



ACCESO  ABIERTO

Hemangioma venoso en racimos como causa de obstrucción intestinal en adulto joven: reporte de caso

Cluster venous hemangioma as a cause of intestinal obstruction in young adult: case report

Pablo Salomón Montes-Arcón¹ , Nataly Diaz-Casseres² , Faruk Hernandez-Sampayo³ ,
& María Camila Mendieta-Madiedo⁴ 

¹ Departamento de Patología, Clínica IMAT Oncomédica Auna, Montería, Colombia.

² Unidad de Patología Clínica, Cartagena, Colombia.

³ Hospital Nuestra Señora del Carmen, Magangué, Colombia.

⁴ Facultad de Medicina, Universidad de Cartagena, Cartagena, Colombia.

RESUMEN

Introducción: Las lesiones neoplásicas vasculares del intestino delgado son entidades sumamente infrecuentes, por lo general son asintomáticas y de diagnóstico tanto difícil como tardío dada su presentación excepcional. Clínicamente se caracterizan por síntomas como hemorragia gastrointestinal, dolor abdominal, obstrucción e invaginación; el diagnóstico se basa fundamentalmente en las ayudas diagnósticas de imagen y endoscópicas debido a la sintomatología poco específica.

Caso clínico: Se presenta el caso clínico de un paciente masculino en la tercera década de la vida con cuadro de dolor abdominal de intensidad alta, en el cual el diagnóstico intraoperatorio y de anatomía patológica fue de una lesión vascular en íleon distal.

Conclusión: Las lesiones vasculares neoplásicas del intestino delgado son entidades de difícil reconocimiento, a pesar de los avances en las técnicas de diagnóstico por imagen una gran proporción se identifican de manera intraoperatoria y en el estudio de anatomía patológica.

Palabras Clave: Intestino delgado; Malformación vascular; Dolor abdominal; Diagnóstico por imagen; Endoscopia gastrointestinal.

ABSTRACT

Introduction: Vascular neoplastic lesions of the small intestine are extremely rare entities, they are generally asymptomatic and diagnosis is both difficult and late given their exceptional presentation. Clinically they are characterized by symptoms such as gastrointestinal bleeding, abdominal pain, obstruction and intussusception. The diagnosis is fundamentally based on imaging and endoscopic diagnostic aids due to the non-specific symptomatology.

Clinic case: this report presents a case of infectious mononucleosis due to Epstein-Barr Virus, which highlights a course of disease in an unusual age group, with compromised liver function that resolves with symptomatic treatment.

Para citaciones: Montes Arcón, P., Diaz Casseres, N., Hernández Sampayo, F., & Mendieta Madiedo, M. (2024). Mononucleosis infecciosa, más allá de lo que se ve. Revista Ciencias Biomédicas, 13(3), 156-162.
<https://doi.org/10.32997/rcb-2024-4753>

Recibido: 12 de junio de 2024

Aprobado: 25 de septiembre de 2024

Autor de correspondencia:

Pablo Salomón Montes-Arcón
pmontesarcon@gmail.com

Editor: Inés Benedetti. Universidad de Cartagena-Colombia.

Copyright: © 2024. Montes Arcón, P., Diaz Casseres, N., Hernández Sampayo, F., & Mendieta Madiedo, M. Este es un artículo de acceso abierto, distribuido bajo los términos de la licencia <https://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/4.0/> la cual permite el uso sin restricciones, distribución y reproducción en cualquier medio, siempre y cuando el original, el autor y la fuente sean acreditados.



Conclusions: Neoplastic vascular lesions of the small intestine are entities that are difficult to recognize; despite advances in imaging techniques, a large proportion are identified intraoperatively and in the pathological anatomy study.

Keywords: Small intestine; Vascular malformation; Abdominal pain; Diagnostic imaging; Gastrointestinal endoscopy.

