
Hemangioma cavernoso de intestino delgado: una causa rara de obstrucción intestinal***Cavernous haemangioma of the small bowel: an uncommon cause of intestinal obstruction***

A.M. Calvo¹, R. Erce¹, S. Montón¹, A. Martínez², A. Otero¹

RESUMEN

El hemangioma cavernoso de intestino delgado es un tumor vascular, benigno e infrecuente, sin predilección en cuanto al sexo y más frecuente a partir de la tercera década.

Su manifestación clínica más común es la anemia crónica secundaria al sangrado del hemangioma gastrointestinal, seguida de la obstrucción y perforación intestinal.

El diagnóstico preoperatorio es difícil y el tratamiento de elección es la resección quirúrgica.

Palabras clave. Hemangioma cavernoso. Tumor intestinal. Obstrucción intestinal.

ABSTRACT

Cavernous haemangioma of the small bowel is a vascular, benign and infrequent tumour, similar in both sexes and more typical from the third decade onwards.

Its most common clinical manifestation is a chronic anaemia secondary to intestinal bleeding, other causes are intestinal obstruction and perforation.

Preoperational diagnosis is difficult and the treatment of choice is surgical resection.

Key words. Cavernous haemangioma. Bowel tumour. Intestinal obstruction.

An. Sist. Sanit. Navar. 2003; 26 (3): 437-440.

1. Servicio de Cirugía General y Aparato Digestivo. Hospital García Orcoyen. Estella.

2. Servicio de Medicina Interna (Digestivo).

Aceptado para su publicación el 14 de julio de 2003.

Correspondencia

Ana M. Calvo Benito
Hospital García Orcoyen
C/ Santa Soria, 22
31200 Estella
(Navarra)

INTRODUCCIÓN

Los tumores primarios de intestino delgado son lesiones poco frecuentes, predominando los benignos (60%) respecto a los malignos¹. En este grupo se incluyen los tumores vasculares que representan el 3% de los tumores de intestino delgado², entre ellos el hemangioma cavernoso solitario o múltiple, cuya presentación clínica más frecuente es la anemia crónica secundaria a sangrado gastrointestinal; además puede presentarse como en nuestro caso con dolor cólico y vómitos debido a una obstrucción intestinal.

El diagnóstico exacto del hemangioma cavernoso es histológico y su diagnóstico preoperatorio, según algunos autores sólo es posible en el 24% de los casos³.

Presentamos el caso de un hemangioma cavernoso en yeyuno cuya manifestación clínica fue la obstrucción intestinal alta y su diagnóstico fue intraoperatorio.

CASO CLÍNICO

Mujer de 78 años, asmática, hipertensa y diabética no insulino dependiente en tratamiento con antidiabéticos orales y alérgica a aspirina.

La paciente consulta de manera ambulatoria por presentar desde hace 4 meses episodios de dolor abdominal cólico y vómitos biliosos que ceden espontáneamente. En ese momento la exploración física era normal y no existían alteraciones en los datos de laboratorio. Se realizó durante el estudio radiografía de abdomen, en la que se aprecia la cámara gástrica dilatada. La ecografía abdominal muestra la vesícula escleroatrófica con cálculos en su interior y en el tránsito gastrointestinal se observa: estómago y duodeno normal, con adecuada evacuación pilórica. Divertículo a nivel del ángulo de Treitz. Yeyuno distendido, hiperperistáltico hasta su porción distal en la que hay un segmento de estrechez irregular. A partir de entonces tránsito lento (5 horas, en llegar el contraste a íleon terminal): todo ello compatible con estenosis incompleta al nivel de yeyuno distal (Fig. 1).

La paciente ingresa en el hospital por presentar un nuevo episodio de dolor abdominal cólico de 24 horas de evolución en epigastrio, sin irradiación, asociado a distensión abdominal, náuseas y vómitos biliosos. No alteraciones del ritmo deposicional, ausencia de síndrome miccional.

En la exploración física la paciente presenta buen estado general, normocoloreada y normohidratada con abdomen distendido, timpanizado, doloroso a la palpación en epigastrio sin signos de irritación peritoneal asociado a peristaltismo de retención sin apreciarse hernias.



