta que solo demuestra gastritis crónica atrófica. La colonoscopia de la fecha es normal. El estudio secretor gástrico revela anacididad basal y pobre respuesta secretora a la estimulación histamínica. El tránsito baritado del intestino delgado no muestra lesiones. El laboratorio demuestra anemia hipocrómica hiposiderémica. Con diagnóstico de anemia por pérdidas ocultas, es dada de alta, bajo terapia marcial y vitamínica.

Es reingresada nuevamente en julio de 1987 por exacerbación de su sintomatología. El examen físico es igualmente negativo; el laboratorio revela anemia hiposiderémica severa, la fibrogastroscopia y colonoscopia son nuevamente normales, así como el estudio radiológico contrastado esófago-gastroduodenal. La arteriografía selectiva mesentérica superior e inferior (Dr. E. Tiscornia) no logra objetivar elementos patológicos. La fibroyeyunoscopía (Dr. Gutiérrez Galeana 4.II.87) muestra a 60 cm del ángulo duodeno-yeyunal pequeña malformación vascular con sangrado moderado en el momento del examen.

Es intervenida el 26.II.87 (Dr. Gómez Fossati) pre-

Trabajo de la Clínica Quirúrgica «B». Seccional de Patología Digestiva. Profesor Dr. U. Larre Borges.

¹ Asistente de Clínica Quirúrgica «B». ² Postgrado de Cirugía General. ³ Profesor Adjunto de Gastroenterología. ⁴ Profesor Agregado de Clínica Quirúrgica «B».

Presentado a la Sociedad de Cirugía del Uruguay el 19 de julio de 1989.

Correspondencia: Dr. B. Aizen. Br. España 2575/601. Montevideo.

via identificación por yeyunoscopía per-oral intraoperatoria de la topografía exacta de la lesión a cargo del mismo especialista (15 cm del ángulo duodeno yeyunal), se practica resección yeyunal segmentaria con anastomosis término terminal según técnica habitual. El estudio histológico de la pieza de resección revela «telangiectasias angiomasoides de intestino delgado».

La evolución post-operatoria es satisfactoria. A la fecha no ha presentado sangrados y el conteo global se mantiene en los límites normales.

Comentario

La hemorragia digestiva plantea la necesidad de un diagnóstico certero y un tratamiento preciso. Las hemorragias de origen gastroduodenal representan el 66% del total ⁽²⁾ y son fácilmente diagnosticables por fibrogastroduodenoscopia. La fibrocolonoscopia total, a su vez practicable en un 75 a 85% de las veces ⁽³⁾, permite identificar el origen de un número apreciable de sangrados digestivos bajos. Los sangrados originados en el yeyuno ileon exigen la realización de técnicas especiales para su detección.

Frente a una hemorragia digestiva de origen indeterminado se recomienda comenzar por los estudios clásicos. Dada la elevada incidencia de sangrado gastroduodenal, se comienza el estudio por una fibrogastroduodenoscopia para continuarlo por una fibrocolonoscopia si la primera es negativa. El tránsito esófago-gastroduodenal y el colon por enema pueden ser de utilidad en algunos casos. El tránsito bariado de intestino delgado y el estudio centellográfico con Tc 99 deben igualmente ser realizados.

Entre las causas de sangrado yeyuno ileal se citan tumores benignos (leiomioma, angioma), malformaciones vasculares, ulceraciones secundarias a enfermedades de sistema (poliarteritis nodosa, lupus eritematoso diseminado), úlceras infecciosas (TBC, fiebre tifoidea, lues), enfermedad de Crohn, divertículo de Meckel con mucosa gástrica heterotópica. Los cánceres raramente dan sangrado masivo, pero Retslaff refiere que hasta un 10% de los sangrados de origen oculto son por enfermedad maligna ⁽⁴⁾. En el intestino delgado se detecta la frecuencia de tumores carcinoides y linfopatías tumorales.

Las malformaciones vasculares son causa frecuente de sangrados digestivos; se destaca su gran incidencia en pacientes añosos, donde hasta un 80% de los mismos pueden corresponder a angiodisplasias de colon derecho ⁽⁵⁾ Moore clasifica estas malformaciones vasculares en tres tipos ⁽⁶⁾.

