

Lesiones de Cameron: Experiencia Clínica

Roberto J. Bernardo ¹, Juan P. Portocarrero ¹, Martín Tagle ¹

RESÚMEN

Es importante considerar a las lesiones de Cameron dentro del diagnóstico diferencial de causas de anemia por deficiencia de hierro secundarias a pérdidas gastrointestinales. Presentamos los datos demográficos, los hallazgos clínico-patológicos y el manejo terapéutico de pacientes con úlceras de Cameron evaluados en una clínica privada de Lima, Perú. Doce pacientes, nueve de ellos hombres, fueron incluidos en el reporte. La media de la edad al momento del diagnóstico fue de 71 años (rango de edades 49-91 años). Cinco pacientes tuvieron anemia, uno de ellos catalogado como anemia severa. 91.7% de los pacientes presentaron hernias hiatales gigantes. Todos los pacientes con anemia tenían hiatos herniarios gigantes. Dos pacientes tuvieron pruebas positivas para infección por *H. pylori*. Dos pacientes refirieron crónico de anti-inflamatorios no esteroideos (AINES). Conclusiones: Las úlceras de Cameron son lesiones causantes de sangrado gastrointestinal crónico, y deben considerarse en el estudio de pacientes con anemia por déficit de hierro.

PALABRAS CLAVE: úlceras de Cameron, hemorragia digestiva, anemia por deficiencia de hierro, hernia hiatal.

Rev. Gastroenterol. Perú; 2012; 32-2: 157-160

ABSTRACT

Cameron lesions are becoming an increasingly important diagnosis in the evaluation of patients with iron deficiency anemia. We describe the demographic data, clinico-pathologic features and therapeutic outcome of a group of patients with Cameron lesions at a single private practice clinic in Lima, Peru. Twelve patients (9 men) were included in the report. Median age at diagnosis was 71 years (range 49-91). Five patients had anemia and one of them had severe anemia. 91.7% of our patients presented with large hiatal hernias. There were 5 patients with anemia and large hernias. Two patients tested positive for *H. pylori*. Two patients reported chronic NSAIDs use. Conclusions: Cameron lesions are not an uncommon cause of chronic gastrointestinal bleeding and should be kept in mind in the study of patients with iron deficiency anemia.

KEYWORDS: cameron lesions, gastrointestinal bleeding, iron deficiency anemia, hiatal hernia

1. Clínica Angloamericana, Lima, Perú.

INTRODUCCIÓN

Las lesiones de Cameron son úlceras lineares localizadas a nivel del hiato diafragmático en pacientes que sufren de hernia hiatal^[1-3]. Este tipo de úlceras están asociadas a sangrado digestivo, tanto agudo como crónico^[2-6]. No es inusual que durante el estudio endoscópico de causas gastrointestinales de anemia por deficiencia de hierro, estas lesiones no sean tomadas en cuenta. El propósito de este estudio es presentar los datos demográficos, clínico-patológicos y el manejo terapéutico de doce casos de úlceras de Cameron, en una clínica privada en Lima, Perú durante un periodo de seis años.

MATERIAL Y MÉTODOS

Se revisaron las historias clínicas de los pacientes diagnosticados con úlceras de Cameron que fueron admitidos a la Clínica Angloamericana en Lima, Perú durante los años 2005 hasta el 2011. Los datos demográficos incluyeron género y edad. Adicionalmente, se evaluaron variables como el tamaño de la hernia hiatal (HH), nivel de hemoglobina (Hb), Volumen Corpuscular Medio (VCM), uso de AINES, infección por *Helicobacter pylori* y así como el motivo de estudio endoscópico en cada paciente. Esta última variable se subclasificó en estudio de anemia por deficiencia de hierro, hemorragia digestiva (hematemesis, melena) y síntomas mecánicos (pirosis, disfagia).

En todos los casos de anemia por deficiencia de hierro se practicaron endoscopias digestivas tanto altas como bajas. Se catalogó como anemia secundaria a úlceras de Cameron sólo si el estudio endoscópico no reveló alguna otra causa.

Se correlacionaron la variable tamaño de hiato herniario con los niveles de Hb de cada paciente así como con el resultado de la prueba de *H. pylori*.

