Cartas al Director

Embolización por radiología intervencionista de un angioma yeyunal recidivado

Palabras clave: Hemangioma yeyunal. Hemorragia gatrointestinal. Radiología intervencionista. Embolización. Cirugía.

Key words: Gastrointestial bleeding. Interventional radiology. Embolization. Surgery.

Sr. Director:

Los tumores de intestino delgado que debutan clínicamente como hemorragia digestiva baja (HDB) grave son infrecuentes, generalmente benignos y difíciles de catalogar etiológicamente de forma preoperatoria (1). En las últimas décadas el desarrollo de la radiología intervencionista ha permitido el diagnóstico de lesiones sangrantes no accesibles por otras exploraciones no invasivas. Además, el desarrollo de nuevos agentes embolígenos está permitiendo considerar a la embolización endovascular como una opción terapéutica en el manejo de estas lesiones (2). Presentamos un angioma yeyunal diagnosticado por arteriografía y resecado quirúrgicamente, que recidivó a los dos años siendo tratado con éxito mediante embolización endovascular.

Mujer de 64 años de edad, con antecedentes de hipertensión arterial y cardiopatía isquémica, que consultó por un cuadro de rectorragia masiva acompañado de síndrome vegetativo. La paciente precisó ingreso hospitalario y transfusión de cuatro unidades de concentrados de hematíes. Las exploraciones complementrarias no invasivas (ecografía, enema opaco, tránsito esofagogastroduodenal, colonoscopia, TAC y gammagrafía con hematíes autólogos marcados "in vivo") no mostraron la causa del sangrado. Se realizó una arteriografía de tronco celiaco y arteria mesentérica superior que objetivó la presencia de una pequeña formación angiomatosa en un asa yeyunal, sin fuga de

contraste sugestiva de sangrado. El cuadro de hemorragia cedió de forma espontánea y la paciente fue alta hospitalaria. Al mes presentó un nuevo episodio de HDB. Dado el hallazgo arteriográfico previo de lesión vascular intestinal y la recidiva del sangrado, se indicó la cirugía, hallando a nivel de yeyuno, a diez centímetros del ángulo de Treitz, una lesión vascular de 2 cm de tamaño. Se realizó resección en cuña de dicha lesión, y enteroscopia intraoperatoria que no objetivó otras lesiones. La histología informó de tumoración por proliferación de luces vasculares de calibre dispar y de características benignas tipo angioma. La paciente permaneció asintomática hasta que a los dos años de la cirugía presentó un nuevo episodio de HDB sin otra sintomatología, que precisó transfusión de dos unidades de concentrado de hematíes. Se realizó una arteriografía de arteria mesentérica superior que demostró la existencia de un ovillo vascular a nivel yeyunal, sugestivo de angioma (Fig. 1). Se realizó cateterización selectiva del área yeyunal afectada y embolización de la rama arterial principal de dicho tumor con partículas de espongostán (Contour® Emboli. Boston Scientific. Target Therapeutics) hasta conseguir la detención del flujo arterial (Fig. 2). Actualmente, tras cuatro años de seguimiento, la paciente está asintomática sin nuevos episodios de sangrado.

Los hemangiomas de intestino delgado son lesiones infrecuentes que suelen localizarse en yeyuno medio (3). Generalmente los pacientes están asintomáticos siendo las manifestaciones clínicas agudas infrecuentes. En los casos de hemorragia digestiva secundaria a su sangrado el diagnóstico es complejo dado el difícil acceso a su localización. Así, la radiografía simple de abdomen, la endoscopia digestiva y el tránsito intestinal baritado suelen ser normales (3). En la gammagrafía y angiografía selectiva del tronco celiaco o arteria mesentérica superior la rentabilidad diagnóstica se ve limitada por la presencia de falsos negativos si la administración de contraste o isótopos no coincide con el momento de sangrado activo, así como en hemorragias de origen venoso (1,4). Para el diagnóstico de estas lesiones la angiografía presenta un 100% de especificidad, aunque la sensibilidad de detección del punto sangrante en casos de sangrado agudo es del 22-87% según las series (2). En nuestro caso, la angiografía inicial demostró la presencia de la tumoración vascular, aunque no del sangrado. En estos casos la cirugía



Fig. 1. Arteriografía: se visualiza una rama yeyunal cateterizada que cruza la línea media hacia la derecha (punta de flecha), que en su extremo distal presenta un ovillo vascular con drenaje venoso precoz, compatible con angioma (flecha).