INTRODUCCIÓN

Los hemangiomas capilares son proliferaciones vasculares benignas originadas en vasos de paredes pequeñas, su localización principal es la piel y los tejidos blandos de los pacientes pediátricos y con menor frecuencia en pacientes de edad avanzada, (1) con igual proporción de hombres y mujeres. (2) El hemangioma del tracto gastrointestinal es una enfermedad rara, que representa solo el 0,05 % de las neoplasias intestinales y entre el 7 % y el 10 % de los tumores benignos del intestino delgado; puede ser único o múltiple, siendo el yeyuno el sitio más común de afectación. (3)

Histológicamente son lesiones originadas en los plexos vasculares submucosos y puede extenderse a la capa muscular o más allá; son lesiones vasculares benignas congénitas que se pueden clasificar en tipo capilar, cavernoso o mixto según el tamaño de los canales vasculares. (4)

Clínicamente, la presentación más común es el sangrado gastrointestinal que conduce a anemia. (5) Adicionalmente, estas lesiones se caracterizan por la presencia de dolor abdominal, obstrucción, invaginación intestinal o en raras ocasiones perforación (6)

Se debe considerar diagnóstico diferencial con enfermedades intestinales crónicas, como la enfermedad inflamatoria intestinal o la tuberculosis, debido a que presenta síntomas similares. Los hemangiomas que se encuentran incidentalmente en el examen clínico, pueden ser difíciles de diagnosticar antes de la cirugía porque no tienen síntomas específicos, semejante a otros tumores benignos del tracto GI. (7)

El diagnóstico preoperatorio del hemangioma del intestino delgado depende de la edad del paciente, la ubicación anatómica y los síntomas que presenta. (8) Es difícil la valoración porque rara vez los hemangiomas pequeños se identifican con técnicas tradicionales, como la esofagogastroduodenoscopia o colonoscopia. Sin embargo, la capsula endoscópica o enteroscopia intestinal con doble balón, la enterografía por tomografía computarizada multifase y por resonancia magnética, son modalidades de imagen útiles para investigar las lesiones del intestino delgado. (9) No obstante, el diagnóstico debe confirmarse en la anatomía patológica después de la resección quirúrgica. (10)

El tratamiento del hemangioma GI asintomático, con lesiones pequeñas y únicas o con síntomas leves, inicialmente se basa en la observación y seguimiento. Si es necesario, se realiza tratamiento conservador como la transfusión de glóbulos rojos o la administración de suplementos de hierro. (11) Finalmente, cuando el paciente no responde a la atención médica y tiene indicación quirúrgica, incluyendo lesiones grandes, comorbilidades, lesiones múltiples con síntomas o con sangrado GI severo es factible la realización de laparoscopia o laparotomía exploratoria. El tratamiento de elección para las lesiones sintomáticas es la resección quirúrgica del segmento afectado. (12) La resección local es suficiente debido a que los hemangiomas no metastatizan a los ganglios linfáticos ni a órganos distantes. Se ha descrito la polipectomía y cauterización en casos de lesiones polipoides accesibles por endoscopia, especialmente aquellas localizadas en el estómago o región colorrectal, sin embargo, estas son opciones controvertidas debido al riesgo de sangrado y perforación intestinal (13).

CASO CLÍNICO

Paciente masculino de 22 años sin antecedentes de importancia, quien consulta por presentar cuadro de tres días de evolución consistente en dolor abdominal de tipo urente, súbito, progresivo, localizado en epigastrio y mesogastrio, con intensidad de 8/10 según la escala análoga del dolor, asociado a episodios eméticos de aspecto biliar en cantidad de 3 por día. Niega cefalea, niega picos febriles, niega ausencia de deposiciones, niega disuria u otra sintomatología.

Al examen físico abdomen plano, blando, depresible, con dolor a la palpación superficial y profunda de forma generalizada con predominio en epigastrio, mesogastrio, defensa muscular voluntaria, con signos dudosos de irritación peritoneal. Genitourinario: se realiza tacto rectal, que a la inspección no se evidencia fisuras o hemorroides; a la palpación sin presencia de masas, poca materia fecal no impactada, a la inspección del guante sin sangrado, regulares condiciones generales, álgico, criodiaforético, hemodinámicamente estable, afebril.

Se decide por parte de cirugía general iniciar terapia hídrica, manejo antiemético, se solicita protocolo radiográfico de serie de abdomen agudo y paraclínicos, los cuales evidencian leucocitos $18.01 \times 10^3/\text{mm}^3$, neutrófilos 89.5 %, hemoglobina 15.1 gr/dl, plaquetas $289 \times 10^3/\text{mm}^3$, uroanálisis normal, ecografía de abdomen total que evidencia inversión de la relación arteria -vena mesentérica superior que sugiere malrotación intestinal, identificándose dilatación de asas de intestino delgado en el flanco derecho además múltiples asas con líquido en su interior en el hemiabdomen inferior y signo de remolino en el tercio distal de la arteria mesentérica superior.