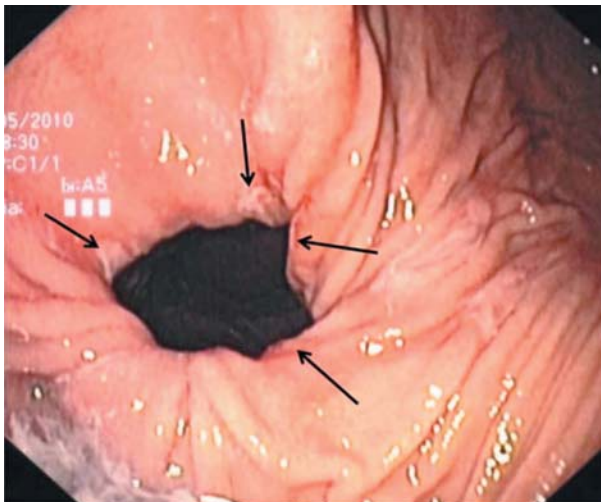


Figura N°1. Úlceras de Cameron

RESULTADOS

Se evaluó un total de doce pacientes entre los años 2006 hasta el 2011. Del total del número de pacientes incluidos en el estudio, nueve de ellos (75%) fueron varones y tres (25%) mujeres. La edad media de los pacientes en este estudio fue de 71 años.

Aproximadamente el 8% de los pacientes tuvieron valores de hemoglobina menores a 8 g/dL., mientras que el 16.7% tuvo valores menores a 10 g/dL pero mayores a 8 g/dL. El 33.3 % de pacientes tuvo un VCM menor a 80. Dos pacientes (16.7%) refirieron consumo de AINES. Once (91.7%) pacientes tuvieron una HH gigante (mayor a 4cm).

Con respecto a la sintomatología, se ve que en el 75% de pacientes el estudio endoscópico se realizó como parte del estudio de anemia por déficit de hierro. En un 41.6% la presentación del cuadro fue por hemorragia digestiva, y en igual proporción de pacientes, el cuadro se caracterizó por síntomas primarios a la HH como pirosis o disfagia, por ejemplo (Tabla N° 1).

Tabla N°1 Datos Epidemiológicos y Clínicos generales

| (n=12) | |
|----------------------------------|-------------------|
| Género | |
| Masculino | 9 (75%) |
| Femenino | 3 (25%) |
| Edad (media) | 71 (rango: 49-91) |
| Valores de Hemoglobina | |
| <8 g/dL | 1 (8.3%) |
| 8-10 g/dL | 2 (16.7%) |
| 10 - 12 g/dL | 2 (16.7%) |
| >12 g/dL | 7 (58,3%) |
| Volumen Corpuscular Medio | |
| < 80 | 4 (33.3%) |
| 80 o más | 8 (67.7%) |
| Uso de AINES | |
| Sí | 2 (16,6%) |
| Tamaño de Hernia Hiatal | |
| < 4 cm | 1 (8.3%) |
| >4cm | 11 (91.7%) |
| Síntomas asociados | |
| Síntomas relacionados con anemia | 9 (75%) |
| Hemorragia Digestiva Alta | 5 (41.6%) |
| Síntomas relacionados con HH | 5 (41.6%) |

Dos pacientes (16.7%) tuvieron resultados positivos para la prueba de infección por *H. pylori*. No se contó con esta información en tres de nuestros pacientes.

Al correlacionar las variables tamaño de hiato herniario y nivel de Hb (tabla N°2), se encontró que de los pacientes con HH gigante (mayor a 4cm), cinco de ellos (41.7%) tuvieron anemia. (Hb<12 g/dL). Por otro lado, no hubo pacientes con anemia y HH menor a 4cm.

Tabla N°2.

| Correlación entre Hernia- Hb | Hernia <4cm | Hernia 4cm o más |
|------------------------------|-------------|------------------|
| Hb menor a 12 | 0 | 5 (41.7) |
| Hb 12 o más | 1 (8,3) | 6 (50.0) |

La tabla N°3 muestra la relación entre el tamaño de la hernia y el resultado de la prueba para *H. pylori*. Se encontró que entre los pacientes con HH pequeña (menor a 4cm) sólo uno (11.1%) tuvo una prueba positiva. Dentro de los pacientes con HH gigante (77.8%) tuvieron una prueba negativa y sólo uno (11.1%) mostró resultados positivos. En tres pacientes (33,3%) del estudio no se realizó el estudio para *H. pylori*.

