

GASTRITIS HEMORRÁGICA ACTÍNICA TRATADA CON PROBETA CALIENTE

Fernando V. Palacios,* Zenón Cervera,* Patricia Vidal,* Carlos Ichivanagui,* Rosario C. Mayorga**

RESUMEN

La gastritis hemorrágica por radiación es una entidad rara. Nosotros presentamos un caso, en un paciente varón de 75 años, admitido por melena recurrente y anemia, a quien se le aplicó previamente radioterapia adyuvante por un hipernefoma. Este paciente requirió la transfusión de 10 unidades de paquete globular. La endoscopia inicial mostró múltiples telangiectasias difusas en antrum con sangrado activo espontáneo, tratadas exitosamente con varias sesiones de probeta caliente.

SUMMARY

The hemorrhagic radiation gastritis is rare. We describe a case, a 75-year-old man admitted for recurrent melena and progressive anemia, with history of adjuvant radiotherapy because of hipernefoma. He required the transfusion with 10 units of packed red blood cells. The initial endoscopy revealed multiple telangiectasias spreading in the antrum, with active spontaneous bleeding, successfully treated with some sessions of heater probe.

INTRODUCCIÓN

La radioterapia es una modalidad de tratamiento en distintas neoplasias, produciendo una variedad de efectos secundarios. Las complicaciones gastrointestinales por radiación pueden ser de presentación aguda o crónica.^{3,4} Las primeras se deben a toxicidad celular, mientras que las últimas se producen por endarteritis, que lleva a isquemia de la mucosa, conformándose telangiectasias y ulceraciones.^{1,3,4} Particularmente, la gastritis crónica hemorrágica por radiación o actínica, es muy poco frecuente (a diferencia de la proctitis actínica), debido a que el estómago, por tener una gruesa capa muscular y un rápido recambio celular en la mucosa, es relativamente resistente al daño crónico por radiación.^{1,4} Se produce varias meses después de la radioterapia aplicada en distintas neoplasias de la parte superior del abdomen, especialmente cuando se utilizan dosis altas.^{1,2,5,7} Nosotros presentamos un caso de gastritis hemorrágica actínica secundaria a radioterapia adyuvante en hipernefoma, tratada exitosamente con probeta caliente.

REPORTE DE CASO

En noviembre del 2002, fue transferido a nuestro hospital, un paciente varón de 75 años, para el estudio de melena recurrente y anemia de 6 meses de evolución. En mencionado periodo se le realizó una endoscopia alta, diagnosticándosele gastritis erosiva, iniciándose tratamiento con omeprazol y sulfato ferroso, pero a pesar de ello, persistió con la sintomatología, requiriendo en esos 6 meses, la transfusión de 10U de paquete globular. Este paciente tenía el antecedente de nefrectomía

derecha por hipernefoma en mayo del 2001, recibiendo luego tratamiento adyuvante con radioterapia 4200 rad.

El examen físico de ingreso sólo fue positivo para palidez marcada. Los exámenes auxiliares nos mostraron: Hb:7.1g/dl, Hto:22%, perfil de coagulación y recuento de plaquetas normales, así mismo bioquímica sérica básica sin alteración. Se efectuó una endoscopia alta inicial (GIF EG7-CT2, Fujinon, Japón), hallándose múltiples telangiectasias, distribuidas difusamente en cuerpo distal y antrum, con sangrado activo espontáneo, exacerbado con el roce instrumental (fig 1 y 2). Se procedió a tratar las lesiones mediante termocoagulación con probeta caliente (HPU, Olympus, América; sonda de 3.2mm), 15-25 toques puntuales por cada sesión, con moderada presión y barridos superficiales, con 15-20 Joules (fig 3). Las sesiones se repitieron a la 1ºsem, 3ºsem, 6ºsem, 9ºsem, 12ºsem y 15ºsem, completando un total de 7 sesiones, con el cuidado de no aplicar la sonda sobre zonas previamente tratadas, algunas de ellas con ulceraciones superficiales. La evolución de la gastritis por radiación durante el tratamiento, puede apreciarse en la figura 4, que muestra la región prepilórica con escasas telangiectasias, previa a la 7º sesión de probeta caliente. Adicionalmente el paciente recibió sucralfato, omeprazol y sulfato ferroso. Le melena se detuvo después de la 3º sesión de probeta caliente, requiriendo hasta entonces la transfusión de 2U adicionales de paquete globular; luego de ello la Hb se estabilizó en 10g/dl, e incluso experimentó un lento y progresivo incremento en los siguientes 4 meses hasta 12g/dl.