- Tipo I: lesiones cuyo estudio anatómico sugiere su origen degenerativo, que predominan en colon derecho (sobre todo en ciego). Se presen-

tan en pacientes mayores de 55 años y son los más frecuentes.

- Tipo II: lesiones solitarias, sin predilección topográfica en el tubo digestivo, de origen congénito, que se manifiestan en general, en pacientes jóvenes.
- Tipo III: Lesiones múltiples presentes en la telangiectasia hemorrágica hereditaria.

El 40% de los sangrados digestivos de origen oculto son atribuidos a malformaciones arteriovenosas no visibles ni palpables en la laparatomía ⁽⁷⁾. Numerosos métodos diagnósticos han sido empleados en su detección intraoperatoria: efecto Doppler, ⁽⁸⁾ valoración de la presión venosa ⁽⁹⁾, oximetría venosa (Evans, ¹), los mismos son laboriosos y muy poco confiables.

En 1960 Margulis ⁽¹⁰⁾ realiza la primera demostración angiográfica de una lesión de este tipo. Desde entonces, la angiografía selectiva de alta definición, mesentérica superior e inferior es inexcusable en el estudio de estos pacientes. Los signos angiográficos incluyen la presencia de vasos capilares dilatados y tortuosos y relleno venoso precoz. En presencia de hemorragia en curso con tasa de sangrado superior a 0.5 ml/min, el procedimiento es capaz de identificar el sitio de fuga e inclusive el manejo terapéutico por inyección ultraselectiva de drogas vasoactivas y/o embolización. El valor topográfico de la arteriografía es indiscutible en el colon por ser un órgano fijo a estructuras abdominales; la movilidad del intestino delgado impide obtener datos precisos sobre el sitio de origen del sangrado ⁽⁹⁾, aun visualizándolo angiográficamente.

Athanassoulis ⁽⁹⁾ describió una modificación de la técnica angiográfica que permite una localización más precisa del sitio y causa del sangrado que a su vez permite su tratamiento por medio de resecciones intestinales conservadoras. Previa identificación por angiografía ultraselectiva de una malformación vascular se procede a la colocación de un nuevo catéter de menor calibre que el precedente, el que por su interior es avanzado distalmente hasta la proximidad inmediata de la pared intestinal. Previa fijación y heparinización de ambos, el paciente es trasladado a la sala de operaciones. Una vez laparatomizado se procede a la inyección de 1 ml de azul de metileno a través del catéter interior, que colorea la zona patológica y permite su resección precisa y económica. Luego de resecada la pieza se inyecta material siliconado radio-opaco para confirmar por métodos radiográficos que la lesión fue resecada.

La enteroscopia, es igualmente un método paraclínico de gran valor. La misma puede ser practicada a través de la cavidad oral o por el ano. Se practica con el colonoscopio que es el instrumento más largo disponible ^(1,3,4,7,11). La técnica permite identificar las le-

siones y determinar la presencia o no de sangrado y su magnitud.

En el preoperatorio su realización es posible bajo tres variantes técnicas:

- a) por pulsión, en la cual el instrumento solo puede ser introducido hasta el yeyuno superior.
- b) por tracción, a través de una cuerda de teflón que el paciente deglute tres a cinco días antes del examen.
- c) por medio de fibroscopios que llevan en su extremo balones que son progreados por el intestino delgado en su peristalsis.

Estos dos últimos son practicados bajo anestesia general, aunque esto no es imprescindible y ven limitada su aplicación en caso de estenosis o íleo que impide la propulsión de los balones o de la cuerda. Su aplicación intraoperatoria permite topografiar precisamente las lesiones por el doble mecanismo de la visualización intraluminal con el instrumento y con la transiluminación serosa que el sistema óptico produce. Se recomienda comenzar el procedimiento por la boca si el sangrado se presume originado en el intestino delgado y por el ano cuando se plantea su origen colónico. Recientes trabajos⁽¹²⁾ destacan que el valor de la técnica es sobre todo aplicable a los sectores proximales del intestino delgado. Solo la presencia de un neoplasma evolucionado o de adherencias extensas abdominales determinan una limitación técnica del procedimiento por la imposibilidad de progresar el colonoscopia por el intestino. Al retirar el instrumento se procede a la aspiración del contenido con lo cual la presencia del íleo post-operatorio es despreciable y el cierre del abdomen siempre posible. La técnica está exenta de complicaciones, es de fácil realización y sus resultados son confiables.