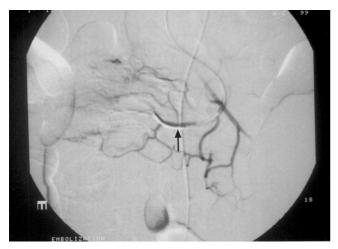


Fig. 2. Arteriografía: imagen del angioma yeyunal postembolización. Se observa el cese del flujo arterial por el vaso embolizado (flecha).

es el tratamiento de elección, ya que permite la resolución del cuadro clínico agudo, confirma el diagnóstico etiológico y permite descartar la presencia de malignidad. Se acepta tanto la resección en cuña de la lesión, como la resección segmentaria intestinal. La enteroscopia intraoperatoria es útil cuando no se encuentra la tumoración durante el acto operatorio, o quedan dudas sobre la presencia de otras lesiones (1). En nuestra paciente, no se identificó presencia de más lesiones además de la extirpada.

EL gran desarrollo técnico en la radiología intervencionista (catéteres flexibles de menor calibre y resistencia, etc.) permite cada vez embolizaciones más superselectivas con acceso a ramas más distales, con menor daño y vasoespasmo. Además, existen nuevas partículas de embolización (soluciones líquidas y partículas de tamaño inferior a 250 micras) que presentan un menor riesgo de difusión local y sistémica. En patología del

tracto gastrointestinal existe poca experiencia (3), y generalmente se limita en su mayoría a lesiones gastroduodenales (5). Actualmente, se recomienda su uso como método diagnóstico y se reserva como método terapéutico de segunda elección tras la cirugía o de primera elección en pacientes con patología de base grave con alto riesgo quirúrgico (6). En nuestro caso se optó por esta terapeútica pues ya teníamos un diagnóstico histológico que descartaba malignidad obtenido en la intervención quirúrgica, la paciente tenía alto riesgo quirúrgico (cardiópata) y hay que tener en cuenta que las reintervenciones presentan un mayor riesgo de complicaciones. La embolización por sangrado activo, presenta muy buenos resultados, con cese del sangrado en más del 80% de los casos (2) aunque el índice de resangrado a corto-medio plazo es alto, oscilando entre 6-25% de los casos (2,7). Nosotros consideramos que en las lesiones vasculares con diagnóstico de benignidad confirmado, como el nuestro, la embolización mediante radiología intervencionista es una técnica útil y evita una reintervención quirúrgica de riesgo. Sin embargo, si no existe confirmación histológica del tumor, puede ser peligroso utilizar este tratamiento, pues en casos de malignidad, una cirugía radical puede determinar el pronóstico vital del paciente.

Esta terapéutica no está exenta de riesgos, siendo su principal complicación la presencia de infartos segmentarios por isquemia de estructuras vecinas por suelta de émbolos, por lo que se debe ser muy meticuloso en su realización (2). No obstante parece ser una terapia óptima y válida para su aplicación en casos que como el nuestro presentan resangrado de una patología benigna, sobre todo en pacientes con alto riesgo quirúrgico.

M. J. Montoya Tabares, A. Ríos Zambudio, J. M. Rodríguez González, J. Hernández Abenza¹, A. Capel Alemán¹ y P. Parrilla Paricio

Servicio de Cirugía General y Aparato Digestivo I. 'Servicio de Radiología. Hospital Universitario Virgen de la Arrixaca. El Palmar, Murcia

Bibliografía

- González R, Parada R, Cobos JM, Casas S, González JA, López F, et al. Hemorragia digestiva baja masiva debida a hemangioma cavernoso yeyunal no detectado por scintigrafia. Rev Esp Enferm Dig 1993; 83: 123-6
- Luchtefeld MA, Senagore AJ, Szomstein M, Fedeson B, Van Erp J, Rupp S. Evaluation of transarterial embolization for lower gastrointestinal bleeding. Dis Colon Rectum 2000; 43: 532-4.
- Boyle L, Lack EE. Solitary cavernous hemangioma of the small intestine. Case report and literature reviews. Arch Pathol Lab Med 1993; 117: 939-41.
- 4. Estorch M. Estudios gammagráficos en patologia vascular abdominal. Rev Esp Med Nuclear 1997; 17: 372-9.
- Ljungdahl M, Eriksson LG, Nyman R, Gustavsson S. Arterial embolization in management of massive bleeding from gastric and duodenal ulcers. Eur J Surg 2002; 168: 384-90.
- Klas JV, Madoff RD. Surgical options in lower gastrointestinal bleeding. Semin Colon Rectal Surg 1997; 8: 172-7.
- Guy GE, Shetty PC, Sharma RP, Burke MW, Kastan DJ, Burke TH. Treatment of acute lower gastrointestinal hemorrhage with superselective delivery of polyvinyl alcohol particles: further observations and outcomes in 19 patients. Radiology 1992; 185: 135.