



HC

HEMANGIOMA DE COLON

DESCRIPCION DE CASO Y REVISION DE LITERATURA

INTEGRANTES: Angel L. Pierini (Consultor en Cirugía-MAAC), Luis Vera (Cirujano General), Leandro Pierini (Jefe de Servicio-MAAC), Guillermo Ruiz (Cirujano General-MAAC), Juan Pablo Elías (Residente). Servicio de Cirugía General, Clínica de Nefrología, Urología y Enfermedades Cardiovasculares.

RESUMEN

Palabras clave: hemangioma. Hemangioma cavernoso. Hemangioma de colon.

El hemangioma de colon y recto es una entidad poco frecuente. El tipo cavernoso, es aún más raro por lo que existen pocos reportes de esta patología. Afecta mayormente al recto y al sigmoides, y el modo de presentación más común es la proctorragia indolora en el 90% de los casos. Más frecuente en adultos jóvenes. Esta entidad para su diagnóstico requiere alta sospecha y la realización de los estudios pertinentes ya que suele confundírsela con patologías más comunes.

En esta revisión se presenta el caso de un paciente masculino de 58 años con un hemangioma cavernoso de colon transverso que se manifestó inicialmente como hematoquecia asociada a astenia. Luego de realizar estudios complementarios, se decide conducta quirúrgica. Se realizó resección de colon transverso con buena evolución postoperatoria. El resultado de anatomía patológica nos informa Hemangioma Cavernoso de colon transverso.

ABSTRACT

Keywords: hemangioma. Cavernous hemangioma. Colon hemangioma.

The hemangioma of the colon and rectum is a rare entity. The cavernous type is even more rare, so there are few reports of this pathology. It mainly affects the rectum and the sigmoid, and the most common presentation is painless proctorrhagia in 90% of cases. More frequent in young adults. This entity for its diagnosis requires high suspicion and the realization of the pertinent studies since it is usually confused with more common pathologies.

In this review we present the case of a 58-year-old male patient with a cavernous hemangioma of the transverse colon that initially manifested as hematochezia associated with asthenia. After performing complementary studies, surgical behavior is decided. Transverse colon resection was performed with good postoperative evolution.

The result of pathological anatomy informs us Cavernous hemangioma of transverse colon.

INTRODUCCION

Los hemangiomas de colon y recto son entidades poco frecuentes, descritas inicialmente desde 1839 por Phillips;¹⁻⁴ desde entonces existen múltiples reportes de esta patología. En 1932, Bensaude informó sobre 15 hemangiomas cavernosos que involucraban ano, recto o sigmoides.⁴ Para 1973, Head y cols., en una extensa revisión de la literatura mundial, reportaron 186 casos de los cuales sólo 58 correspondían a hemangiomas confinados al colon intraabdominal. Específicamente hablando del hemangioma cavernoso del colon, con base en la clasificación de Obendorfer-Kaijser, existen aún menos casos informados.^{1,4} La edad de presentación para esta patología suele estar entre los 5 y los 25 años, la principal manifestación es la hemorragia digestiva baja, indolora, que puede llegar a ser masiva.² El tratamiento de elección que ofrece el control absoluto de la sintomatología es la resección quirúrgica completa, de la cual se han descrito múltiples procedimientos según la localización específica del tumor.^{2,3,5} Su diagnóstico implica un alto índice de sospecha y la exclusión de otras entidades mas frecuentes.⁶

PRESENTACION DEL CASO

Paciente masculino, 58 años de edad, con antecedentes de constipación crónica y episodio de hemorragia digestiva alta por úlcera gástrica hace 15 años atrás, que consulta por astenia y episodio de hematoquecia de 3 meses de evolución, que en la última semana agrega dolor abdominal de tipo cólico asociado a aumento del sangrado bajo.

Al examen físico se constata mucosas pálidas y secas, signos vitales dentro de los parámetros normales. Abdomen blando, depresible, distendido con accesos de dolor tipo cólico, RHA aumentados. En el tacto rectal se evidencia

materia fecal con trazos de sangre rojo rutilante. Diuresis conservada.

Se realiza Colonoscopia (figura 1), la cual informa en colon transverso área de 12 cm con presencia de innumerables elementos vasculares, como varicosidades o golfos vasculares.