Tabla N°3.

| Correlación entre Hernia Hiatal - <i>H. pylori</i> | Hernia <4cm | Hernia 4cm o más |
|--|-------------|------------------|
| <i>H. pylori</i> + | 1 (11.1) | 1 (11.1) |
| <i>H. pylori</i> - | 0 | 7 (77.8) |

DISCUSIÓN

En 1986, Cameron y Higgins estudiaron prospectivamente a 109 pacientes con el diagnóstico endoscópico de HH y describieron la asociación entre anemia por déficit de hierro y el hallazgo endoscópico de lesiones lineares ulceradas en los pliegues mucosos gástricos localizadas en o cerca al hiato diafragmático, las cuales fueron denominadas 'Úlceras de Cameron' [3, 7-8]. De hecho, ya en el año 2000, la American Gastroenterological Association incluyó a este tipo de lesiones como una causa importante de sangrado digestivo oculto, esto es, sangrado digestivo persistente luego de endoscopias digestivas -alta y baja- con resultados negativos [6, 9].

La prevalencia estimada de las úlceras de Cameron es de aproximadamente 5% en pacientes con diagnóstico previo de hernia hiatal [7, 8, 10]. Sin embargo, estas lesiones pueden ser un hallazgo incidental durante una endoscopia digestiva alta realizada por otras razones [8]. Weston reportó que aproximadamente el 50% de las lesiones de Cameron incluidas en su reporte fueron hallazgos incidentales durante endoscopias altas realizadas por otro motivo [11].

Las úlceras de Cameron son consideradas como resultado de la erosión mecánica constante de la mucosa gástrica cada vez que el estómago pasa por el hiato herniario en cada movimiento respiratorio [3-4, 7-8]. Adicionalmente, el daño de la mucosa por el ácido gástrico, isquemia y el uso de AINES son factores etiológicos adicionales para la aparición de estas lesiones, así como factores predisponentes a sangrado intermitente [3-4, 8, 12].

La infección por *H. pylori* ha sido considerada en la patogénesis de estas lesiones. De hecho Weston encontró que 32% de pacientes con úlceras de Cameron fueron positivos para *H. pylori* [8, 11]. En nuestro reporte, encon-

tramos que el 16.7% de los pacientes tuvieron una prueba positiva para esta infección, aunque debe considerarse que en tres pacientes no se realizó esta prueba, lo que podría subestimar este factor.

La asociación entre las úlceras de Cameron y anemia por déficit de hierro ha sido ampliamente documentada. En su reporte original, Cameron estudió 109 pacientes con diagnóstico ya establecido de HH. De estos, 55 pacientes tenían anemia y 54 tenían valores de Hb normales. Se encontraron lesiones de Cameron en 23 pacientes con anemia (55%) y en 13 pacientes con valores de normales de Hb (24%) [7-8].

La mayoría de estudios de asociación entre lesiones de Cameron y anemia, han considerado la presencia de HH como criterio de inclusión. Panzuto [6] determinó la prevalencia de HH en base a pacientes con anemia por déficit de hierro, quienes fueron sometidos a endoscopias altas y bajas para determinar las posibles causas de la enfermedad; 228 pacientes con anemia fueron incluidos. Hernias hiatales gigantes fueron la causa más probable de anemia en 21 pacientes (9.2%). Las lesiones de Cameron fueron visibles sólo en 33% de pacientes con HH, lo cual puede explicarse por distintos factores, como que las erosiones pueden curarse o recidivar, así como falla técnica durante la gastroscopia [6, 13]. Sin embargo, debe tenerse en cuenta que la prevalencia reportada de HH gigantes en pacientes con anemia ferropénica es de 6% a 7% [4-5] y que sólo entre 33 a 50% de estas tienen una endoscopia positiva para las úlceras de Cameron [3, 6], lo que significa que una HH gigante (mayor a 4cm) puede ser la causa de anemia por deficiencia de hierro incluso si no se visualizan las lesiones de Cameron [3, 6].

La prevalencia de las úlceras de Cameron parece estar directamente relacionadas al tamaño del hiato herniario. La probabilidad de encontrar esta patología cuando la hernia hiatal es mayor a 5cm es del 10 al 20% [8, 11-12]. Panzuto demostró que en pacientes con anemia por déficit de hierro, el tamaño promedio de la HH fue de 6 cm (rango, 4-10 cm) [6]. En nuestro reporte todos los pacientes con anemia tuvieron una hernia hiatal mayor a 4cm.