Figura 1. Tránsito gastrointestinal: divertículo a nivel del ángulo de Treitz. Yeyuno distendido hasta su porción distal con estenosis a ese nivel.

Los datos de laboratorio muestran una marcada leucocitosis con desviación izquierda (15.700 leucocitos con 85% de segmentados y 3% de cayados) y en la radiografía de abdomen se observa dilatación de la cámara gástrica y de asas de intestino delgado, con niveles hidroaéreos.

Se realiza TAC abdominal con contraste vía oral e intravenoso yodado, con los hallazgos de: espondiloartrosis, escoliosis así como una ateromatosis calcificada de la aorta abdominal y de los grandes vasos. Dilatación gástrica con contenido hidroaéreo en su interior así como importante dilatación de asas de intestino delgado (presumiblemente yeyuno) sin objetivarse la causa de dicha obstrucción, siendo el resto de las asas de intestino delgado y colon normales. Resto de estructuras anatómicas estudiadas no muestran alteraciones significativas.

Con el diagnóstico de obstrucción intestinal alta (al nivel de yeyuno) sin objetivar la causa de la obstrucción se decide intervención quirúrgica, hallando gran dilatación de yeyuno proximal (re lleno de contraste de exploraciones previas: TAC) con área estenótica por obstáculo intraluminal. Resto de cavidad abdominal normal. Se realiza resección de 40 cm de yeyuno y posterior anastomosis término-terminal manual.

La anatomía patológica de la pieza reseca-da, presenta un hemangioma cavernoso polipoi-de, causante de la obstrucción intestinal a nivel yeyunal.

La evolución postoperatoria fue satisfactoria, sin complicaciones locales ni generales, siendo dada de alta la paciente a los 10 días del ingreso.

DISCUSIÓN

Los tumores vasculares de intestino delgado son raros, más frecuentes los benignos (hemangiomas y tumores glómicos) que los malignos (angiosarcoma y sarcoma de Kaposi).

Los hemangiomas intestinales suponen el 7-10% de los tumores benignos del intestino delgado.

Según su histología se dividen en capilares, cavernosos y mixtos. Son de color rojo o azulado y su tamaño oscila desde milímetros a una gran masa en la luz intestinal o que infiltra la pared. La variante más frecuente es el hemangioma cavernoso seguido del hemangioma capilar y los mixtos (cavernoso-capilar¹).

Pueden ser solitarios o múltiples, que afectan a todo el tubo digestivo de manera difusa y frecuentemente asociados a hemangiomas cutáneos⁴.

La localización más frecuente de estos tumores es el colon, pero cuando asientan en el intestino delgado lo hacen sobre todo a nivel yeyunal⁵.

Pueden ser asintomáticos y descubrirse de manera accidental durante otra cirugía o en la necropsia. La manifestación clínica más común es el sangrado gastrointestinal, siendo la anemia hipocrómica hiposiderémica el síntoma más frecuente, seguido de episodios de dolor abdominal y vómitos que evolucionan a la obstrucción intestinal y en casos aislados a la perforación^{3,6}.

El diagnóstico preoperatorio del hemangioma intestinal es difícil a pesar de las diferentes técnicas de imagen^{3,7}. La TAC muestra una masa sólida homogénea o heterogénea con extravasación del contraste administrado por vía endovenosa a la luz intestinal en los casos de sangrado^{8,9}. En la RNM, aparece en T2 una imagen hiperdensa, pero en ocasiones son imágenes heterogéneas al presentar en su interior calcificaciones, hemorragia o fibrosis¹⁰.

En los casos que la clínica revela una obstrucción intestinal en la radiografía simple de abdomen además de presentar calcificaciones se observa dilatación de asas intestinales con niveles hidroaéreos y con el tránsito gastrointestinal se puede localizar el lugar de la obstrucción^{2,3}.

