

## Cartas al Editor

### Angiotomografía helicoidal (angioTAC) en el diagnóstico de una causa poco frecuente de hemorragia digestiva

*Palabras clave:* Hemorragia digestiva oculta. Angiotomografía helicoidal. Tumor gastrointestinal.

*Key words:* Occult gastrointestinal bleeding. Angiography. Gastrointestinal tumor.

*Sr. Editor:*

La hemorragia digestiva de origen oscuro (HDOO) se define como el sangrado gastrointestinal clínicamente manifiesto que persiste o recurre sin identificar ninguna causa, tras un estudio completo con endoscopia digestiva alta (EDA) y baja (colonoscopia). Constituye con frecuencia un reto diagnóstico-terapéutico para el clínico, que precisa una buena coordinación entre gastroenterólogos, radiólogos intervencionistas y cirujanos. Presentamos un caso de HDOO secundaria a un tumor del estroma gastrointestinal (GIST) destacando la importancia de la incorporación de la angiotomografía computarizada helicoidal (angioTAC) al diagnóstico de la HDOO.

#### Caso clínico

Mujer de 66 años que presenta desde hace un año episodios intermitentes de melenas. Estudio inicial con EDA y colonoscopia normal. Ingresa por nuevo episodio de melenas y anemia. Se realiza de nuevo EDA y colonoscopia, así como tránsito intestinal seguido de cápsula endoscópica (CE) sin hallazgos reseñables. Ante el diagnóstico clínico de HDOO se solicita

angioTAC: “lesión sólida hipercaptante de 3,3 x 4,4 x 4,3 cm con crecimiento exofítico desde la luz de un asa yeyunal, con hipertrofia vascular de los vasos nutricios que drenan directamente a ramas arteriales mesentéricas, sugerente de GIST, sin evidencia de adenopatías” (Fig. 1). La paciente es intervenida: resección segmentaria de yeyuno medio. Estudio histológico e inmunohistoquímico: GIST de bajo grado de malignidad: tamaño < 5 cm, < 1 mitosis/10 campos de gran aumento, diferenciación muscular e índice proliferativo < 1 %, medido con el anticuerpo monoclonal KI67. La resección completa del tumor sin afectación metastásica determina la ausencia de necesidad de tratamiento farmacológico posterior con inhibidores de la tirosina quinasa (imatinib). Tres meses después, la paciente se encuentra asintomática.

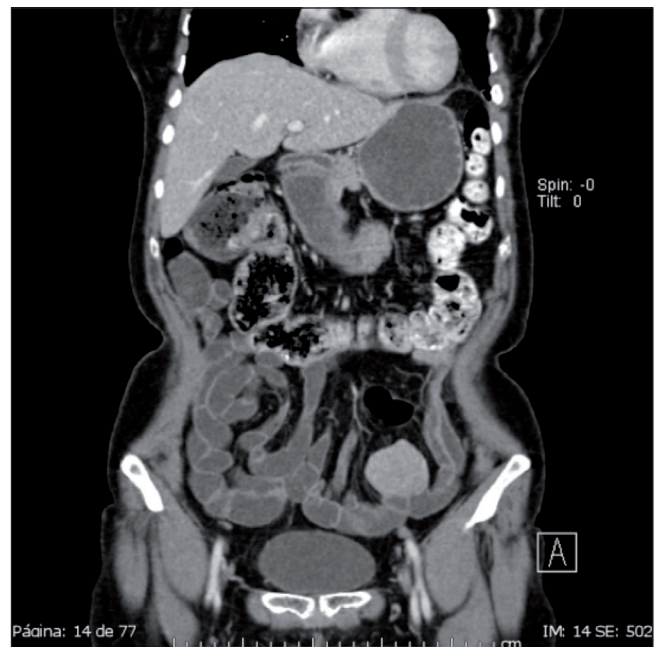


Fig. 1. AngioTAC: lesión sólida de unos 4 cm en intestino delgado con crecimiento exofítico.

