

## REPORTE DE CASO

# Sangrado oscuro y anemia crónica severa: discusión sobre dos causas gastrointestinales subvaloradas en Colombia

GABRIEL MOSQUERA KLINGER<sup>1</sup>, NÉSTOR FABIÁN CORREA<sup>2</sup>, ALEJANDRO CONCHA MEJÍA<sup>3</sup>

### Resumen

El sangrado digestivo oscuro es una causa frecuente de anemia crónica por pérdidas gastrointestinales. La gravedad de la anemia depende de la causa, por ello se presenta el caso de un paciente con dos causas subvaloradas en nuestro medio. En este paciente sin antecedentes previos de enfermedad, con cuadro de fatiga fácil, palidez cutáneo-mucosa marcada, se documenta anemia ferropénica severa, con requerimiento de soporte transfusional. Al buscar activamente su causa, se encontró una hernia hiatal grande y lesiones de Cameron como causa de anemia crónica.

**Palabras clave:** anemia, hernia hiatal, hemorragia gastrointestinal.

**Title: Obscure Bleeding and Severe Chronic Anaemia: Discussion about Two Causes Undervalued in Colombia**

### Abstract

Obscure gastrointestinal bleeding is a common cause of chronic anemia, severity of anemia depends on the cause. We present the case of a patient with 2 causes undervalued in our midst. In the present article we present a case report of a farmer patient, without past medical history, who presented with symptoms of weakness, mucocutaneous pallor, documenting severe ferropenic anaemia, requiring transfusional support. We identified cameron lesions as the source of anaemia.

**Key words:** Anaemia, hiatal hernia, Cameron lesions, gastrointestinal bleeding.

---

1 Médico internista residente de Gastroenterología, Pontificia Universidad Javeriana-Hospital Universitario San Ignacio, Bogotá, Colombia.

2 Médico residente de Medicina Interna, Pontificia Universidad Javeriana-Hospital Universitario San Ignacio, Bogotá, Colombia.

3 Médico internista, gastroenterólogo, epidemiólogo, Hospital Universitario San Ignacio, Bogotá, Colombia.

Recibido: 10/10/2013

Revisado: 10/11/2013

Aceptado: 15/12/2013

## Introducción

El sangrado digestivo oscuro es aceptado como el sangrado gastrointestinal que persiste o recurre sin encontrar una causa clara o evidente después de la exploración de rutina con una endoscopia digestiva alta y una colonoscopia. Según las manifestaciones clínicas, este se clasifica en sangrado oscuro oculto cuando hay sangre oculta positiva y no se logra identificar la lesión después de la exploración rutinaria con endoscopia y colonoscopia, y en sangrado oscuro manifiesto cuando es evidente la manifestación clínica de sangrado sin identificación endoscópica clara. De todos los episodios de sangrado, solo aproximadamente al 5% no se le determina una causa clara, y requiere múltiples exploraciones, exámenes a veces molestos, invasivos, de alto costo.

En los pacientes mayores de 40 años de edad, que tienen sangrado digestivo oscuro, el 40% de las causas son vasculares, y hay otras menos frecuentes que se deben tener en cuenta en los diagnósticos diferenciales para no pasar por alto: entre estas tenemos las úlceras inducidas por antiinflamatorios no esteroideos (AINE) y erosiones de Cameron.

Las lesiones de Cameron pueden ser causa de una expresión muy variable de manifestaciones de sangrado digestivo: la mayoría de veces se identifica como anemia crónica ferropénica por pérdidas sanguíneas gastrointestinales, que

requiere múltiples estudios y transfusión de hemoderivados. La asociación entre lesiones de Cameron y anemia ferropénica ha sido ampliamente estudiada [1].

