

# Hemangioma gástrico como causa de hemorragia digestiva alta

Gastric hemangioma as a cause of upper gastrointestinal bleeding

Jorge Espinoza-Ríos<sup>1a</sup>, Maria C. Ferrufino-Schmidt<sup>1b</sup>, Eduar Bravo Paredes<sup>1c,2d</sup>, Jaime Cok Garcia<sup>1c,2d</sup>, José Pinto Valdivia<sup>1c,2d</sup>, Martín Tagle Arróspide<sup>2c,3d</sup>, Alejandro Bussalleu Rivera<sup>2d</sup>

<sup>1</sup> Hospital Nacional Cayetano Heredia. Lima, Perú.

<sup>2</sup> Universidad Peruana Cayetano Heredia. Lima, Perú.

<sup>3</sup> Clínica Anglo Americana. Lima, Perú.

<sup>a</sup> Médico Asistente Gastroenterología; <sup>b</sup> Docente; <sup>c</sup> Médico Asistente Patología.

Recibido: 14-6-2017

Aprobado: 25-7-2017

## RESUMEN

El hemangioma gástrico como causa de hemorragia digestiva alta (HDA) es un evento clínico raro. Presentamos el caso de un varón de 83 años con historia de dolor abdominal, intolerancia oral y melena con pérdida de peso de 8 Kg. En la endoscopia digestiva alta muestra una lesión elevada en antro gástrico con úlcera y vaso visible en su parte superior el cual recibe terapia endoscópica, en la tomografía abdominal se observa una tumoración dependiente de pared gástrica de contornos definidos captadora de contraste. Por persistencia HDA con descompensación hemodinámica ingresa a laparotomía exploratoria encontrándose una tumoración vascularizada que en el estudio histopatológico se concluye como hemangioma cavernoso gástrico.

**Palabras clave:** Hemangioma; Hemorragia; Laparotomía; Tracto gastrointestinal (fuente: DeCS BIREME).

## ABSTRACT

Gastric hemangioma as a cause of upper gastrointestinal bleeding (UGIB) is a rare event. We present the case of an 83 years old male with a history of abdominal pain, vomiting and melena, along with an 8 Kg weight loss. The upper gastrointestinal endoscopy showed an elevated, ulcerated lesion in the gastric antrum with a visible vessel, for which he receives endoscopic therapy. In the abdominal computed tomography, a contrast enhancing, well-circumscribed mass attached to the gastric wall is observed. Due to the persistence of the UGIB, the patient suffers hemodynamic decompensation and undergoes exploratory laparotomy, where a vascularized mass is found. The pathology report informs a gastric cavernous hemangioma.

**Keywords:** Hemangioma; Hemorrhage; Laparotomy; Gastrointestinal tract (source: MeSH NLM).

## INTRODUCCIÓN

Los hemangiomas intraabdominales son lesiones congénitas benignas poco frecuentes que pueden ser únicos o múltiples y estar distribuidos a lo largo del tracto digestivo <sup>(1)</sup>, también se pueden localizar en el hígado, bazo, glándulas adrenales, mediastino, entre otros <sup>(2)</sup>. El hemangioma gástrico es una entidad clínica rara, generalmente son asintomáticos, pero se pueden presentar con dolor abdominal, obstrucción intestinal, baja de peso, intolerancia oral, saciedad precoz o hemorragia digestiva alta manifiesta o recurrente <sup>(3-5)</sup>. El diagnóstico definitivo es histopatológico <sup>(3)</sup>; sin embargo, entre los estudios se incluyen endoscopia digestiva, imagen tomográfica, resonancia magnética o angiografía y ecoendoscopia <sup>(3,6)</sup>, pudiendo llegar hasta la intervención quirúrgica para determinar el diagnóstico <sup>(7)</sup>. El tratamiento puede ser endoscópico o quirúrgico dependiendo del tamaño de la lesión e infiltración <sup>(8)</sup>. Reportamos el caso de un paciente con

diagnóstico de hemangioma cavernoso gástrico antral, siendo el primer reporte de caso en el Perú.