En los casos que se presentan con hemorragia gastrointestinal activa la Gammagrafía con hematíes marcados con 99m-Tc permite localizar el punto de sangrado, pero no la etiología de la misma, siempre que el sangrado sea mayor de 0,2 ml/min. y el mismo fundamento tiene la angiografía en hemorragias cuyo débito es superior a 0,5 ml/min^{1,11,12}.

La endoscopia (enteroscopia) es fundamental ya que permite determinar la localización, extensión de la lesión previa a la cirugía y la toma de biopsias permitiendo el diagnóstico anatómo-patológico preoperatorio de hemangioma cavernoso^{3,12,13}.

El tratamiento de elección es la resección quirúrgica. Cuando son tumores pediculados localizados en las primeras asas de yeyuno o en íleon terminal la resección endoscópica puede ser una medida terapéutica eficaz^{2,3,6,13}.

BIBLIOGRAFÍA

1. GUTIÉRREZ ALONSO C, PÉREZ PÉREZ A, BELLO P, MUÑOZ MC, J.J. VILA JJ. Hemangioma cavernoso intestinal con anemia recurrente como único síntoma. *Rev Esp Pediatr* 2001, 57: 204-206.
2. FUENTES C, RODRÍGUEZ PÉREZ A, MATEOS R, ANTUNEZ P. Hemorragia gastrointestinal recurrente por hemangioma mesentérico con afectación del intestino delgado. *Med Clin (Barc)* 2002, 119: 437-438.
3. RAMANUJAM PS, VENKATESH KS, BETTINGER L, HAYASHI JT, ROTHMAN MC, FIETZ MJ. Hemangioma of the small intestine: case report and literature review. *Am J Gastroenterol* 1995; 90: 2063-2064.
4. ZABALLOS P, MORALES AL, ROS C, ALCEDO J, SALSENCH E. Semiología de las manifestaciones cutáneas asociadas a hemorragia gastrointestinal. *Med Integr* 2002, 39: 408-419.
5. LANAS A, LORENTE S. Tumores del intestino delgado. *Enfermedad inmunoproliferativa del intestino delgado*. *Medicine* 2000; 8: 186-193.
6. SCINTU F, CAPRA F, GIORDANO M, FRAU G, MASCIA R, COMELLA D et al. Neuromuscular and vascular hamartoma of the small intestine. Report of a clinical case and review of the literature. *Chir Ital* 2001; 53: 393-398.
7. HANATATE F, MIZUNO Y, MURAKAMI T. Venous hemangioma of the mesoappendix: report of a case and a brief review of the Japanese literature. *Surg Today* 1995; 25: 962-964.
8. BANK ER, HERNANDEZ RJ, BYRNE WJ. Gastrointestinal hemangiomatosis in children. Demonstration with CT. *Radiology* 1987; 165 : 657-658.
9. WAN YL, ENG HL, LEE TY, TSAI CC, CHEN SM, CHOU FF. Computed tomography of an exophytic gastric hemangioma with torsion and intratumoral hemorrhage. *Clin Imaginig* 1993; 17: 210-212.
10. MANABU T, TAKAMICHI M, HIROHISA K, TONSOK K, TAKAYUKI E, YOSHIFUMI N et al. MR Imaging of mesenteric hemangioma: A case report. *Radiation Medicine* 2000; vol 18, nº 1; 6769.
11. IWATA Y, SHIOMI S, OTSO R, SASAKI N, HARA J, NAKAMURA S et al. A case of cavernous hemangioma of the small intestine diagnosed by scintigraphy with Tc-99m-labeled red blood cells. *Ann Nucl Med* 2000; 14: 373-376.
12. GONZÁLEZ CONDE R, PARADA R, COBOS JM, CASAS S, GONZÁLEZ SÁNCHEZ JA, LOPEZ-RIOS FERNANDEZ F et al. Massive lower digestive hemorrhage caused by jejunal cavernous hemangioma detected with scintigraphy. *Rev Esp Enferm Dig* 1993; 83:123-126.
13. LÓPEZ GUTIERREZ JC. Precisiones en el diagnóstico y tratamiento de los tumores vasculares congénitos. *An Pediatr* 2002; 57: 592.