En la radiografía de abdomen se evidencia distensión de asas de intestino que aparenta formar signo de grano de café con asa centinela (Figura 1). Se considera traslado a cirugía de urgencias por signos de irritación peritoneal ante obstrucción intestinal alta en paciente sin antecedentes quirúrgicos.

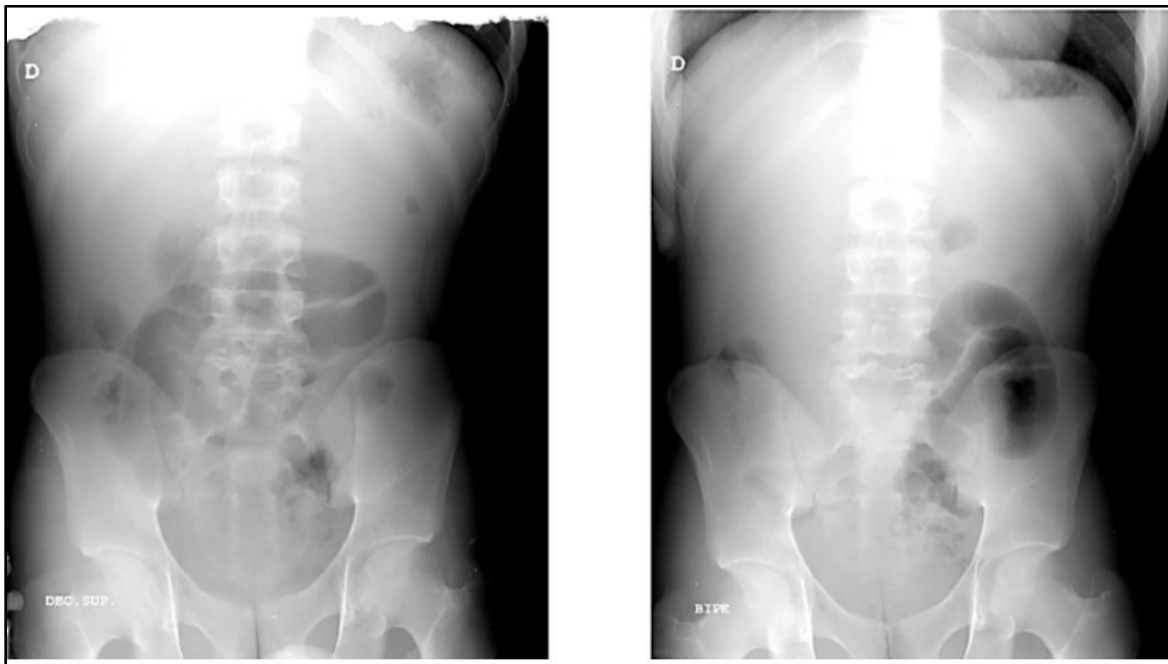


Figura 1. Radiografías en serie de abdomen agudo (Abdomen de pie y abdomen acostado). Distensión de asa intestinales sin patrón característico, llama la atención tendencia de asa en centinela. Fuente: imágenes propias.

Durante el acto quirúrgico se observa tumor exofítico en racimo de íleon distal a 1.80 metros de la válvula ileocecal y que compromete 7 cm del íleon, con vólvulo de intestino delgado sobre masa con adherencias intereses severas de íleon y epiplón, (Figura 2); se intenta la devolvulación pero se evidencia friabilidad a la palpación de tumoración con leve infiltración de serosa de asas vecinas, y sangrado profuso de tipo venoso fácil, se intenta localizar manualmente el tamaño de la

lesión la cual es de aproximadamente 8-10cm por lo que se resecta la tumoración y se dejan márgenes de 10cm en cada lado para poder garantizar el adecuado cierre, esto teniendo en cuenta que producto del vólvulo se encontraban asas severamente dilatadas vecinas y no en estado óptimo, se realiza evaluación de ganglios mesentéricos, hígado y demás vísceras sin evidencia de lesiones secundarias.