## CASO CLÍNICO

Paciente varón de 83 años, natural y procedente de Lima, quien niega antecedentes patológicos de importancia y acude al hospital con un tiempo de enfermedad de seis meses caracterizado por dolor abdominal difuso de forma intermitente, asociado a hiporexia, no relacionado a los alimentos y el cual cede parcialmente con el uso de inhibidor de bomba de protones (IBP), dos semanas antes del ingreso presenta náuseas y vómitos de contenido alimentario e ingresa por presentar 3 episodios de melena aproximadamente 120 ml cada una, refiere además que durante dicho periodo presentó una pérdida de peso de 8 Kg.

Al examen físico se encuentra hemodinámicamente estable, con palidez de piel y mucosas, con signos de



**Figura 1.** Endoscopia alta con presencia de lesión elevada.

deshidratación, a nivel abdominal presentó dolor a la palpación profunda en epigastrio y mesogastrio, no se encontró organomegalias adenopatías, matidez, ni circulación colateral. En el tacto rectal se evidenció melena. Los exámenes auxiliares mostraron una hemoglobina en 7,8 gr/dL normocítica e hipocrómica, hematocrito: 29%, plaquetas: 611 000/mm<sup>3</sup>, INR: 1.23, urea: 32,3 mg/dL, creatinina: 0,6 mg/dL, bilirrubinas totales: 0,4 mg/dL, albúmina sérica: 2,5 g/dL.

Por la presencia de hemorragia digestiva alta, ingresa a endoscopia encontrándose a nivel de antro, a 1 cm del píloro y hacia cara anterior una lesión elevada de aproximadamente 20 mm con úlcera en su borde superior y presencia de vaso visible por lo que se realiza terapia endoscópica doble (inyectoterapia con adrenalina y termocoagulación). El resto de la mucosa no mostró anomalías (Figura 1). Se tomó muestra de la lesión para estudio histopatológico. Posteriormente se completó con estudio con tomografía abdominal con contraste, el cual mostró una lesión de 80x72 mm de contornos definidos (Figura 2), con captación heterogénea de contraste que desplaza y comprime la pared gástrica con pérdida de la interfase con la



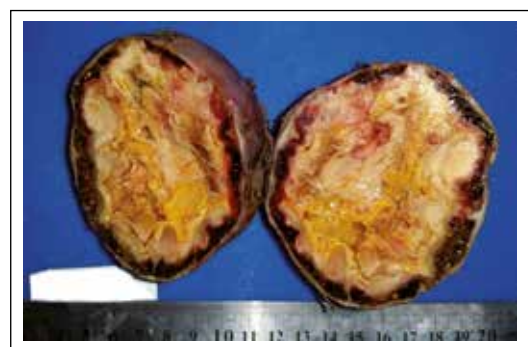
**Figura 2.** Tomografía abdominal con contraste con lesión a nivel de región antral (a) con captación heterogénea de contraste (b).

pared del antro. No se detectó adenopatías ni lesiones infiltrativas en cavidad abdominal (Figura 3).

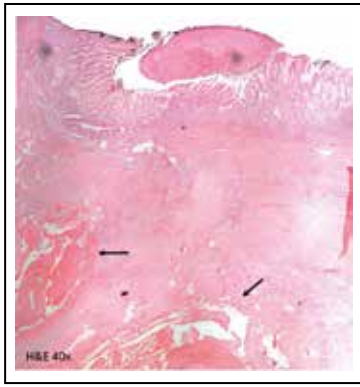
Durante su evolución se obtuvo el resultado del estudio histológico de la biopsia el cual fue no contributivo, dos días después de realizada la endoscopia el paciente persistió con melena, disminución progresiva de nivel de hemoglobina y episodio de hipotensión, motivo por el cual es sometido a laparotomía exploratoria realizándole resección de tumoración dependiente de estómago y duodeno de 14x11 cm muy vascularizado adherido a páncreas y vasos esplénicos (Figura 4). El curso post operatorio del paciente fue complicado por insuficiencia respiratoria con requerimiento de ventilación mecánica con evolución tórpida, falleciendo al cuarto día. El diagnóstico final se obtuvo por estudio



