

HEMORRAGIA DIGESTIVA BAJA (HDB) DE DIFÍCIL DIAGNÓSTICO

*Eduardo Deluca MAAC, Manuel Alvarez MAAC, Pablo Pisa y Oscar Borra**

SANATORIO AZUL, AZUL, PCIA. DE BUENOS AIRES, ARGENTINA

INTRODUCCIÓN

Todo sangrado originado por lesiones en el tubo digestivo en forma distal al ángulo duodeno yugular es considerado una hemorragia digestiva baja. De acuerdo a su evolución, esta pérdida puede ser aguda o crónica, según el volumen de sangre y el tiempo en el que se ha perdido. Las hemorragias de intestino delgado son poco frecuentes y su origen puede responder a diversas causas.

La dificultad para llegar al diagnóstico puede deberse al cese del sangrado en el momento del examen, pérdida sanguínea escasa, que hace poco o nada visible la fuente de la hemorragia y el inconveniente para detectar el sitio sangrante por los exámenes habituales, debido a la extensión del órgano. El objetivo del presente trabajo es presentar un caso poco frecuente de HDB crónica de origen incierto, haciendo especialmente hincapié en la modalidad diagnóstica.

CASO CLÍNICO

Paciente de 68 años de edad que fue internado en 3 oportunidades consecutivas en una institución pública, por disnea, palidez extrema y mareos de 7-10 días de evolución en su última internación. Refiere heces oscuras hace 1 mes aproximadamente. En sus 3 ingresos presentó descompensación hemodinámica leve a moderada. El laboratorio del 5/11 reveló Hto. 14.5%, Hb. 4 g%, índices hematimétricos francamente alterados. Fue transfundido con (1000 cc GR) llevando el Hto 25.5% - Hb 8.5 g%.

Estando de alta médica fue asistido por el clínico, gastroenterólogo y hematólogo. Con diagnóstico de anemia ferropénica microcítica,

recibió tratamiento con hierro; no obstante, se lo estudió con esofagogastroduodenoscopia, fibrocolonoscopia, TAC con contraste oral y endovenoso (no helicoidal) y tránsito de intestino delgado, no hallando patología sangrante en ningún estudio. El examen de sangre oculta en materia fecal del 5/11 fue positivo. Según consta no se realizó cámara gama o arteriografía selectiva por el ritmo de sangrado, por lo que se sugiere entonces la utilización de una cápsula endoscópica.

Establecido el diagnóstico se realiza la cirugía por vía laparoscópica, devanando el intestino delgado, desde la válvula ileocecal hacia proximal. Habiendo recorrido 1m y 80 cm. se halla proceso ocupando la luz intestinal, por compresión con la pinza atraumática de intestino, umbilicado y con un ganglio en el meso.

Se exterioriza el asa intestinal por la incisión umbilical, se palpa la formación que ocupa la luz intestinal y se realiza la resección con anastomosis TT en un plano extra mucoso con extirpación del ganglio. Abierta la pieza se observa pólipo con base libre y el tumor sangrante en el extremo apical.

La anatomía patológica reveló pólipo hamartomatoso de intestino delgado.

DISCUSIÓN

El 5% de los sangrados gastrointestinales provienen del intestino delgado y la causa más común son las angiodisplasias en un 30% aproximadamente¹¹.

La incidencia de los tumores del intestino delgado es muy baja, está alrededor del 0.5 al 0.6% de todos los tumores gastrointestinales^{1,5}.

El caso que presentamos era portador de un pólipo hamartomatoso único que habitualmente

suele ser asintomático.

La ausencia de displasia es una característica de estas formaciones por lo que algunos autores no lo consideran adenomas, sino hamartomas; de manera que no son verdaderos tumores. Son malformaciones con: estructuras propias del órgano que provienen⁹; tienen muy baja incidencia y la hemorragia es una forma frecuente de presentación. El diagnóstico de una hemorragia digestiva baja exige una serie de estudios para descartar el origen de la misma; si el sector por investigar es el intestino delgado suele ser dificultoso detectar la patología y más aún si el ritmo del sangrado es lento.

Son varios los procedimientos para poder llegar al diagnóstico: tránsito intestinal, tomografía computarizada helicoidal, angiografías, cámara gama con hematíes marcados, etc; sin embargo en ciertas ocasiones y pese a la evolución de estas técnicas, los resultados no son promisorios. Algunos autores han comunicado las ventajas de la enteroscopia intraoperatoria, ya que puede hacer el diagnóstico y además, suele tener un efecto terapéutico⁷. Otro de los recursos descritos es la endoscopia con doble balón^{10,14}, que contiene dos balones (en el extremo distal del endoscopio y en el sobretubo). El procedimiento permite un sistema de avance especial, plegando sobre sí mismo el intestino delgado, a través de la insuflación y el desinflado de los balones. El método es controlado mediante un equipo manométrico (que controla la presión de los balones). Todos los estudios enumerados hasta el momento, para localizar patología a nivel del yeyunoíleon, implican métodos no invasivos de visión indirecta, y aquellos que son invasivos de visión directa; de modo que era necesario contar con un procedimiento no invasivo de visión directa. Fue así que se diseñó la cápsula endoscópica, aplicándose por primera vez en el año 2000 por el Dr. Gabriel Iddan⁸, ingeniero mecánico israelí. En el año 2001 se efectuaron los primeros estudios protocolizados.