## Discusión

Los GIST constituyen la segunda causa de HDOO, siendo la mayoría de las ocasiones un hallazgo casual (1,2). Los casos sintomáticos suelen ser tumores de mayor tamaño que, frecuentemente, se manifiestan como episodios de sangrado digestivo agudo o crónico, en relación a una alta vascularización y a un crecimiento exofítico predominante que condiciona la erosión de la mucosa (3,4). Como en otros casos descritos en la literatura, el estudio con EDA, colonoscopia y CE no permitió el diagnóstico en nuestra paciente al tratarse de tumores que crecían como un gran pedículo desde la pared intestinal hacia fuera, lo que determina que con frecuencia los GIST pasen desapercibidos en el estudio endoscópico de una HDOO (2,4,5-9).

Recientemente, el empleo del angioTAC en el estudio de la HDOO se ha extendido ampliamente, habiendo demostrado una rentabilidad diagnóstica de > 80 % (8). Se trata de un procedimiento que, sin requerir una preparación especial, presenta una alta sensibilidad en el diagnóstico de un sangrado activo (incluso de bajo flujo [0,5 ml/min]), detecta anomalías vasculares y, sobre todo, diagnóstica tumoraciones de la pared intestinal con un tamaño mínimo de 1-2 cm (10). En nuestro caso, el angioTAC permitió el diagnóstico prequirúrgico evitando la necesidad de una endoscopia intraoperatoria con el consiguiente aumento de la morbilidad quirúrgica.

El angioTC constituye por tanto un prometedor método diagnóstico no invasivo que debería establecerse como técnica de primera línea en el algoritmo diagnóstico de la HDOO.

Alicia Martín-Lagos-Maldonado, Andrés Barrientos-Delgado, M.<sup>a</sup> del Pilar Martínez-Tirado y Francisco J. Casado-Caballero

*Unidad de Aparato Digestivo. Hospital Universitario San Cecilio. Granada*

## Bibliografía

1. Liu K, Kaffes AJ. The diagnosis and investigation of obscure gastrointestinal bleeding. *Aliment Pharmacol Ther* 2011;34:416-23.
2. López R, Mira A, Cuevas del Pino D, Toral P, Gazmend K. Tumores estromales yeyunales y hemorragia digestiva oculta. Empleo de técnicas mínimamente invasivas en tres casos clínicos. *Cir Esp* 2007;82:301-4.
3. Jaeckle T, Stuber G, Hoffmann MH, Jeltsch M, Schmitz BL, Aschoff AJ. Detection and localization of acute upper and lower gastrointestinal (GI) bleeding with arterial phase multidetector row helical CT. *Eur Radiol* 2008;18:1406-13.
4. Reuter S, Bettenworth D, Torge S, Neumann J, Beyna T, Domschke W, et al. A typical presentation of a rare cause of obscure gastrointestinal bleeding. *World J Gastrointest Endosc* 2011;16:3:40-5.
5. Gourgiotis S, Kotoulas D, Aloizos S, Kolovou A, Salemis N, Kantounakis I. Preoperative diagnosis of obscure gastrointestinal bleeding due to a GIST of the jejunum: A case report. *Cases Journal* 2009;2:8186.
6. Jovanovic I, Krivokapic Z, Menkovic N, Krstic M, Monkemuller K. Ineffectiveness of capsule endoscopy and total double-balloon enteroscopy to elicit the cause of obscure overt gastrointestinal bleeding: Think GIST! *Endoscopy* 2011;43:E91-2.
7. Mavrogenis G, Coumaros D, Renard C, Bellocq J, Defla D, Charneau D, et al. Jejunal gastrointestinal stromal tumor missed by three capsule endoscopies. *Endoscopy* 2011;43:735-6.
8. Jaeckle T, Stuber G, Hoffmann MH, Jeltsch M, Schmitz BL, Aschoff AJ. Detection and localization of acute upper and lower gastrointestinal (GI) bleeding with arterial phase multidetector row helical CT. *Eur Radiol* 2008;18:1406-13.
9. Yoon W, Jeong YY, Shin S, Lim HS, Song SG, Jang NG, et al. Acute massive gastrointestinal bleeding: Detection and localization with arterial phase multi-detector row helical CT. *Radiology* 2006;239:160-7.
10. Graca BM, Freire PA, Brito JB, Ilharco JM, Carvalheiro VM, Caseiro-Alves F. Gastroenterologic and radiologic bleeding: How, shy, and when? *Radiographics* 2010;30:235-52.