

# Flebectasia yeyunal como causa de hemorragia digestiva media masiva

Jejunal phlebectasia as a cause of massive gastrointestinal hemorrhage

Hugo Cedrón<sup>1</sup>, Vanessa Valenzuela<sup>2</sup>, Josué J. Aliaga Ramos<sup>3</sup>, Jaime Cáceres<sup>4</sup>

<sup>1</sup> Gastroenterólogo de la Unidad de Intestino Delgado, Clínica Anglo Americana. Lima, Perú.

<sup>2</sup> Gastroenterólogo del Hospital Nacional Cayetano. Lima, Perú.

<sup>3</sup> Médico Residente de Gastroenterología del Hospital Nacional Cayetano Heredia. Lima, Perú.

<sup>4</sup> Médico Jefe de Patología del Hospital Nacional Cayetano Heredia. Lima, Perú.

Recibido: 02.03.18

Aprobado: 28.01.19

## RESUMEN

Las anomalías vasculares del tracto gastrointestinal son una causa común de sangrado digestivo. La mayoría se localizan al alcance de la endoscopia digestiva alta y/o colonoscopia, una vez descartado ello, obliga a considerar al intestino delgado como causa de la hemorragia. El manejo exitoso de una hemorragia digestiva depende principalmente de la localización oportuna de la fuente del sangrado, sin embargo esta tarea puede ser difícil, cuando la causa no está al alcance de los métodos convencionales. Presentamos el caso de un paciente varón de 21 años cuyo diagnóstico fue una flebectasia yeyunal sangrante, luego de una cuidadosa evaluación de los hallazgos de la cápsula endoscópica y laparoscopia.

**Palabras clave:** Hemorragia gastrointestinal; Colonoscopia; Laparoscopia (fuente: DeCS BIREME).

## ABSTRACT

Vascular abnormalities of the gastrointestinal tract are a common cause of gastrointestinal bleeding. Most of them are located within the reach of the upper endoscopy or colonoscopy, although once discarded, it forces to consider small bowel as the source of bleeding. The successful management of a gastrointestinal bleeding depends mainly on the timely location of the source of bleeding. Nevertheless this task can be difficult when the cause is not within the reach of conventional methods. We present a case of a 21 year-old men in which the diagnosis of bleeding jejunal phlebectasia was made by the findings of the capsule endoscopy and laparoscopy.

**Keywords:** Gastrointestinal hemorrhage; Colonoscopy; Laparoscopy (source: MeSH NLM).

## INTRODUCCIÓN

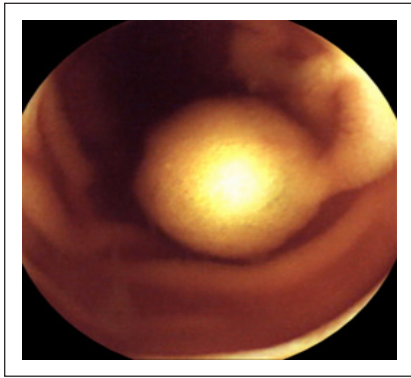
Las lesiones vasculares a nivel del tracto gastrointestinal pueden ser responsables de hemorragias tanto agudas como crónicas (que pueden ser manifiestas u ocultas) <sup>(1,2)</sup>. La flebectasia es una malformación vascular benigna, que puede ocurrir en cualquier parte del cuerpo, a nivel del tracto gastrointestinal usualmente se presenta como una dilatación venosa múltiple, cuya ubicación preferencial es el intestino delgado y en especial el yeyuno, en algunos casos se asocia a flebectasias a nivel de la región sublingual o región escrotal <sup>(3-6)</sup>. Estas lesiones son difíciles de visualizar endoscópicamente, resultando en la necesidad del uso de técnicas no convencionales como la capsula endoscópica, enteroscopia e incluso la angiografía para su detección <sup>(7)</sup>.

Nosotros describimos el caso de un paciente joven con una flebectasia yeyunal como causa de hemorragia digestiva media masiva.

## CASO CLÍNICO

Paciente varón de 21 años de edad, estudiante sin antecedentes personales o familiares relevantes. Ingresó a emergencia con historia de un día de evolución, caracterizado por presentar sensación de pesadez en epigastrio, asociado a náuseas, con vómitos de contenido alimentario, y luego tres episodios de hematoquezia de aproximadamente 300 ml cada uno asociados a sensación de desvanecimiento.