Lau⁽⁷⁾ preconiza la realización de una arteriografía selectiva preoperatoria inmediata dejando el catéter en posición como fue descrito; de esta manera y ante el eventual fracaso de la endoscopia por las limitaciones ya señaladas, la lesión puede ser identificada mediante la inyección de azul de metileno.

La enteroscopia pre e intraoperatoria fue empleada en el presente caso con excelentes resultados.

Se destaca la no concordancia topográfica entre los hallazgos endoscópicos preoperatorios e intraoperatorios por lo que la confirmación intraoperatoria de la naturaleza y topografía exacta de la lesión es imprescindible para establecer con seguridad los márgenes de resección que aseguren la curación del enfermo⁽¹³⁻¹⁶⁾.

Bibliografía

1. **Bowden TA, Hooks III, VM, Mansberger Jr AR.** Intraoperative gastrointestinal endoscopy in the management of occult gastrointestinal bleeding. *South Med J* 1979; 72: 1532-4.
2. **Spiller RC, Parkins RA.** Recurrent gastrointestinal bleeding of obscure origin: Report of 17 cases and a guide to logical management. *Br J Surg* 1983; 70: 489-93.
3. **Mendoza CB Jr, Watne AL.** Value of intraoperative colonoscopy in vascular ectasia of the colon. *Am Surg* 1982; 48: 153-6.
4. **Retzlaff JA, Haglodon AB, Bartholomew LG.** Abdominal exploration for gastrointestinal bleeding of obscure origin. *JAMA* 1961; 177: 94-7.
5. **Thompson JN.** Specialist investigation of obscure gastrointestinal bleeding. *Gut* 1987; 28: 47-51.
6. **Moore JD, Thompson NW, Appelman HD, Foley O.** Arteriovenous malformations of the gastrointestinal tract. *Arch Surg* 1976; 111: 381-9.
7. **Lau WY, Fan ST, Wong SH et al.** Intraoperative localization of bleeding small intestinal lesions. *Br J Surg* 1988; 75: 249-51.
8. **Pinkerton Jr JA.** Intraoperative doppler localization of intestinal arteriovenous malformation. *Surgery* 1979; 85: 472-4.
9. **Athanasoulis CA, Moncure AC, Greenfield AJ et al.** Intraoperative localization of small bowel bleeding sites with combined use of angiographic methods and methylene blue injection. *Surgery*, 1980; 87: 77-84.
10. **Margulis AR, Heinbecker P, Bernard MR.** Operative mesenteric arteriography in the search for the site of bleeding in unexplained gastrointestinal hemorrhage. A preliminary report. *Surgery* 1960; 48: 534.
11. **Lau WY, Fan ST, Chu KW et al.** Intraoperative fiberoptic enteroscopy for bleeding lesions in the small intestine. *Br J Surg* 1986; 73: 217-8.
12. **Moncure A, Tompkins R, Athanasoulis Claude Welch.** Occult gastrointestinal bleeding. Newer techniques of diagnosis and therapy. *Adv Surg* 1989; 22, 141-78.
13. **Bergman M.** Multiple ulcerated carcinoids of the small intestine with hemorrhage. Report of two cases. *Mt Sinai J Med* 1983; 50: 447-51.
14. **Chichlow RW, Mosenthal WT, Spiegel PK et al.** Arteriovenous malformations of the bowel. An obscure cause of bleeding. *Am J Surg* 1975; 129: 440-8.
15. **Hweilt J, Rigby J, Reeve J, Cox AG.** Whole gut irrigation in preparation for large bowel Surgery. *Lancet* 1973; 1: 337-40.
16. **Pérez Blanco FJ.** Leiomioma yeyunal como causa de hemorragia digestiva baja. *Rev Esp Enf Ap Digest* 1983; 64: 429-34.