

TUMOR DE YEYUNO COMO CAUSA DE HEMORRAGIA GASTROINTESTINAL INFERIOR (REPORTE DE UN CASO CLÍNICO)



Rev Guatem Cir Vol 18 - 2011

DANNY CHOCOJ COY, M.A.C.G.*
EDGAR LEONEL OLIVA RODAS[‡]
DR. SERGIO ESTRADA, M.A.C.G.*

RESUMEN

Se presenta un caso de un paciente masculino de 26 años ingresado en un servicio de medicina interna por presentar hemorragia rectal de 4 días de evolución, al ingreso presenta dolor abdominal en mesogastrio y anemia severa (Hg. 7.4 Gm) se le realiza gastroscopia y colonoscopia sin encontrar causa alguna, se realiza angiografía mesentérica la cual se encontró normal 2 días después inicia súbitamente el sangrado por lo que se repite gastroscopia utilizando un colonoscopio flexible por su longitud, se encuentra una masa sangrante a nivel de yeyuno proximal llevándolo a sala de operaciones y efectuando laparotomía exploradora encontrando una masa a 40 cm. de la flexura duodeno yeyunal que ocluye el 80% de la luz con sangrado activo, realizando resección de segmento de intestino delgado y anastomosis termino-terminal reportando patología, angiosarcoma epitelioides, el paciente curso con buena evolución egresando al séptimo día postoperatorio y seguimiento por hemato-oncología.

PALABRAS CLAVE: Hemorragia gastrointestinal inferior, yeyuno, angiosarcoma epitelioides.

ABSTRACT

presents a case of a male patient of 26 years entered in an internal medicine service by presenting rectal bleeding 4 days of evolution, the income has abdominal pain in mesogastrio and severe anemia (Hg. 7.4 Gm) was performed gastroscopy and colonoscopy without find a cause, is performed mesenteric angiogram which is found normal 2 days after you start suddenly the bleeding by what is repeated gastroscopy using a colonoscope flexible for its length where in found a bleeding mass proximal jejunum to 6.75 operations room and carrying out exploratory laparotomy finding a mass to 40 cm. The flexure duodenum jejunal occluding the 80% of the light with active bleeding, making resection of segment of small intestine and termino-terminal anastomosis reporting pathology, epithelioid angiosarcoma, the patient course with good evolution venezuelas to the seventh postoperative day and follow-up by hemato-oncology.

KEY WORDS: Gastrointestinal hemorrhage lower, jejunum, epithelioid angiosarcoma.

* Jefe de Servicio de Cirugía, Hospital Roosevelt
‡ Residente de Cirugía Hospital Roosevelt
General de Accidentes, Instituto Guatemalteco de Seguridad Social.
dfchocoj77@yahoo.es

INTRODUCCIÓN

La hemorragia del intestino delgado es poco frecuente y representa del 10 al 15% de todos los casos de hemorragia digestiva baja o distal, en ciertas situaciones el diagnóstico se hace por exclusión después de descartar todas las fuentes digestivas altas y colonicas. Las causas pueden incluir divertículos de Meckel, enfermedad de Crohn, intususcepción, neoplasias, malformaciones vasculares, varices intestinales, discrasias sanguíneas, trombosis mesentérica, reacciones farmacológicas, infecciones entericas, pólipos y hemorroides.⁽¹⁾

Los tumores del intestino delgado son muy infrecuentes, siendo la localización del 1 al 3% del cáncer gastrointestinal. Tienen una relación de 2:1 mujer-hombre, el promedio etareo oscila entre la 5a-6a década de la vida y es raro encontrarlo antes de los 30 años.⁽²⁾

CASO CLÍNICO

Paciente masculino de 26 años quien ingresa a un servicio de medicina interna por presentar dolor abdominal en mesogastrio y hemorragia rectal de 4 días de evolución.

En la historia refería de desde hace más o menos 4 meses inicio con dolor abdominal en ombligo que aumento con el tiempo, asociado a cuadros esporádicos de sangrado rectal; los cuales se intensificaron en los últimos 4 días por lo que consultó. Antecedentes: negativos, al examen físico de ingreso: P/A: 100/60, FC: 110x', FR: 16x', afebril, alerta, hipo activo, palidez generalizada, diaforético, mucosas semihúmedas, abdomen blando, doloroso mesogastrio, con tacto rectal que muestra hematoquesia franca.