Al examen clínico se apreció palidez marcada en piel y mucosas, piel fría. Las funciones vitales fueron, presión arterial en 90/60 mmHg y frecuencia cardiaca en 118 latidos por minuto. A nivel de abdomen presentaba discreto dolor a la palpación en epigastrio. El tacto rectal presentó hematoquezia, el lavado gástrico no evidenció residuos hemáticos, sólo alimentarios. El resto del examen físico no fue contributivo. La hemoglobina al ingreso fue de 11 mg/dl. Luego de obtener la compensación hemodinámica se realizó tanto endoscopia digestiva



**Figura 1.** Cápsula endoscópica: lesión submucosa, de crecimiento intraluminal, con superficie ulcerada a 19 minutos desde la primera imagen duodenal, aproximadamente en yeyuno proximal.



**Figura 2.** Pieza quirúrgica: lesión submucosa de 7 mm de tamaño con centro ulcerado, coágulo adherido y crecimiento intraluminal.

alta como ileocolonoscopía los cuales fueron normales.

Con el diagnóstico de hemorragia digestiva media, se realizó un estudio de cápsula endoscópica, donde se identificó una lesión elevada de aspecto submucoso de aproximadamente 1 cm, con una umbilicación en su superficie, sin estigmas de sangrado activo o reciente, sugerente de un tumor submucoso posiblemente estromal. La lesión se localizaba a 19 minutos de grabación desde el ingreso al píloro, y el tiempo de tránsito total del intestino delgado fue de 4 horas 10 minutos. (Figura 1) con lo cual impresionaba localizarse en yeyuno proximal.

Con esos hallazgos, se planteó realizar una enteroscopia asistida por balón, para poder biopsiar y marcar la zona de la lesión, sin embargo, el paciente presentó un nuevo episodio de hematoquezia severa con descompensación hemodinámica por se programó para una laparoscopia diagnóstica con enteroscopia intraoperatoria de ser necesaria.

Durante la laparoscopia, a 70 cm del ángulo de Treitz, se identificó una lesión azulada, con efecto de masa, con crecimiento intraluminal, que a la palpación tenía una consistencia blanda (Figura 2), en base a estos hallazgos se realizó la resección laparoscópica de 10 cm de yeyuno, y posterior anastomosis termino terminal. (Figura 3).

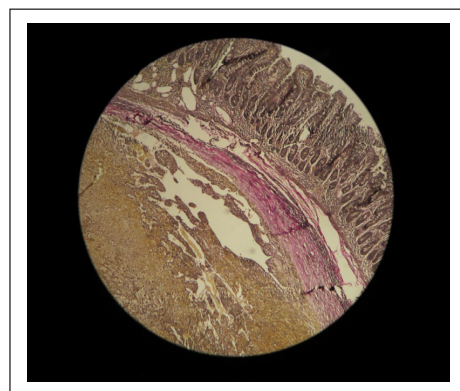
La anatomía patológica de la pieza quirúrgica se informó como una flebotasia yeyunal trombosada y ulcerada. (Figuras 4 y 5).

## DISCUSIÓN

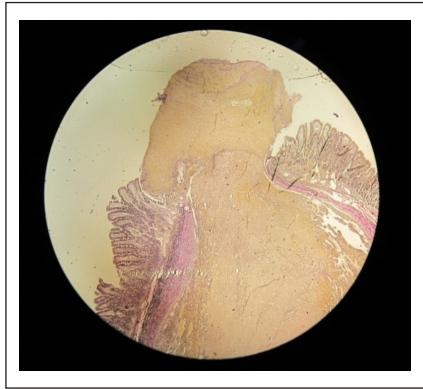
Las lesiones vasculares primarias del tracto gastrointestinal incluyen las malformaciones arteriovenosas congénitas, las angiodisplasias, las lesiones de Dieulafoy, los hemangiomas y las flebotasias (1-3). Las flebotasias son anomalías vasculares benignas caracterizadas por presentar dilataciones venosas tortuosas, no asociadas a hipertensión



**Figura 3.** Pieza quirúrgica: Lesión submucosa ulcerada hacia la luz intestinal con coágulo adherido en superficie.



**Figura 4.** En la microscopía se observó una solución de continuidad en la mucosa intestinal con presencia de trombo sanguíneo extruido. Coloración de Verhoff (100X).



**Figura 5.** Microscopía: dilatación venosa submucosa con trombo organizado en su interior. Coloración de Verhoff (200X).

portal, son usualmente múltiples, de ubicación preferentemente yeyunal, su tamaño puede variar de pocos milímetros a varios centímetros de diámetro, y por lo general son asintomáticas. Las flebectasias se encuentran como hallazgos incidentales durante una cirugía o en el examen post mortem. La manifestación clínica más frecuente es el sangrado digestivo, que generalmente es leve, en algunos casos es severo y en ocasiones mortal <sup>(3-5)</sup>.

