



# Medicina de Familia. SEMERGEN



<https://www.elsevier.es/semergen>

## 160/2600 - Estudiando una hemorragia digestiva de origen oscuro

P. Barrado Sampietro<sup>a</sup>, M. Arenas Jiménez<sup>a</sup>, N. Domene Martí<sup>a</sup>, M. García Muñoz<sup>a</sup>, S. Carbó Queralto<sup>a</sup>, M. Masamunt Paris<sup>a</sup> y C. Sierra Matheu<sup>b</sup>

<sup>a</sup>Médico de Familia. ABS Sant Ildefons. Cornellà de Llobregat. Barcelona. <sup>b</sup>Médico de Familia. CAP Sant Ildefons. Institut Català de la Salut. Barcelona.

### Resumen

**Descripción del caso:** Mujer, 71 años, sin alergias medicamentosas conocidas ni hábitos tóxicos. Antecedentes de dislipemia. Sin HTA, DM, cardiopatía ni bronconeumopatía conocidas. Síndrome de colon irritable. Osteoporosis. Litiasis renal. No intervenciones quirúrgicas. No antecedentes familiares de neoplasia colon. En tratamiento con atorvastatina, clopidogrel y diazepam. Antecedente de anemia ferropénica con estudio negativo (colonoscopia 2009: hemorroides internas). En 2011, acude a urgencias por melenas de 3 días de evolución.

**Exploración y pruebas complementarias:** BEG, consciente y orientada; normohidratada y normocoloreada; TA: 163/87 mmHg; FC: 95 pm; T<sup>a</sup>: 36,2º; SO2: 96%; AC: tonos rítmicos, no soplos; IY-; AR: MVC; abdomen: blando, no doloroso, no masas ni megalías; EEII: no edemas; TR: no masas; melenas en ampolla rectal. Analítica. Leucocitos: 4,9 × 10<sup>9</sup>/L; Hb: 101 g/L; Hto: 31%; VCM: 89; plaquetas: 214 × 10<sup>9</sup>/L; TP: 100%; FG: 55 mL/min; ácido fólico y vitamina B12 normal; resto normal. Rx tórax: sin alteraciones. Rx abdomen: aire y heces en marco colónico. FGS: hernia hiato de pequeño tamaño sin hallazgos patológicos ni evidencia de sangrado. Colonoscopia e ileoscopia sin hallazgos patológicos. Cápsula endoscópica (CE) muestra lesiones de origen vascular de yeyuno a íleon que podrían corresponder a un síndrome Blue-Rubber-bleb-nevus. Controlada por medicina interna, recibe varios tratamientos con hierro endovenoso al presentar anemia ferropénica y melenas recidivantes atribuidas a lesiones vasculares intestinales. Pendiente de enteroscopia. En 2013, tras un nuevo ingreso por melenas, el estudio endoscópico muestra lesión sangrante yeyunal de aspecto neoplásico y, el TAC, masa yuxtayeyunal de 6 cm y múltiples metástasis hepáticas bilobares.

**Juicio clínico:** GIST (tumor del estroma gastrointestinal) yeyunal de 6 cm, malignidad intermedia y tipo epiteloide-fusocelular.

**Diagnóstico diferencial:** Varices fúndicas y duodenales. Úlcera péptica. Otros tumores. Divertículo de Meckel. Enfermedad de Crohn. Angiodisplasia ileal. Sangrado de la anastomosis post hemicolectomía. Enfermedad celíaca. Enteropatía por AINEs. Pseudoaneurisma arteria esplénica.

**Comentario final:** La sangrado G-I de origen oscuro es una hemorragia de causa desconocida que persiste después de las endoscopias convencionales y que suele encontrarse en el intestino delgado. Sólo un 2% de los tumores malignos gastrointestinales aparecen en el intestino delgado, entre ellos el GIST. Suele localizarse en la pared del yeyuno y del íleon presentando dolor, pérdida de peso, hemorragia, perforación o masa palpable. De gran tamaño, con tendencia a la ulceración central y crecimiento extraluminal. Afecta a ambos sexos por

igual en torno a los 50-60 años. Por su rareza y localización se diagnostica generalmente en estadio ya avanzado. Tras las endoscopias negativas, el siguiente método diagnóstico es la CE. Una o más CE negativas no excluyen la presencia de lesiones. Si hay sospecha se realiza DBE, enteroscopia, TAC angiográfico o enterográfico y RMN enterográfica. La CE y el TAC, empleados conjuntamente, tienen una potencia diagnóstica significativamente mayor que por separado. En nuestro caso, la hemorragia se atribuyó inicialmente a las lesiones vasculares, lo cual enmascaró el tumor yeyunal. Se realizó resección del tumor y controles por oncología.

## BIBLIOGRAFÍA

1. Mavrogenis G, et al. Jejunal gastrointestinal stromal tumor missed by three capsule endoscopies. *Endoscopy*. 2011;43:735-6.
2. Jeon SR, et al. Is there a difference between capsule endoscopy and computed tomography as a first line study in obscuregastrointestinal bleeding? *Turk J Gastroenterology*. 2014;25:257-63.