Laboratorios mostraron únicamente descenso de la hemoglobina y hematocrito, lo demás dentro de límites normales. Se da tratamiento de soporte, transfusión sanguínea, vitamina K, parando el sangrado, luego se le realizan estudios: Gastroscopia (Fig.1) y colonoscopia sin encontrar la causa del sangrado por lo que se practico angiografía mesentérica (Fig.2) la cual no evidencio anomalía, dos días después de dicho estudio

inicia súbitamente con sangrado activo y disminución de P/A: 80/50 mmHg realizando una nueva gastroscopia únicamente que esta ocasión se utilizo un colonoscopio por tener mayor longitud llegando hasta el yeyuno proximal encontrando una masa sangrante que ocluye el 80% de la luz a 40 cms. de la flexura duodeno yeyunal (Fig.3) la presión disminuye a 60/40 mmHg por lo que es llevado a SOP de urgencia realizando laparotomía exploradora encontrando una masa de 4 x 4 cm. en el borde antimesentérico (Fig. 4), blanda, que ocupa en espacio intra luminal (Fig. 5) a 40 cm. de la flexura duodeno yeyunal con abundante tejido vascular, no se evidenciaron adenopatías mesentéricas. Se realizo resección y anastomosis termino-terminal en un plano dejando márgenes de 10 cm. de cada lado de la masa, la patología reporto: Angiosarcoma epiteloide.

Evolución: Inmediato: 72 hr de ayuno, con soluciones intravenosas, soporte transfusional y antibióticos; inicia tránsito intestinal al tercer día. Líquidos orales al 4o día, sin distensión, herida limpia, adecuada cicatrización.

Tolerancia dieta blanda y egreso al 7o día para seguimiento por consulta externa de cirugía y hemato-oncología.

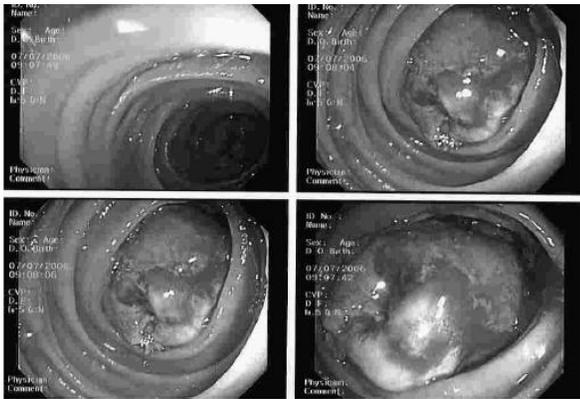
Adecuada alimentación y evolución en casa.



Figura 1. Gastroscopia y colonoscopia de ingreso normal



Figura 2. Angiografía mesentérica normal



2a. ENDOSCOPIA

Figura 3. Utilizando Colonoscopio se encuentra masa sangrante a 40 cm. flexura duodenoyeyunal.



HALLAZGOS EN SOP:

Figura 4. Masa de 4 x 4 cm. en el borde antimesentérico, blanda en espacio intra luminal, a 40 cm. de la flexura duodenoyeyunal con abundante tejido vascular, no adenopatías mesentéricas.



PROCEDIMIENTO:
Figura 5. Laparotomía exploradora, Resección y Anastomosis termino-terminal de yeyuno.



Figura 6: Angiosarcoma resecado

Histopatología

Vasos aumentados en tamaño y cantidad, alrededor de la mucosa, con áreas de hemorragia, con células tumorales de forma multifocal, formando acúmulos de granulación inflamatoria de forma epitelioides, eosinófilos con núcleos vesiculosos y nucleolos prominentes.