Figura 1. Colonoscopia

Se solicita colon por enema (figura 2) que muestra una imagen patológica a nivel de colon transverso. En la Tomografía Axial Computarizada de abdomen con y sin contraste (figura 3) se constata proceso exofítico en colon transverso y calcificaciones, sin otros datos positivos.



Figura 2. Colon por enema con imagen patológica en 1/3 proximal de colon transverso.

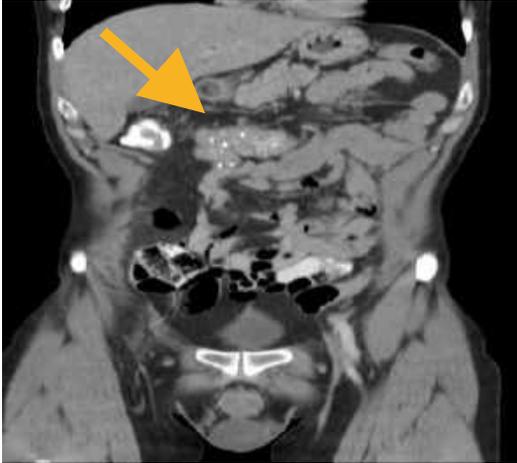


Figura 3. TAC de abdomen con contraste. Calcificaciones.

Se decide realizar en forma convencional colectomía segmentaria de colon transverso (figura 5) con colo- colo anastomosis con sutura mecànica lineal.

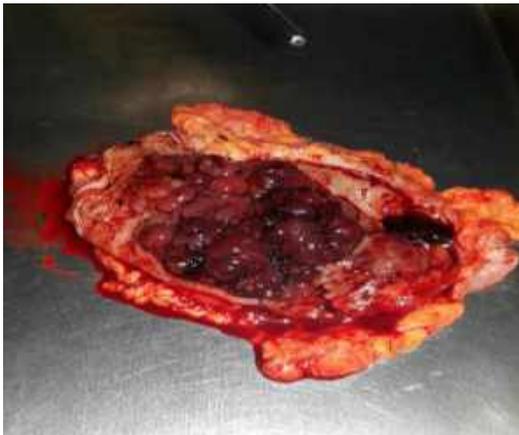


Figura 5. Pieza quirùrgica

La pieza operatoria recibió el informe anatomopatológico (figura 6) de hemangioma cavernoso de colon transverso.

Paciente con buena evolución postoperatoria. Alta sanatorial al 5to día postquirùrgico.

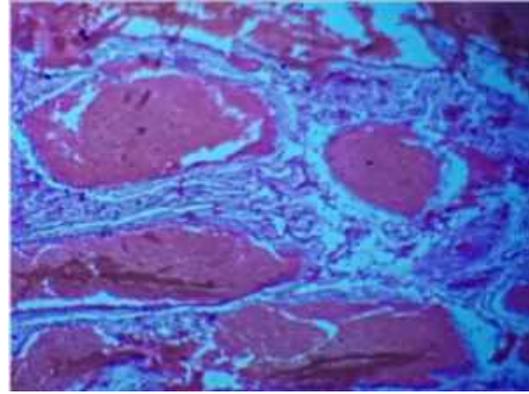


figura 6. Hemangioma cavernoso de colon transverso. Lesión hamartomatosa de origen embrionario.

DISCUSION

Los hemangiomas son lesiones vasculares congénitas que afectan generalmente piel, hígado, páncreas y tracto gastrointestinal. Si bien su localización en colon es poco frecuente, se los considera como la segunda neoplasia vascular a nivel colorrectal y la región más afectada es a nivel de rectosigmoides en el 60-90% de los casos.

Se manifiesta desde edades tempranas, entre los 5 y 25 años de edad; existe una frecuencia relativa mayor en hombres comparado a las mujeres, con una relación 1.5:1. La incidencia es del 0.06%, es decir 1 por cada 1,500 pacientes.

Su origen se cree es a partir de restos embrionarios de tejido mesodérmico. La transformación maligna es rara. Pueden ocurrir como lesiones solitarias, múltiples lesiones limitadas al colon o como parte de una enfermedad difusa.