La fisiopatología para su desarrollo no es clara, sin embargo se han propuesto algunas hipótesis: la primera, sugiere que son anomalías congénitas de la capa endotelial <sup>(4)</sup>, la segunda, postula una reducción del tejido conectivo que rodea los vasos, lo que resulta en una dilatación venosa y posterior formación de flebectasias <sup>(5)</sup>. Las flebectasias pueden confundirse con hemangiomas, sin embargo los hemangiomas están constituidos por proliferaciones anormales de estructuras vasculares, mientras que las flebectasias son dilataciones de un solo vaso <sup>(6,7)</sup>.

Macroscópicamente, las flebectasias son lesiones elevadas de color rojo azulado, que miden por lo general menos de 1 cm de diámetro y que palidecen con la presión. Microscópicamente, son dilataciones venosas constituidas por una sola capa de células endoteliales localizadas en la submucosa <sup>(8)</sup>.

Presentamos un paciente joven con hematoquezia asociada a descompensación hemodinámica, donde ni la endoscopia digestiva alta, ni la ileocolonoscopía identificaron la etiología del sangrado, por lo que se planteó como una hemorragia digestiva media, y por consiguiente se procedió a evaluar el intestino delgado, con cápsula endoscópica.

Con las imágenes de la cápsula endoscópica, se planteó como primer diagnóstico la presencia de una lesión submucosa umbilicada, tipo un tumor

gastrointestinal estromal (GIST), y para confirmarlo se planificó realizar una enteroscopia asistida por balón, sin embargo la aparición de un resangrado severo, obligó a realizar una laparoscopia diagnóstica. La lesión se identificó fácilmente a nivel yeyunal, pero las características macroscópicas alejaron la posibilidad de GIST, e identificaron una lesión vascular benigna, siendo el diagnóstico histológico final una flebectasia yeyunal trombosada y ulcerada. La laparoscopia diagnóstica en pacientes con hemorragia del intestino medio y sospecha de lesiones tumorales es un examen útil a considerar dentro del algoritmo diagnóstico.

En nuestro paciente, con un hallazgo positivo y claro por cápsula endoscópica, realizar una enteroscopia asistida por balón, nos hubiera permitido tener un diagnóstico más exacto previo a la cirugía, sin embargo, la enteroscopia no siempre está disponible con celeridad en nuestro medio. Al revisar la literatura, la cirugía ha sido considerada por años como la única opción de tratamiento para el manejo de las flebectasias intestinales complicadas, sin embargo, actualmente los avances en endoscopia terapéutica están logrando resultados favorables. Uno de los estudios más representativos que apoyan este punto fue el elaborado por Ohmiya *et al.* <sup>(9)</sup>, donde se utilizó escleroterapia con polidocanol durante la enteroscopia tanto para erradicar flebectasias intestinales como para corregir la anemia secundaria a pérdidas gastrointestinales <sup>(10,11)</sup>.

Hay pocos casos de flebectasias gastrointestinales reportados hasta la fecha <sup>(12,13)</sup>, el estudio de Kastanakis *et al.* <sup>(14)</sup> presenta a un paciente varón adulto mayor con antecedente de fibrilación auricular crónica en tratamiento regular con cumarínicos quien debuta hemorragia digestiva masiva asociada a dolor abdominal, cuyos estudios endoscópicos convencionales fueron normales, pero por la persistencia del sangrado, se le realiza una laparotomía exploratoria de emergencia, encontrándose una dilatación venosa a 15 cm del ángulo de Treitz que comprometía 12 cm de extensión a nivel de yeyuno proximal con una histología compatible con flebectasia intestinal. El estudio de Patel *et al.* <sup>(15)</sup> describe el caso de una paciente mujer de 14 años que ingresa con un cuadro de hemorragia digestiva media masiva con inestabilidad hemodinámica, secundaria a flebectasias yeyunales, ambos reportes con hallazgos muy similares a los que presento nuestro paciente.

Uno de los principales diagnósticos diferenciales de las flebectasias intestinales son las várices ectópicas generadas por hipertensión portal hepática o extra-hepática, debido a que presentan con un cuadro clínico, imágenes y endoscopia similares. El estudio de Mansoor *et al.* <sup>(16)</sup> presenta un paciente varón adulto mayor que debuta con hemorragia digestiva masiva por várices yeyunales secundarias a hipertensión portal extra-hepática por trombosis crónica espleno-portal. El

estudio de Shussman *et al.* <sup>(17)</sup> presenta a una paciente con cirrosis hepática secundaria a hepatitis C que debuta con un cuadro de hemorragia digestiva variceal a nivel del intestino delgado.