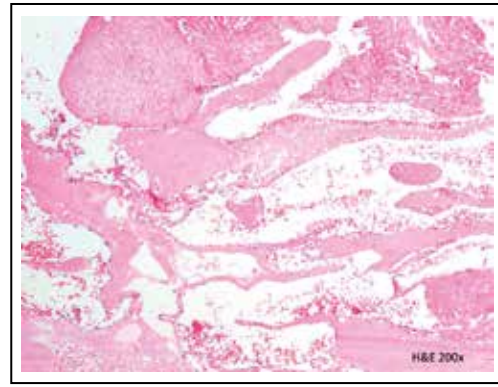
**Figura 3.** Formación sacular subpediculada, recubierta por serosa, dependiente de pared gástrica.



**Figura 4.** Formación sacular que muestra pared gástrica engrosada, de aspecto hemorrágico, y mucosa granular, amarillenta y deleznable.



**Figura 5.** Pared gástrica con espacios vasculares en submucosa (flechas), áreas de necrosis y hemorragia.



**Figura 6.** Espacios vasculares dilatados que se ramifican y convergen entre ellos, imagen compatible con hemangioma cavernoso.

histopatológico. Para el estudio macroscópico (Figura 5) se recibió una formación ovoidea recubierta por serosa y al corte, se evidenció una formación sacular que contenía un material necrótico y cuya pared estaba conformada por pared gástrica de mm de espesor con una submucosa ensanchada de color rojo oscuro (áreas hemorrágicas en la submucosa y un material de aspecto necrótico en su interior). La microscopía (Figura 6) mostró una mucosa gástrica con extensa necrosis isquémica y hemorrágica. A nivel de la submucosa, la presencia de grandes espacios vasculares congestivos y hemorrágicos, tapizados por células endoteliales aplanadas, que se ramifican y convergen entre ellos. Estos hallazgos son compatibles con un hemangioma cavernoso.

## DISCUSIÓN

Los hemangiomas son lesiones congénitas benignas de están formadas por masas densas de capilares y grandes vasos sanguíneos dilatados que derivan de tejido mesenquimal <sup>(3,9)</sup>. Pueden encontrarse en la piel, las vísceras internas, o ambos, con una predilección por la región de cabeza y cuello (60%), la región del tronco (25%), y las extremidades (15%). El hígado es el sitio más frecuente de ubicación entre las vísceras internas (0,4%-20%) <sup>(3)</sup>. Los hemangiomas del tracto gastrointestinal se pueden clasificar como capilar, cavernoso o de tipo mixto, siendo el más frecuente el tipo cavernoso <sup>(3,9)</sup>. Los hemangiomas del tubo digestivo son raros con una frecuencia de sólo 0,05% de todas las neoplasias intestinales <sup>(9,10)</sup>; los hemangiomas gástricos constituyen menos del 2% de las neoplasias gástricas benignas <sup>(9)</sup>. Entre los diagnósticos diferenciales que uno debe tener en cuenta en este tipo de lesiones se encuentran: tumores del estroma gastrointestinal (GIST), leiomiomas, leiomioblastoma, leiomiomasarcoma, schwannoma, lipomas, vórices y carcinomas <sup>(3,9)</sup>.