Las lesiones de Cameron pueden manifestarse también como hemorragia digestiva alta. Veintinueve por ciento de pacientes del reporte de Weston tuvo esta presentación [11].

En lo que respecta al tratamiento, éste es preferentemente médico, reservándose la cirugía para los casos refractarios, así como también para casos complicados. El tratamiento consiste en suplementos de hierro así como inhibidores de bomba de protones o bloqueadores H2 [4, 8]. Panzuto evaluó 21 pacientes con hernia hiatal y anemia por déficit de hierro. Diez pacientes fueron tratados con inhibidores de bomba de protones junto con intervención quirúrgica (grupo 1) y once fueron tratados sólo con inhibidores de bomba de protones (grupo 2). Los niveles de hemoglobina fueron de 13.8 g/dL y 13.4 a los tres meses de seguimiento, y 13.4 y 13.8 al año de seguimiento en los grupos 1 y 2, respectivamente, diferencia que no fue

estadísticamente significativa ^[6]. El tratamiento quirúrgico (funduplicatura laparoscópica o convencional) está recomendado para pacientes con enfermedad refractaria al manejo médico, es decir, quienes continúan con déficit de hierro o con sangrado gastrointestinal ^[1, 3, 7-8].

En resumen, las úlceras o lesiones de Cameron pueden

manifestarse tanto como sangrado gastrointestinal agudo o crónico. El médico debe tener en cuenta este tipo de patología en el estudio de pacientes con anemia por déficit de hierro y hernia hiatal. El gastroenterólogo que realiza una endoscopia alta en un paciente con déficit de hierro debe buscar acuciosamente este tipo de lesiones recordando que *sólo se encuentra lo que se busca* ^[13].

REFERENCIAS

- MOSCHOS J, PILPILIDIS I, KADIS S et al. Cameron lesion and its laparoscopic management. *Indian J Gastroenterol.* 2005 Jul-Aug; 24(4): 163.
- KISHORE M, SMITH R. Cameron Lesions: Unusual Cause of Gastrointestinal Bleeding and Anemia. *Digestion* 2008; 77: 214–21.
- PAUWELYN KA, VERHAMME M. Large hiatal hernia and iron deficiency anaemia: clinico-endoscopic findings. *Acta Clin Belg.* 2005 Sep-Oct; 60(4): 166-72
- MOSKOVITZ M, FADDEN R, MIN T, et al. Large hiatal hernias, anemia, and linear gastric erosion: studies of etiology and medical therapy. *Am J Gastroenterol* 1997; 87: 622–6.
- ANNIBALE B, CAPURSO G, CHISTOLINI A, et al. Gastrointestinal causes of refractory anemia in patients without gastrointestinal symptoms. *Am J Med* 2001; 111: 439–45.
- PANZUTO F, DI GIULIO E, CAPURSO G et al. Large hiatal hernia in patients with iron deficiency anaemia: a prospective study on prevalence and treatment. *Aliment Pharmacol Ther.* 2004 Mar 15; 19(6): 663-70.
- CAMERON AJ, HIGGINS JA: Linear gastric erosion. A lesion associated with large diaphragmatic hernia and chronic blood loss anemia. *Gastroenterology* 1986; 91: 338–34.
- MAGANTY K, SMITH RL. Cameron lesions: unusual cause of gastrointestinal bleeding and anemia. *Digestion.* 2008; 77 (3-4): 214-7.
- ZUCKERMAN GR, PRAKASH C, ASKIN MP, LEWIS BS. American Gastroenterological Association technical review of the evaluation and management of occult and obscure gastrointestinal bleeding. *Gastroenterology* 2000; 118: 201–21.
- SLEISENGER & FORDTRAN'S *Gastrointestinal and Liver Disease*, ed 9. Philadelphia, Saunders, 2010.
- WESTON AP: Hiatal hernia with Cameron ulcers and erosions. *Gastrointest Endosc Clin N Am* 1996; 6: 671–679.
- NGUYEN N, TAM W, KIMBER R, ROBERTS-THOMSON IC. Images in interest. Gastrointestinal: Cameron lesions. *J Gastroenterol Hepatol* 2002; 17: 343.
- MORRISEY JF. You see what you look for. *Gastroenterology* 1986; 91: 481–2.