Los vasos sanguíneos que lo componen están dilatados en el segmento gastrointestinal afectado y al visualizarlos con una tinción de hematoxilina y eosina se encuentran espacios vasculares dilatados a través de endotelio maduro en mucosa y submucosa, además de la formación de trombos organizados dentro de la luz, formando papilas llamadas "hiperplasia

endotelial de Masson" o calcificación distrófica, que es conocida como flebolitos. En otros casos, cuando tiene un componente infiltrativo, se extiende a todo el espesor de la pared intestinal llegando hasta estructuras pélvicas. Por lo general, contienen mayor número de fibras de músculo liso que las lesiones capilares. Con ayuda de la inmunohistoquímica se encuentra que es positivo a CD31 por su origen vascular y CD34 por ser de origen mesénquima.

Existen múltiples clasificaciones, pero a fines prácticos se los pueden clasificar en dos tipos:

A) Tipos benignos:

1. Hemangioma capilar (simple): La mayoría son únicos, esféricos e intraluminales. Conformados por vasos de paredes delgadas. Conforman el 6% de los hemangiomas intestinales.

2. Hemangioma cavernoso: Grande, conformado por vasos con paredes delgadas con tejido conectivo escaso en el estroma. Corresponde a 25% de los hemangiomas intestinales. Dentro de estos se diferencian 2 tipos:

- Circunscrito (único).
- Expansivo difuso (múltiple).

3. Hemangioma mixto (capilar-cavernoso).

4. Flebectasia múltiple: Multitud de nódulos pequeños, menores de 1 cm. Son lesiones cavernosas. Corresponde a 40-60% de hemangiomas intestinales. Existen 2 tipos:

- No familiar: Más frecuente.
- Hereditaria: Enfermedad de Rendu-Osler-Weber.

5. Hemangiopericitoma: Raro, frecuentemente muestra cambios malignos.

B) Tipos malignos:

1. Hemangioendotelioma: Raro

2. Hemangiopericitoma: Raro

Clínicamente, cuando presentan sintomatología, lo más frecuente es la hemorragia digestiva baja indolora, recurrente (60-90%) y, en muchas ocasiones, masiva,

especialmente en el caso del hemangioma cavernoso difuso, cuya hemorragia puede llegar a ser fatal. Otros tipos de presentación incluyen oclusión intestinal parcial o completa (17-25%), tenesmo, urgencia rectal, presencia de masa abdominal, anemia, así como dolor abdominal y diarrea.

Frecuentemente suelen infradiagnosticarse o confundirse con cuadros más prevalentes como hemorroides internos, enfermedad intestinal inflamatoria o neoplasias.

El procedimiento diagnóstico de elección es la video colonoscopia, la cual da unas imágenes típicas de mamelones difusos, violáceos, gris azulado, muy blando y depresibles con el aire. Además, permite establecer la extensión proximal y distal del hemangioma para planear el segmento a resecar.

En la radiografía directa de abdomen se observan calcificaciones secundarias a microtrombosis de los vasos del hemangioma, causados por inflamación perivascular y estasis del flujo sanguíneo; estas calcificaciones son llamadas flebolitos. Su presencia es un signo patognomónico en esta patología, donde se pueden encontrar entre un 26-50%

En los estudios con bario se puede observar un estrechamiento de la luz del colon que no se modifica con la insuflación.

Las imágenes de tomografía computarizada con contraste oral e intravenoso y resonancia magnética muestran engrosamiento de la pared del segmento afectado, vasos colónicos dilatados y la presencia de flebolitos a nivel intramural o extraintestinal abarcando el mesocolon. Al tratarse de una patología vascular existe reforzamiento de la lesión con el empleo del medio de contraste intravenoso yodado. Además, ponen en manifiesto las relaciones con las estructuras adyacentes; por lo tanto son consideradas de importancia antes de la resolución quirúrgica.

La angiografía mesentérica es útil para identificar el sitio preciso de hemorragia, pero rara vez es necesaria para el diagnóstico.

El tratamiento de un hemangioma intestinal sintomático es primariamente quirúrgico, Sin

embargo, en los casos en que las malformaciones son pequeñas o si la cirugía esta contraindicada, puede emplearse tratamiento médico por vía endoscópica. Dentro de estos pueden abarcar desde la escleroterapia, crioterapia, aplicación de argón, embolización por angiografía y ligadura de vasos mesentéricos, aunque en estos casos sólo se reporta mejoría temporal ; y/o ser extirpadas submucosamente con preservación de la seromuscular.