Existen varios tipos de cápsulas endoscópicas. Básicamente es un dispositivo constituido por una serie de unidades de alta tecnología, con un videograbador en su interior que, a través de la ingestión oral, permite la obtención de imágenes del tubo digestivo en todo su recorrido. Al final del mismo, la cápsula es eliminada con las heces y la información recogida es procesada por un ordenador para finalmente ser estudiada. En el caso que nos ocupa se utilizó una cápsula,

con dos microcámaras, una en cada extremo, que toman 4 imágenes por segundo (2 por cada cámara).

Trabajos evalúan la utilidad diagnóstica y el impacto clínico de la cápsula endoscópica⁴ obteniendo resultados muy similares a los de otra serie¹³, con tasas de rendimiento diagnóstico de 82% y de, impacto clínico del 43%.

Mylonaki y col¹², comparando la eficacia de la enteroscopia de la cápsula endoscópica en la localización de lesiones hemorrágicas del ID en 50 pacientes y observaron que la cápsula endoscópica es superior para el diagnóstico (68% frente al 32% de la enteroscopia Hartmann y Ell^{6,3} en 33 y 32 pacientes, respectivamente). No obstante la enteroscopia tiene la ventaja sobre la cápsula y que puede tener un efecto terapéutico al permitir la electrocoagulación con láser, a través del canal de trabajo.

La utilidad, eficacia y seguridad de estos dos procedimientos, también han sido estudiados por Blancas y col², con resultados similares.

Como todo elemento de diagnóstico tiene algunas contraindicaciones: sospecha de obstrucción intestinal, pacientes que han tenido varias operaciones con episodios suboclusivos. No se recomienda en menores de 10 años y en embarazadas.

La mayoría de los autores citados coinciden en que la principal indicación para el uso de la cápsula endoscópica es el estudio de patología originada, en el intestino delgado, especialmente cuando se acompaña hemorragia de origen dudoso con sangrado lento y persistente. No obstante son necesarios mayores estudios randomizados, comparativos con otros procedimientos, con una muestra de pacientes apropiada, que analicen su capacidad diagnóstica (sensibilidad, especificidad, valores predictivos, credibilidad), para poder así utilizar la tecnología más adecuada.

Este procedimiento ha sido, para el caso que presentamos, una óptima alternativa diagnóstica, después de haber puesto en práctica los estudios que hoy día están a nuestro alcance.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Bal A, Joshi K, Vaiphei K, et al. *Primary duodenal neoplasms: a retrospective clinicopathological analysis*. World J Gastroenterol 2007; 13:1108-11.
2. Blancas JM, Paz VM, Miyamoto y col *Enteros-*

- copia de doble balón*. Experiencia en el Hospital de Especialidades del Centro Médico Nacional Siglo XXIIMSS, Ciudad de México. Rev Gastroenterol Mex 2005; 70.
3. Ell C, Remke S, May A, et al. *The first prospective controlled trial comparing wireless capsule endoscopy with push enteroscopy in chronic gastrointestinal bleeding*. Endoscopy 2002;34: 685-9.
 4. García-Compean D, Armenta JA, González JA, y col *Utilidad diagnóstica e impacto clínico de la cápsula endoscópica en la hemorragia gastrointestinal de origen oscuro. Resultados preliminares*. Rev Gastroenterol Mex 2005; 70.
 5. Gil S, Heuman D, Mihás A: *Small intestinal neoplasms*. J Clin Gastroenterol 2001; 33: 267-82.
 6. Hartmann D, Schilling D, Bolz G, et al. *Capsule endoscopy versus push enteroscopy in patients with occult gastrointestinal bleeding*. Z Gastroenterol 2003;41: 377-82.
 7. Hayat M, Axon AT, O'Mahony S. *Diagnostic yield and effect on clinical outcomes of push enteroscopy in suspected smallbowel bleeding*. Endoscopy 2000;32:369-72.
 8. Iddan G, Meron G, Glukhovsky A, et al. *Wireless capsule endoscopy*. Nature 2000; 405:417.
 9. Levine JA, Burgart LS, Batts KP, et al: *Brunner's gland hamartomas: clinical presentation and pathologic features of 27 cases*. Am J Gastroenterol 1995; 90: 290-4.
 10. May A, Nachbar L, Wardak , et al. *Double-balloon enteroscopy: preliminary experience in patients with gastrointestinal bleeding or chronic abdominal pain*. Endoscopy 2003; 35: 985-91.
 11. Munitiz Ruiz V, García Pérez B, Serrano Jiménez A, *Angiodisplasia múltiple de intestino delgado. Un reto diagnóstico y terapéutico*. Gastroenterol Hepatol 2004;27(5):311-3.
 12. Mylonaki M, Fritscher-Ravens A, Swain P. *Wireless capsule endoscopy: a comparison with push enteroscopy in patients with gastroscopy and colonoscopy negative gastrointestinal bleeding*. Gut 2003;52:1122-6.
 13. Teramoto O, Zamarripa F, López ME. *La cápsula endoscópica: la evolución en el diagnóstico de las enfermedades del intestino delgado*. Rev Gastroenterol Mex 2005; 70.
 14. Yamamoto H, Sekine Y, Sato Y, et al. *Total enteroscopy with a nonsurgical steerable double-balloon method*. Gastrointest Endosc 2001; 53: 216-20.