## Presentación del caso clínico

El caso corresponde a un hombre de 43 años de edad, procedente de Cundinamarca, agricultor (cultivos de papa). Hacía 2 años había comenzado a presentar decaimiento, astenia, adinamia y palidez cutaneomucosa marcada, por lo que se le practicaron varios estudios que encontraron anemia ferropénica. Al inicio, sin claridad de la causa, por lo que le realizaron estudios endoscópicos, reportados sin estigmas de sangrado: endoscopia digestiva alta con hernia hiatal grande, sin evidencia de sangrado activo, y colonoscopia total con pequeños divertículos en sigmoide, sin evidencia de sangrado.

Por la magnitud de la anemia, le indican videocápsula endoscópica, a partir de la cual se documenta uncinariasis, que se consideró la causa de anemia. Le administraron tratamiento con pamoato de pirantel y sales de hierro. Hubo una aparente mejoría clínica, pero sin controles especializados durante ese tiempo. Se mantuvo en buen estado y asintomático por casi 18 meses.

Después de este tiempo, consultó el Hospital Universitario San Ignacio por un cuadro de 3 meses de astenia, adinamia, palpitations, palidez cutaneomu-

cosa marcada, con disnea de pequeños esfuerzos. En el ingreso al servicio de urgencias, estaba normotenso, taquicárdico, con palidez importante, sin evidencia de sangrado en el examen físico. Se le iniciaron estudios con hemograma que mostraron anemia severa: hemoglobina de 3,4 g/dl, hematocrito de 12 % (volúmenes bajos), hierro sérico de 11  $\mu$ g/dl y ferritina de 4,4 ng/ml. Realizamos una endoscopia de vía digestiva alta, donde se halló una hernia hiatal gigante. Con dificultad se logró pasar hasta la segunda porción de duodeno, sin evidencia de sangrado. La colonoscopia total evidenció divertículos de boca angosta en sigmoide sin evidencia de sangrado.

Teniendo en cuenta el hallazgo endoscópico de la hernia hiatal gigante, se le realizó una nueva endoscopia de vía digestiva alta, para así lograr un adecuado tiempo de visualización y relajación de pliegues gástricos, que documentan

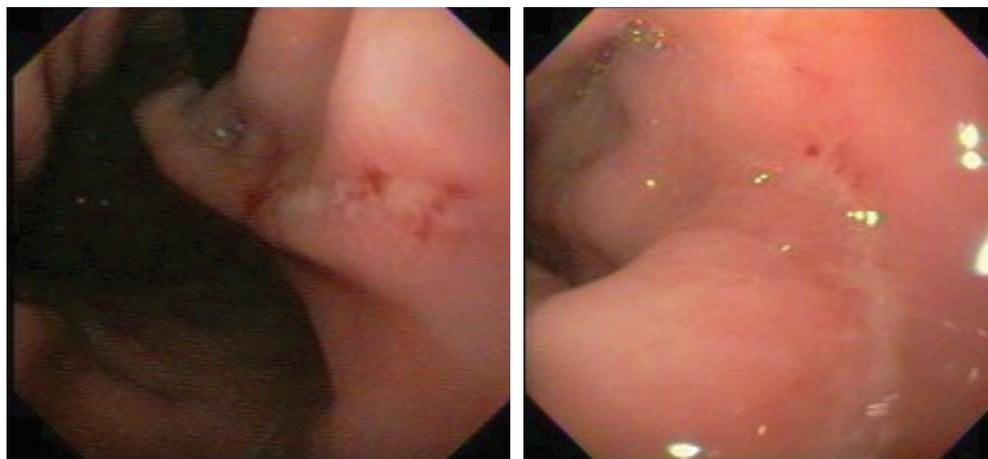
presencia de úlceras de Cameron con sangrado en capa, no susceptibles de manejo endoscópico. Por ello se consideró dar manejo quirúrgico (figuras 1 y 2).

Se consideró clara la indicación quirúrgica por hernia paraesofágica, además por lesiones de Cameron sangrantes. Se llevó a cirugía, sin complicaciones. Se le dio tratamiento erradicador de uncinarias con pamoato de pirantel (10 mg/kg/día) durante 3 días, que se debe realizar cada 6 meses, durante 3 años. Así mismo, suplementación con sales de hierro oral.