La resección quirúrgica es el tratamiento de elección para controlar el sangrado y curar completamente la enfermedad. De acuerdo a su localización y grado de afección suele variar el procedimiento.

CONFLICTO DE INTERES

Nuestra revisión no presenta conflicto de interés.

REFERENCIAS

Gonzalo Urrejolo F, Gino Caselli M, Cecilia Besa C, Ignacio Torrealva F, Alvaro M Zúñiga D. Hemangioma cavernoso rectal. Caso clínico. Rev Chilena de Cirugía. 2010Ago; 62(4):412-414. Disponible en: http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0718-40262010000400017

1. Ramiro Díaz Ríos¹, Julia Pérez Pereyra¹, Humberto Perea Guerrero², Américo Palomino Portilla², Oscar Frisancho Velarde¹. Rectorragia intermitente por hemangioma difuso de recto. Repote de casos. Revista de gastroenterología de Peru V.28 n.2 Lima abril/junio 2008. Disponible en: http://www.scielo.org.pe/scielo.php?pid=S1022-51292008000200009&script=sci_arttext&tlng=en

2. Martínez JC, Cepeda VR, Reyes JC. Hemangioma cavernoso de recto: abordaje quirúrgico por vía laparoscópica. Rev Col Gastroenterol 2008; 23: 160-164 disponible en: <http://www.scielo.org.co/pdf/rcgv/v23n2/v23n2a08.pdf?q=cavernoso>
3. Wiedmann M, Halm U, Borte G, Witzigmann H. Recurrent lower gastro-intestinal bleeding in a 38-year-old patient. Dtsch Med Wochenschr 2002; 127: 1130-1133. Disponible en: <https://www.thieme-connect.de/products/ejournals/abstract/10.1055/s-2002-31528>
4. Wang AY, Ahmad NA. Diffuse cavernous hemangioma of the colon and rectum. Clin Gastroenterol Hepatol. 2007 Aug;5(8):A25. Available from: <http://www.cghjournal.org/article/S1542-3565%2807%2900470-3/abstract>
5. Ricardo O'Farril Anzures, José Ma. Herrejón Camargo, Óscar Coyoli García, Juan M. Martínez Cisneros, Carlos R. Toledo Caballero, Alejandra Jiménez González. Cir.gen vol 34. N° 1 Mex enero/marzo 2012 disponible en: http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1405-00992012000100010
6. Yorozuya K, Watanabe M, Hasegawa H, Baba H, Imai Y, Mukai M, et al. Diffuse cavernous hemangioma of the rectum: report of a case. Surg Today 2003; 33: 309-311. Disponible en : <https://link.springer.com/article/10.1007/s005950300070>
7. Ackerman, L. V.: Cavernous hemangiomas of small and large bowel. Am. J. Cancer.30: 753, 1937. Disponible en : <https://link.springer.com/article/10.1007/BF02623804>

8. Dr. Silvio R. Zúñiga. Revista medica hondur vol 47-1979. Hemangioma de colon. Reporte de caso. Disponible en: <http://cidbimena.desastres.hn/RMH/pdf/1979/pdf/Vol47-3-1979-4.pdf>
9. Ricardo O'Farril Anzures, José Ma. Herrejón Camargo, Óscar Coyoli García, Juan M. Martínez Cisneros, Carlos R.Toledo Caballero, Alejandra Jiménez González. Hemangioma cavernoso de rectosigmoides, patología poco común mal estudiada. Artuculo de revision. Disponiible en: <http://www.medigraphic.com/pdfs/cirgen/cg-2011/cg113i.pdf>
10. Dr Gustavo Varela Rodriguez, Dr .J Andres Cervera Servin, Dr. Gerardo Fernandez Sobrino. Dra Norma A Rodriguez Delgado, Dr Jesus Flores Armenta, Dr Carlos Robles. Hemangioma cavernoso de colon. Reporte de casos y revision de literatura. Marzo 2004. Disponible en: <http://www.revistagastroenterologiamexico.org/es-pdf-X0375090604241319>