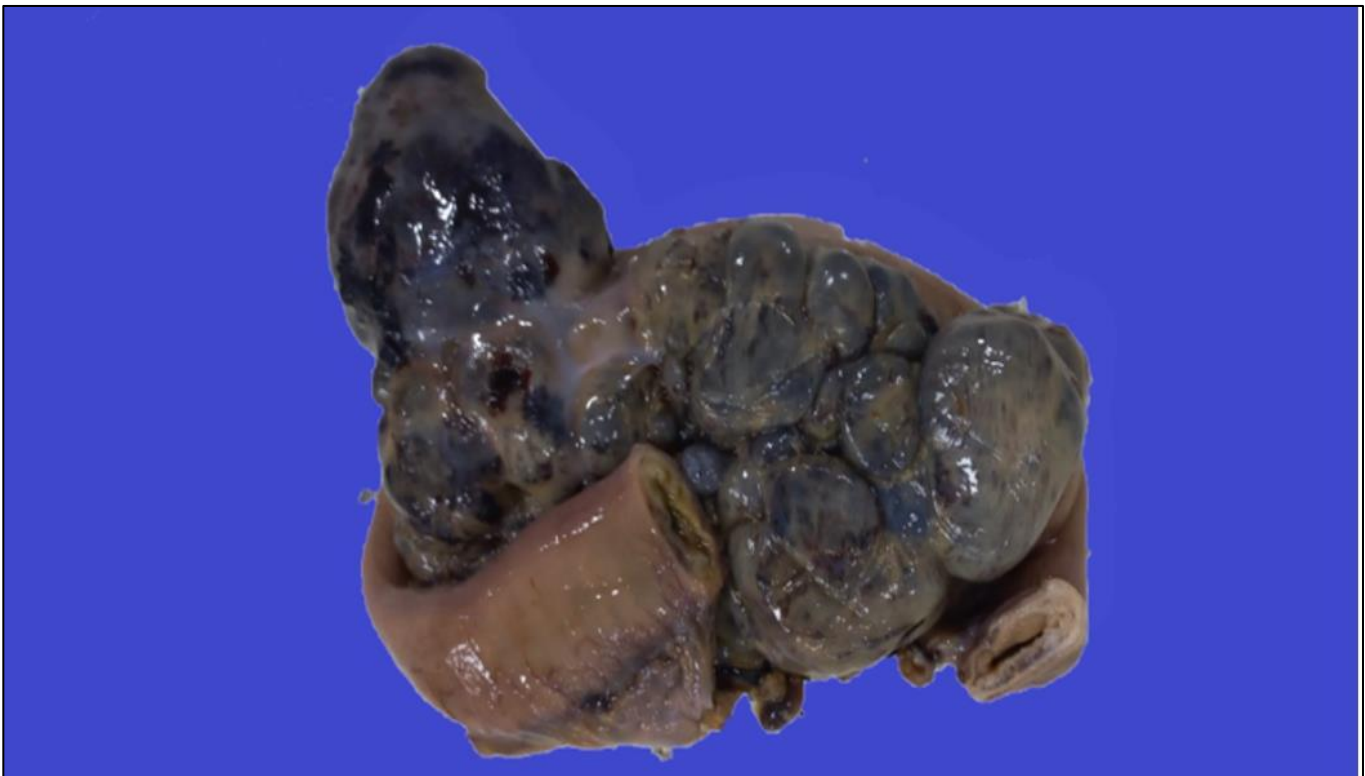


Figura 2. Pieza quirúrgica correspondiente a segmento de íleon de 25 cm de longitud y 3 cm de diámetro. A nivel de la pared se observa lesión multilobular adherida, que mide 10 x 7 x 4 cm, externamente la superficie es lisa. De color grisáceo, con áreas violáceas. Fuente: imágenes propias.

Al tercer día de estancia hospitalaria se encuentra clínica y hemodinámicamente estable tolerando vía oral y oxígeno ambiente de forma adecuada, con tránsito intestinal adecuado, al examen físico con herida quirúrgica limpia sin salida de secreciones ni signos de infección, paciente quien cursa con buena evolución post-quirúrgica y con reporte de hemoglobina control en 13 mg/dl por lo cual desde el servicio de cirugía general se decide dar alta médica con manejo ambulatorio, signos de

alarma y recomendaciones para reconsultar por el servicio de urgencias.

El resultado final de anatomía patológica fue un hemangioma cavernoso de 10 x 7 x 4 cm con adherencias fuertes a asas de íleon y epiplón (Figura 3), los márgenes de resección de la pieza quirúrgica fueron viables y libres de lesión residual; actualmente el paciente evoluciona de manera asintomática sin nuevos ingresos al servicio de urgencias.