En su mayoría los hemangiomas gastrointestinales son asintomáticos con hallazgos incidentales <sup>(9)</sup>, pero

pueden presentar síntomas dependiendo de su ubicación entre estos se describe dolor abdominal, intolerancia oral, llenura precoz, baja de peso, masa palpable, obstrucción intestinal, anemia ferropénica, entre otros <sup>(1,3-5,9,11)</sup>. Debido a las paredes delgadas de los vasos sanguíneos, los hemangiomas cavernosos gástricos están predispuestos a su ruptura por el flujo sanguíneo rápido <sup>(2)</sup>, de ahí que se presume que una de las formas de presentación es también HDA, la cual es una emergencia clínica que suele involucrar al cirujano en el diagnóstico y tratamiento <sup>(1-3,12)</sup>, como lo describe Zong L *et al.* quienes reportaron el caso de una paciente mujer de 63 años que ingresó por hematemesis, encontrando en la endoscopia digestiva alta una masa en fondo gástrico con hemorragia activa en su superficie controlando el sangrado con terapia endoscópica con inyección de adrenalina, tomográficamente la masa era captadora de contraste y que en el diagnóstico post operatorio concluyó como un hemangioma cavernoso del fondo gástrico <sup>(2)</sup>. Además, se puede presentar como abdomen agudo quirúrgico como Lin *et al.* quienes presentan el caso de un varón de 22 años quien ingresó a emergencia por dolor súbito en epigastrio asociado a intolerancia oral, fiebre y taquicardia, el examen físico reveló abdomen agudo, la tomografía contrastada mostró una lesión única, homogénea de 6x9 cm con hemoperitoneo por lo que es intervenido quirúrgicamente encontrándose un tumor en la curvatura mayor sangrante y con hemoperitoneo. El examen histopatológico confirmó un hemangioma cavernoso con necrosis central <sup>(9)</sup>.

El diagnóstico del hemangioma gástrico es aún un reto, porque no tiene una forma de presentación clínica clásica <sup>(5)</sup>, el diagnóstico definitivo se obtiene del estudio histopatológico <sup>(2,3,11)</sup>. Entre los estudios que permiten tener una aproximación al diagnóstico se cuenta con la endoscopia digestiva alta la cual tiene una importancia fundamental en el diagnóstico preoperatorio, sin embargo tiene la limitación de no poder establecer de forma definitiva la etiología de la

lesión debido a que las biopsias solo abarcan hasta la mucosa y los hemangiomas son lesiones submucosas y por la naturaleza vascular densa de este tipo de lesiones <sup>(2,3,5)</sup>, como fue el caso de nuestro paciente en el cual las muestras de la biopsia de la lesión no fueron contributorias. Cabe señalar que la terapia endoscópica en este tipo de casos no es efectiva ya que es una lesión submucosa con un tejido delicado con tendencia al sangrado <sup>(2)</sup>.

Es por ello que se pueden utilizar estudios de imagen que permitan tener una aproximación al diagnóstico entre estos la ecografía abdominal que permite observar una masa sólida de apariencia heterogénea o hemorragia intraperitoneal <sup>(3,9)</sup>, también la tomografía contrastada o la resonancia magnética que complementan los datos de la ecografía con la identificación de la lesión por el realce que este presenta por la administración de contraste el cual es característico de la tomografía <sup>(9)</sup>, permitiendo determinar su ubicación y su relación con respecto a las estructuras vecinas como referencia para determinar su resecabilidad preoperatoria <sup>(2,3,7,9)</sup>. Adicionalmente se encuentra la angiografía, estudio útil para identificar el suministro arterial de la lesión y con mayor capacidad diagnóstica y además terapéutica <sup>(3,9)</sup>, ya que permite una embolización dirigida en caso de sangrado activo <sup>(3,13)</sup>. La ecoendoscopia ayuda a definir la relación de la lesión con respecto a las capas de la pared gástrica y el grado de extensión de la vascularización <sup>(3,8)</sup>.