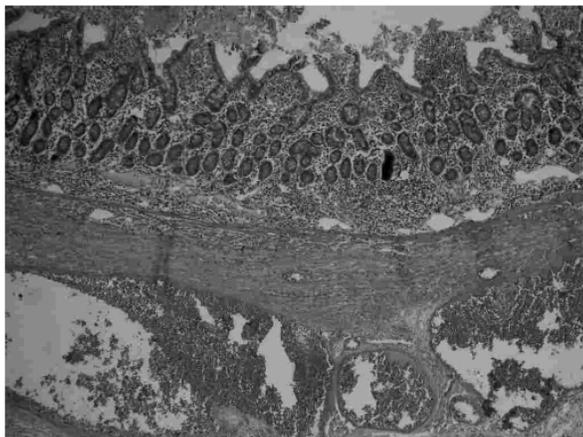


Figura 7

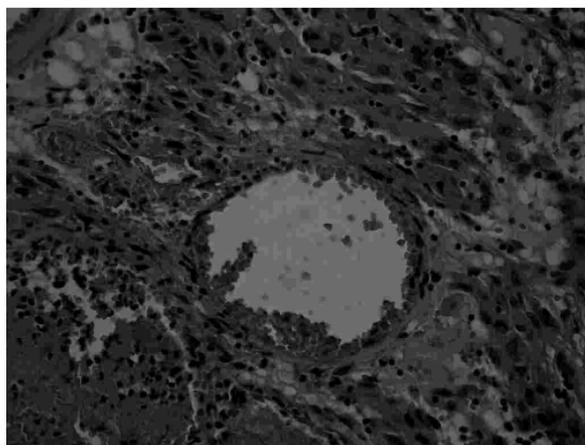


Figura 8. Angiosarcoma epitelioides de intestino delgado -yeyuno-

DISCUSIÓN

Las neoplasias del intestino delgado son principalmente adenocarcinomas (>50%), comunes en duodeno y yeyuno. Los leiomiomas ocurren con mayor frecuencia en el íleon. El 20% de las lesiones malignas son tumores carcinoides que ocurren con mayor frecuencia en íleon que en duodeno o yeyuno y pueden ser múltiples. Los angiosarcomas son los tumores menos frecuentes de todos los sarcomas (1%), se han descrito en casi todos los órganos. La mayor parte se localiza en la

piel (33%) y tejidos blandos profundos (24%); otros órganos donde aparece son la mama (8%), el hígado (8%), huesos (6%), el bazo (4%), el corazón, los grandes vasos y el pericardio (3%), órbita (3%), área otorrinolaringológica (4%) y otros órganos, incluido el pulmón y muy raramente pueden presentarse intestino delgado.^(2,6,7,8,9,10)

Los síntomas del cáncer del intestino delgado son generalmente no específicos, agregando a la dificultad del diagnóstico: como dolor abdominal "calambre", sangre mezclada en heces entero/rectorragia, melena por hemorragia alta, pérdida de peso, diarrea, estreñimiento, abdomen agudo -perforación- o sintomatología obstructiva. El diagnóstico se basa en los signos y síntomas además de la historia clínica y la ayuda mediante exámenes de imagen y endoscopios. El tratamiento va encaminado a la resección quirúrgica y el uso de quimioterapéuticos, además de alimentos altos en fibra. Los angiosarcomas son sumamente raros y más encontrarlos en yeyuno proximal como el presente caso, ponen en riesgo la vida del paciente no solo por ser malignos sino por presentar hemorragias súbitas que pueden ser incontrolables si no se cuenta con el diagnóstico a tiempo. El diagnóstico anatomopatológico se caracteriza por células poligonales u ovoides de núcleos atípicos irregulares, y espacios vasculares tapizados por dichas células tumorales, con fenómenos hemorrágicos alrededor.

Las técnicas de inmunohistoquímica que demuestran la naturaleza endotelial del tumor son la positividad del CD-31 y del factor antiproteína VIII, así como la positividad de la queratina, coexpresión frecuente del angiosarcoma epitelioides. En este caso los primeros estudios realizados se encontraron normales por lo que en un segundo estudio endoscópico con la ayuda de un colonoscopio flexible pudo hacerse diagnóstico a tiempo y poder realizar un procedimiento de urgencia con el cual se controló el sangrado y resecó la masa, evolucionando satisfactoriamente y dándole seguimiento por consulta externa de hematología ■

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Schwartz, Daly, Fisher. **Principios de cirugía**. Interamericana McGrawhill 8a. Edic. Vol. I 1136-1142
2. Chami TN, Ratner LE, Henneberry J et al. **Angiosarcoma of the small bowell**. 2,005. 23; 178 – 182.
3. Hwang TL, Sun CF, Chen MF. **Angiosarcoma of the small intestine with bleeding**. 2,006; 30: 224 – 228.
4. Taxy JB, Battifora H. **Angiosarcoma of the gastrointestinal tissue**. 2,003. 20; 111 – 113.
5. Mayorga Fernández Marta, Gonzalez Vela Carmen, Fernández Fidel. **Angiosarcoma metastásico del intestino delgado**. 2,004. 34; 201 – 204.
6. Calonje E., Wilson Jones E.: **Tumores vasculares**. En *"Histopatología de la Piel"*, D. Elder, R. Elenitsas, C. Jawoesky y B. Johnson eds.; Cap. 34, pp 769 -808. Editorial Inter-Médica, Bs. As. 1999.
7. Enzinger F.M., Ewiss S.W.: **Benign tumors and tumor-like lesions of blood vessels**. En *"Soft Tissue Tumors"*, Cap. 23, pp 579 -626. Mosby, St. Louis, Miss. 1995
8. García M, González T, Escobar J, Seco A, Celorio C, Rodríguez J. **Angiosarcoma pulmonar metastático**. *An Med interna* 2004;21:27-30.
9. L López^a, M Iriberry, L Cancelo, A Gómez, F Uresandi y V Atxotegui. **Hemoptisis de repetición secundarias a un angiosarcoma epitelioides generalizado** *Unidad de Patología Respiratoria*. Hospital de Cruces. Baracaldo. Vizcaya. España. *Arch Bronconeumol* 2004; 40: 188 – 190
10. Requena L, Requena C, Pichado O. **Angiosarcoma epitelioides**. *Neoplasias vasculares*. 2004;4:207-11