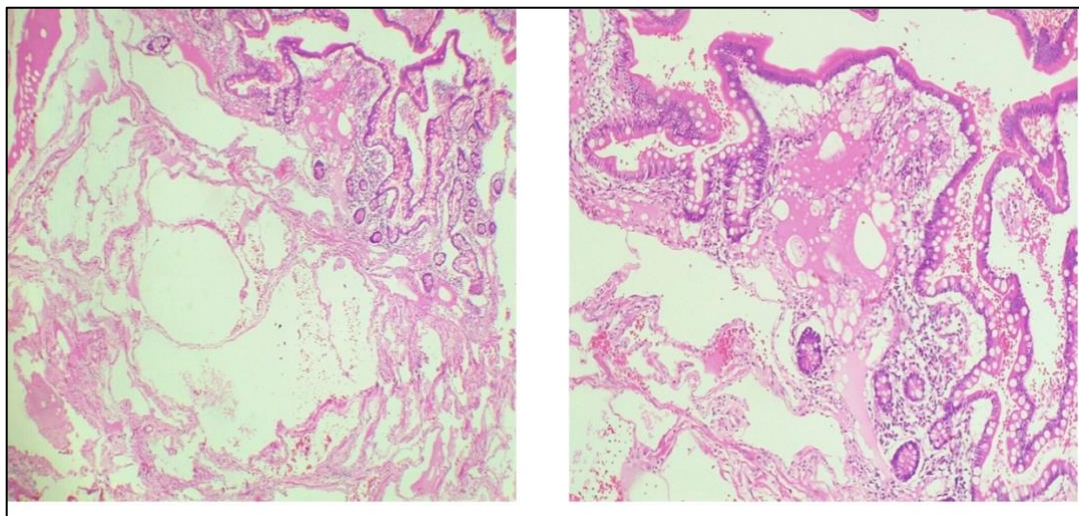


Figura 3. Microfotografía izquierda (H&E,40X) se observa una proliferación de vasos sanguíneos de diferentes tamaños, los cuales en la microfotografía derecha (H&E,100X) se encuentran recubiertos por células endoteliales sin atipias y con abundantes eritrocitos en su luz.

DISCUSIÓN

Los hemangiomas en el sistema gastrointestinal son muy raros, representan solo el 0,05% de los tumores intestinales. Pueden ocurrir en varios segmentos del intestino delgado, pero son más frecuentes en el yeyuno y raros en el íleon; patológicamente, los hemangiomas se clasifican en tipos capilares, cavernosos y mixtos, siendo los tipos capilares los más comunes. (14) Otras formas de presentación incluyen obstrucción, intususcepción, hematoma intramural, perforación y secuestro de plaquetas. (15)

Su presentación puede ser solitaria o múltiple. En el caso de los múltiples suelen estar asociados a la presencia de lesiones similares en otros órganos, como en el hígado, o en la piel; y puede ocurrir como parte de ciertos síndromes, como el síndrome de Osler-Weber-Rendu, el síndrome del nevo de la ampolla de goma azul, el síndrome de Maffucci y el síndrome de Klippel-Trenaunay-Weber. (16)

Se han reportado aproximadamente 120 casos en la literatura desde 1839, estas lesiones pueden ocurrir a cualquier edad, aunque la edad promedio

de aparición oscila entre los 5 y los 25 años, y son más frecuentes en adultos jóvenes, especialmente en la tercera década de la vida, no se ha demostrado predominio de sexo o por grupo étnico. (17)

Para el diagnóstico la historia clínica es poco dicente, es fundamental las ayudas diagnósticas de imagen como la resonancia magnética, la tomografía computarizada con y sin contraste; sin embargo, en centros de baja complejidad la serie de abdomen agudo es un método diagnóstico debido a su fácil interpretación por lo que debe considerarse siempre y cuando se encuentre disponible. (18) Los hallazgos de anatomía patológica se caracteriza por ser una lesión blanda, comprimible, de color púrpura azulado y consiste en espacios llenos de sangre (caverna) entre vasos dilatados dentro de la mucosa y la submucosa. Su tamaño puede variar desde unos pocos milímetros hasta varios centímetros; microscópicamente se observan numerosos canales vasculares de paredes delgadas, dilatados, revestidos por endotelio con glóbulos rojos dentro de la luz de los canales. (19)

En nuestro caso es valioso resaltar que, a pesar de tener apoyos diagnósticos como radiografía y

ultrasonografía de abdomen, debido a lo poco frecuente del diagnóstico, fue un factor de confusión hacia vólculo de intestino e invaginación intestinal por el patrón en remolino descrito en la ecografía y los hallazgos radiológicos, por lo que consideramos que el apoyo de tomografía o resonancia es de gran importancia.