La resección quirúrgica es el tratamiento curativo definitivo indicado en la mayoría de los casos ya que se permite tener una evaluación directa y completa de la lesión. La recurrencia de los hemangiomas gástricos post resección quirúrgica no se ha determinado aún. Por otro lado, existe la posibilidad de realizar una resección endoscópica para lo cual la lesión debe cumplir ciertos criterios entre los que se menciona que la lesión se limite a la submucosa, que sea menor de 2 cm y que pueda ser disecada fácilmente de la capa muscular <sup>(8,14)</sup>. En el caso de nuestro paciente la terapia quirúrgica era la mejor alternativa por el tamaño de la lesión y además se pudo obtener una resección completa de la misma, pero su evolución desfavorable por el compromiso respiratorio lo llevo al fallecimiento durante su estancia postoperatoria.

**Conflictos de intereses:** Los autores declaran no tener ningún conflicto de interés.

## REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Yoo S. GI-associated hemangiomas and vascular malformations. *Clin Colon Rectal Surg.* 2011;24(3):193-200.
2. Zong L, Chen P, Shi GH, Wang L. Gastric cavernous hemangioma: a rare case with upper gastrointestinal bleeding. *Oncol Lett.* 2011;2(6):1073-5.
3. Basbug M, Yavuz Ra, Dablan M, Baysal B, Gencoglu M, Yagmur Y. Isolated cavernous hemangioma: a rare benign lesion of the stomach. *J Clin Med Res.* 2012;4(5):354-7.
4. García-Hernández C, Landa-Juárez S, Carvajal-Figueroa L, Suárez-Gutiérrez R. Resección laparoscópica de un hemangioma cavernoso gástrico gigante en un niño. *Cir Cir.* 2012;80(4):368-70.
5. Chin KF, Khair G, Babu PS, Morgan DR. Cavernous hemangioma arising from the gastro-splenic ligament: a case report. *World J Gastroenterol.* 2009;15(30):3831-3.
6. Kochar R, Atiq M, Lee JH, Landon G, Mansfield PF, Bhutani MS. Giant hepatic hemangioma masquerading as a gastric subepithelial tumor. *Gastroenterol Hepatol (N Y).* 2013;9(6):396-8.
7. Menon P, Rao KL, Bhasin S, Vanitha V, Thapa BR, Lal A, et al. Giant isolated cavernous hemangioma of the stomach. *J Pediatr Surg.* 2007;42(4):747-9.
8. Leonetti G, Paoletti M, Marcheggiano A, Forte A, Covotta A. [Endoscopic resection of a gastric haemangioma: case report]. *G Chir.* 2007;28(8-9):327-9. [Article in Italian]
9. Lin CH, Hsieh HF, Yu JC, Hsu SD, Chen CW, Liao GS, et al. Spontaneous rupture of a large exogastric hemangioma complicated by hemoperitoneum and sepsis. *J Formos Med Assoc.* 2006;105(12):1027-30.
10. Hardy S, Keel SB. Case records of the Massachusetts General Hospital. Weekly clinicopathological exercises. Case 35-1999. A five-month-old girl with coffee-grounds vomitus. *N Engl J Med* 1999;341(21):1597-603.
11. Baek SH, Shin ES, Yoon SK, Nam SM, Whang IS, Park HC, et al. A case of cavernous hemangioma of stomach. *Korean J Gastrointest Endosc.* 1993;13(4):685-7.
12. Bongiovi JJ, Duffy JL. Gastric hemangioma associated with upper gastrointestinal bleeding. *Arch Surg.* 1967;95(1):93-8.
13. Bamanikar AA, Diwan AG, Benoj D. Gastric hemangioma. An unusual cause of upper gastrointestinal bleed. *Indian J Gastroenterol.* 2004;23(3):113-4.
14. Arafá UA, Fujiwara Y, Shiba M, Higuchi K, Wakasa K, Arakawa T. Endoscopic resection of a cavernous haemangioma of the stomach. *Dig Liver Dis.* 2002;34(11):808-11.

### Correspondencia:

Jorge Luis Espinoza-Ríos

Av. Del Río N° 390 - Dpto H. Pueblo Libre. Lima, Perú.

E-mail: jorge.espinoza@upch.pe