Las flebectasias a nivel intestinal son una patología infrecuente, cuya manifestación principal es la hemorragia digestiva, los casos severos no manejados a tiempo pueden ser mortales, por todo ello es importante considerar las flebectasias dentro del diagnóstico diferencial de todo paciente con hemorragia digestiva oculta.

**Conflictos de interés:** los autores declaran no tener conflictos de interés.

### REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Regula J, Wronska E, Pachlewski J. Vascular lesions of the tract gastrointestinal. *Best Pract Res Clin Gastroenterol.* 2008;22(2):313-28.
- Bresci G. Occult and obscure gastrointestinal bleeding: Causes and diagnostic approach in 2009. *World J Gastrointest Endosc.* 2009;1(1):3-6.
- Gordon FH, Watkinson A, Hodgson H. Vascular malformations of the gastrointestinal tract. *Best Pract Res Clin Gastroenterol.* 2001;15(1):41-58.
- Steffler B, Rabinowitz JG, Gourley RD. Phlebectasia of the small bowel. *Am J Gastroenterol.* 1978;70(4):412-5.
- Takama H, Sugiura K, Ohmiya N, Goto H, Akiyama M. Angiokeratoma of the scrotum and sublingual varices in a patient with jejunal phlebectasia. *Eur J Dermatol.* 2012;22(6):818-9.
- Miller DA, Akers WA. Multiple phlebectasia of the jejunum oral cavity, and scrotum. *Arch Intern Med.* 1968;121(2):180-2.
- Lal H, Neyaz Z, Singh RK, Mohindra S. Vascular malformation of the jejunum presenting as obscure gastrointestinal haemorrhage: detection with multidetector CT angiography. *Singapore Med J.* 2010;51(6):e103-6.
- Kumar V, Abbas AK, Fausto N. Robbins and Cotran: Patología estructural y funcional. 7ma edición. Madrid: Elsevier; 2005.
- Ohmiya N, Nakamura M, Funasaka K, Miyahara R, Ohno E, Kawashima H, *et al.* Intestinal phlebectasias treated by endoscopic injection sclerotherapy at double-balloon endoscopy. *Video J Encyclopedia GI Endosc.* 2013;1(1):246-7.
- Goulas S1, Triantafyllidou K, Karagiannis S, Nicolaou P, Galanis P, Vafiadis I, *et al.* Capsule endoscopy in the investigation of patients with portal hypertension and anemia. *Can J Gastroenterol.* 2008;22(5):469-74.
- Kumar P, Salcedo J, Al-Kawas FH. Enteroscopic diagnosis of bleeding jejunal phlebectasia: a case report and review of literature. *Gastrointest Endosc.* 1997;46(2):185-7.
- Deshpande A, Sampat P, Bhargavan R, Sharma M. Bleeding isolated jejunal varices without portal hypertension. *ANZ J Surg.* 2008;78(9):814-5.
- Campbell A, Radford A, Macdonald A, Horton D, Besarovic S, Patel R. Phlebectasia of the jejunum in a child. *Journal of Pediatric Surgical Specialties.* 2016;9(4):34-9.
- Kastanakis M, Anyfantakis D, Katsougris N, Bobolakis E. Massive gastrointestinal bleeding due to isolated jejunal varices in a patient without portal hypertension. *Int J Surg Case Rep.* 2013;4(5):439-41.
- Patel Y, Ramani P, Grier D, McNally J. Bleeding jejunal phlebectasia in an adolescent: case report. *J Pediatr Surg.* 2008;43(2):405-6.
- Mansoor E, Singh A, Nizialek G, Veloso HM, Katz J, Cooper GS, *et al.* Massive gastrointestinal bleeding due to isolated jejunal varices in a patient with extrahepatic portal hypertension: a case report. *Am J Gastroenterol.* 2016;111(8):1209-11.
- Shussman N, Lalazar G, Bloom AI. Isolated jejunal varices: A cause of occult gastrointestinal hemorrhage in a cirrhotic patient with mild portal hypertension. *Clin Gastroenterol Hepatol.* 2012;10(5):22-6.

### Correspondencia:

Hugo Guillermo Cedrón Cheng

Dirección: Clínica Anglo Americana, Calle Alfredo Salazar 350 – San Isidro, Lima, Perú.

E-mail: hcedron@gmail.com