Los métodos endoscópicos incluyen la cápsula endoscópica que es significativamente útil para diagnosticar lesiones del intestino delgado al igual que la endoscopia con doble balón o enteroscopia, también el ultrasonido endoscópico permite delimitar la extensión de la lesión en la pared intestinal. (20)

CONCLUSIÓN

Si bien es cierto esta patología es rara pero no compleja de manejar, y depende exclusivamente de la resección quirúrgica de la misma, con excelente evolución posquirúrgica y nula tasa de recidivas o concomitancias, en cuanto a su diagnóstico, esta patología refuerza la necesidad de realizar tomografías o resonancias de abdomen a los pacientes con dudas diagnósticas o cuadros bizarros, y a pesar de la gran cantidad de ayudas diagnósticas disponibles en la actualidad, en la mayoría de los casos el diagnóstico de estas lesiones se da en el intraoperatorio por la aparición y evolución súbita de los síntomas, por lo que la publicación de dichos casos aporta a recordarlo en la casuística mental.

CONTRIBUCIONES DE LOS AUTORES: Pablo Salomón Montes Arcón, Nataly Díaz-Casseres, María Camila Mendieta-Madiedo y Faruk Hernandez-Sampayo: concepción y diseño del estudio, recolección análisis e interpretación de datos, redacción del borrador del artículo, revisión crítica y aprobación la versión final, responsable de la veracidad e integridad del artículo.

CONFLICTOS DE INTERESES: los autores declaran no presentar ningún tipo de conflicto de interés para la realización y publicación del presente reporte de caso.

FINANCIACIÓN: la presente investigación no ha recibido ayudas específicas provenientes de agencias del sector público, sector comercial o entidades sin ánimo de lucro.

REFERENCIAS

- 1- Ocampo Toro WA, Corral Ramos B, Concejo Iglesias P, Cubero Carralero J, Blanco García DF, Barón Ródiz P. Haemangiomas of the Small Intestine: Poorly Known Cause of Gastrointestinal Bleeding of Uncertain Origin. *Cureus*. 2018; 10(8):e3155. Doi: 10.7759/cureus.3155.
- 2- Majethia HV, Dhakre VW, Gheewala H, Bhuta P. Ileal cavernous haemangioma in an adult presenting as a rare cause of small bowel obstruction. *BMJ Case Rep*. 2021 Mar 9;14(3):e239115. Doi: 10.1136/bcr-2020-239115. PMID: 33687936; PMCID: PMC7944993.
- 3- Beraldo RF, Marcondes MB, da Silva DL, Grillo TG, Baima JP, de Barros JR, et al. Small Intestinal Hemangioma: A Case Report. *Am J Case Rep*. 2021 Mar 28;22:e929618. doi: 10.12659/AJCR.929618. PMID: 33774648; PMCID: PMC8017489.
- 4- Wang B, Lou Z, Zheng W, Zhang J, Liu J. Capillary hemangioma in the ileum: Obscure small-bowel bleeding in an elderly person. *Turk J Gastroenterol*. 2018; 29(4): 520-521. Doi: 10.5152/tjg.2018.17612.
- 5- Kuo LW, Chuang HW, Chen YC. Small bowel cavernous hemangioma complicated with intussusception: report of an extremely rare case and review of literature. *Indian J Surg*. 2015 Apr;77(Suppl 1):123-4. doi: 10.1007/s12262-014-1194-3. Epub 2014 Nov 6. PMID: 25972669; PMCID: PMC4425776.
- 6- Hu PF, Chen H, Wang XH, Wang WJ, Su N, Shi B. Small intestinal hemangioma: Endoscopic or surgical intervention? A case report and review of literature. *World J Gastrointest Oncol*. 2018; 10(12):516-521. Doi: 10.4251/wjgo.v10.i12.516.
- 7- Heo TG. Solitary jejunal cavernous hemangioma causing intermittent melena: A case report. *Int J Surg Case Rep*. 2021 Jul;84:106121. doi: 10.1016/j.ijscr.2021.106121. Epub 2021 Jun 18. PMID: 34175681; PMCID: PMC8253942.
- 8- 16. Zhang Y, Wu B. Cavernous hemangioma of the mesorectum involving the rectum: a rare case report.