Sale en buenas condiciones generales, con mejoría clínica importante, y con concentraciones de hemoglobina mayores de 9 g/dl.

## Discusión

Dos causas poco buscadas, inadecuadamente tratadas, pero frecuentes de ane-



**Figura 1.** Lesiones ulceradas lineales en saco herniario (úlceras de Cameron)



**Figura 2.** Estudio de vías digestivas altas. Se observa hernia hiatal gigante paraesofágica

mia severa por causas gastrointestinales. La hernia hiatal grande y las lesiones de Cameron son 2 causas de anemia por pérdidas gastrointestinales, erosiones o úlceras lineales en la mucosa gástrica, que se localizan en el hiato diafragmático en pacientes que sufren de hernia hiatal [1-3]. Es una causa no infrecuente de pérdidas gastrointestinales crónicas, con anemia por deficiencia de hierro severa.

La fisiopatología es discutida; se produce por la erosión mecánica constante de la mucosa gástrica cada vez que el estómago pasa por el hiato herniario en cada movimiento respiratorio, en pacientes con hernias hiatales grandes [1-3]. Adicionalmente, el daño de la mucosa por el ácido gástrico, isquemia y el uso de AINE son factores etiológicos adicionales para la aparición de estas lesiones, así como factores predisponentes a sangrado intermitente [2-3].

La relevancia clínica de estas lesiones es que pueden provocar sangrado gastrointestinal agudo, crónico y oscuro, con anemia severa. En pacientes con sangrado oscuro es una importante entidad para tener en mente, ya que incluso de forma ocasional suele pasarse en el primer intento endoscópico [4-5].

La prevalencia de las erosiones o úlceras de Cameron no se conoce, ya que existen variados grados de dificultad para documentar estas lesiones; pero se estima que representan el 5% en pacientes con diagnóstico previo de hernia hiatal [6].

La asociación entre lesiones de Cameron y anemia ferropénica ha sido ampliamente estudiada, y hacemos referencia al estudio inicial de Cameron y Higgins en 1986, donde se describen las lesiones de Cameron. Fue un estudio prospectivo en 109 pacientes ancianos quienes tuvieron diagnóstico endoscópico de hernia hiatal. De estos 55 pacientes se le documentó anemia y 54 no tenían anemia. En 23 pacientes con anemia, fueron encontrados erosiones mucosas lineales gástricas localizadas cerca a la altura del diafragma, estas lesiones fueron llamadas *lesiones de Cameron*. De los 45 pacientes sin anemia, 13 de ellos tuvieron hallazgos endoscópicos de lesiones de Cameron [1].

La hernia hiatal gigante *per se* puede provocar sangrado y anemia [3,7].

Dentro de los posibles factores se encuentran la presencia de esofagitis, los desgarros mucosos tipo Mallory-Weiss o el incremento del potencial ulcerogénico de AINE al retardarse su aclaramiento y aumentar el tiempo de contacto con la mucosa. El tamaño de la hernia es importante para el desarrollo de las lesiones de Cameron, ya que se estima que con hernias hiatales mayores de 5 cm hay una prevalencia hasta del 20% [8]. Y en los casos publicados por el Dr. Bernardo, se observó que en todos los pacientes con anemia había un tamaño de hernia hiatal mayor de 4 cm<sup>3</sup>.

En cuanto a la hernia hiatal, clásicamente se ha clasificado en tres tipos: hernia hiatal tipo I, o por deslizamiento, en la que se presenta desplazamiento superior de la unión esofagogástrica hacia el mediastino posterior; hernia hiatal tipo II o hernia paraesofágica, que se genera por desplazamiento superior del fondo gástrico, anterior y lateral al esófago, con la unión esofagogástrica en su posición intrabdominal normal, y la tipo III (mixto), donde hay desplazamiento superior de la unión esofagogástrica y del fondo gástrico.