- BMC Gastroenterol. 2021 Oct 15;21(1):378. doi: 10.1186/s12876-021-01949-5. PMID: 34654369; PMCID: PMC8518161.
- 9- Durer C, Durer S, Sharbatji M, Comba IY, Aharoni I, Majeed U. Cavernous Hemangioma of the Small Bowel: A Case Report and Literature Review. *Cureus*. 2018 Aug 6;10(8):e3113. doi: 10.7759/cureus.3113. PMID: 30338188; PMCID: PMC6175268.
 - 10- Cotzias E, Rehman SF, Arsalani Zadeh R, Smith D. Conservative management of diffuse cavernous haemangioma of the sigmoid and rectum. *Ann R Coll Surg Engl*. 2020 Jan;102(1):e1-e3. doi: 10.1308/rcsann.2019.0088. Epub 2019 Jun 3. PMID: 31155921; PMCID: PMC6937611.
 - 11- Han EC, Kim SH, Kim HY, Jung SE, Park KW. Gastrointestinal hemangioma in childhood: a rare cause of gastrointestinal bleeding. *Korean J Pediatr*. 2014 May;57(5):245-9. doi: 10.3345/kjp.2014.57.5.245. Epub 2014 May 31. PMID: 25045368; PMCID: PMC4102688.
 - 12- Kano T, Fukai S, Okamoto R, Motomura Y, Lefor AK, Mizokami K. An incidentally identified 15 cm cavernous hemangioma of the small intestine: Case report and literature review. *Int J Surg Case Rep*. 2021 Jul;84:106144. doi: 10.1016/j.ijscr.2021.106144. Epub 2021 Jun 29. PMID: 34225061; PMCID: PMC8261649.
 - 13- Fu JX, Zou YN, Han ZH, Yu H, Wang XJ. Small bowel racemose hemangioma complicated with obstruction and chronic anemia: A case report and review of literature. *World J Gastroenterol*. 2020 Apr 14;26(14):1674-1682. doi: 10.3748/wjg.v26.i14.1674. PMID: 32327915; PMCID: PMC7167414.
 - 14- Yao L, Li LW, Yu B, Meng XD, Liu SQ, Xie LH, et al. Cavernous hemangioma of the ileum in a young man: A case report and review of literature. *World J Clin Cases*. 2022; 10(28): 10146-10154. doi: 10.12998/wjcc.v10.i28.10146.
 - 15- Saeed S, Naz S, Iqbal A, Irfan M, Khan S, Jaiswal V, et al. Arteriovenous Malformations in Proximal Part of Ileum: A Case Report. *JNMA J Nepal Med Assoc*. 2021; 59(239):706-708. Doi: 10.31729/jnma.6929.
 - 16- Al-Tkrit A, Aneeb M, Mekaiel A, Alawawdeh F, Mehta A. Cavernous Hemangioma: A Rare Cause of Massive Lower Gastrointestinal Bleeding. *Cureus*. 2020; 12(8):e10075. Doi: 10.7759/cureus.10075
 - 17- Ruiz-Cáez K, Cure-Michailith J, Canedo-Matute J, Jiménez-Canedo J. Hemangioma cavernoso de colon en un paciente joven. *Rev Colomb Gastroenterol*. 2021;36(1):93-97. Doi: <https://doi.org/10.22516/25007440.453>
 - 18- Cui J, Huang LY, Lin SJ, Yi LZ, Wu CR, Zhang B. Small intestinal vascular malformation bleeding: a case report with imaging findings. *World J Gastroenterol*. 2014; 20(38):14076-8. Doi: 10.3748/wjg.v20.i38.14076.
 - 19- Thapa S, Koirala U, Joshi BD, Baniya A, Pokhrel B. Cavernous hemangioma of mesentery involving the jejunum causing intestinal obstruction in an adult male. *Clin Case Rep*. 2022;10(5): e05905. Doi: 10.1002/ccr3.5905.
 - 20- Zeng Z, Wu X, Chen J, Luo S, Hou Y, Kang L. Safety and Feasibility of Transanal Endoscopic Surgery for Diffuse Cavernous Hemangioma of the Rectum. *Gastroenterol Res Pract*. 2019; 2019:1732340. Doi: 10.1155/2019/1732340.