A este paciente se le identifica una hernia hiatal tipo II, donde el curso impredecible de las hernias paraesofágicas ha llevado a considerar a la mayoría de los cirujanos que todas deben ser corregidas quirúrgicamente una vez hayan sido diagnosticadas, aun en ausencia de sin-

tomatología e independiente de su tamaño, dado su potencial de complicaciones (entre estas, volvulus, estrangulación y perforación gástrica), que obligarían a intervenciones de urgencia que conlleven mayor mortalidad. En este caso, la decisión de llevar al paciente a manejo quirúrgico fue por tener la hernia hiatal grande, paraesofágica y, además, sangrado importante que no era susceptible a manejo endoscópico.

Con este paciente, decidimos dar tratamiento para uncinarias, teniendo en cuenta que hace 2 años se le habían documentado por estudio con videocápsula endoscópica uncinarias. La duración normal de la vida de las uncinarias supera los 5 años; además, dada las frecuentes reinfecciones que sufren los pacientes agricultores en zonas endémicas, hace que esta sea también una causa de anemia en estos pacientes. Se recomienda dar tratamiento con pamoato de pirantel a dosis de 10 mg/kg/día durante 3 días, con tasas de curación del 80% y de erradicación de huevos del 95%, o también se pueden usar benzimidazoles (albendazol: 400 mg/día durante 3 días o mebendazol: 100 mg/día durante 3 días), con tasas de curación para el albendazol del 55% y erradicación de huevos del 98%, y para el mebendazol del 22% y del 82%, respectivamente. Se deben dar estos cada 6 meses durante 3 años, para lograr mejores tasas de curación y erradicación [9].

En nuestro medio, especialmente en población campesina o en personas que habiten lugares con malas condiciones de salubridad, que se presenten con anemia crónica ferropénica, hay altas tasas de infestación por uncinarias. Consideramos que vale la pena el tratamiento médico desparasitante, ya que es una medida terapéutica efectiva, con altas tasas de curación y erradicación de parásitos, además son medicamentos seguros y de bajo costo.

## Referencias

1. Cameron AJ, Higgins JA. Linear gastric erosion: A lesion associated with large diaphragmatic hernia and chronic blood loss anemia. *Gastroenterology*. 1986;91:338-42.
2. Moskovitz M, Fadden R, Min T, Jansma D, Gavalier J. Large hiatal hernias, anemia, and linear gastric erosion: studies of etiology and medical therapy. *Am J Gastroenterol*. 1992;87:622-6.
3. Bernardo R, Portocarrero J, Tagle M. Lesiones de Cameron: experiencia clínica. *Rev Gastroenterol Perú*. 2012;32(2):157-60.
4. Bornstein JD, Brazer SR: Cameron erosions. *Gastrointest Endosc*. 1999;49:514.
5. Appleteard MN, Swain CP. Endoscopic difficulties in the diagnosis of upper gastrointestinal bleeding. *World J Gastroenterol*. 2001;7:308-12.
6. Sleisenger MH, Feldman M, Friedman LS, Brandt LJ. Sleisenger and Fordtran's gastrointestinal and liver disease: Pathophysiology, diagnosis, management. 9th ed. Philadelphia , PA: Saunders Elsevier; 2010.
7. Panzuto F, Di Giulio E, Capurso, et al. Large hiatal hernia in patients with iron deficiency anaemia: a prospective study on prevalence and treatment. *Aliment Pharmacol Ther*. 2004 Mar 15;19(6): 663-70.
8. Kapadia S, Jagroop S, Kumar A. Cameron ulcers: An atypical source for a massive upper gastrointestinal bleed. *World J Gastroenterol*. 2012 September 21;18(35):4959-61.
9. Botero D, Restrepo M. Uncinariasis. En: *Parasitosis humanas*. 4a ed. Bogotá: Corporación para Investigaciones Biológicas; 2003. p. 111-21.

### *Correspondencia*

Gabriel Mosquera Klinger  
 gami8203@yahoo.com  
 gamkgastro@gmail.com