DISCUSIÓN

La gastritis hemorrágica por radiación o actínica, es una entidad rara, con pocos casos reportados en la literatura, a diferencia de la proctitis actínica, que es relativamente frecuente.^{1,2}

Se han reportado casos secundarios a radioterapia por linfomas, cáncer de páncreas hepatocarcinomas y trombosis de la vena porta.^{1,5,7} También se ha descrito un caso de carditis hemorrágica, con compromiso en la porción proximal de una gran hernia hiatal, secundario al tratamiento con radioterapia de un carcinoma pulmonar.² Este sería el primer caso que se reporta en relación al tratamiento de un hipernefoma.

La radiación produce en el tracto gastrointestinal, daño agudo por toxicidad celular y, daño crónico y progresivo por endarteritis, con una consecuente vasculitis obliterativa, que lleva a isquemia de la mucosa, ulceración y telangiectasias en la mucosa.^{3,4,5} El estómago es un órgano que suele ser relativamente resistente a la injuria por radiación, debido a su gruesa capa muscular, y a la rápida renovación de su epitelio; sin embargo, el riesgo de lesión se incrementa con dosis grandes de radiación (mayores de 5000 rad).^{1,3,9}

La gastritis por radiación aguda, se hace manifiesta durante el curso de la radioterapia o pocas semanas después, a través de dispepsia, náusea y vómitos.^{4,9} La gastritis por radiación crónica, ocurre 3 a 36 meses después de un ciclo de radioterapia, pudiendo producir sangrado

* Departamento de Enfermedades del Aparato Digestivo, Hospital Nacional «Edgardo Rebagliati Martins» - EsSalud, Lima - Perú.

** Médico Residente III. Hospital Arzobispo Loayza

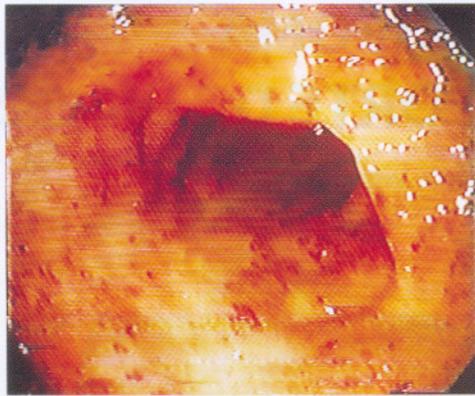


Figura 1. Gastritis por radiación.

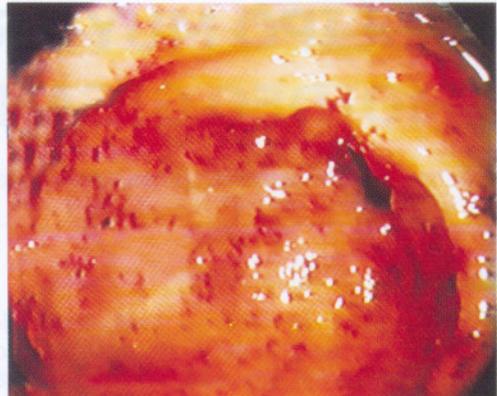


Figura 2. Telangiectasias densas en región pre-pilórica.



Figura 3. Tratamiento con probeta caliente.

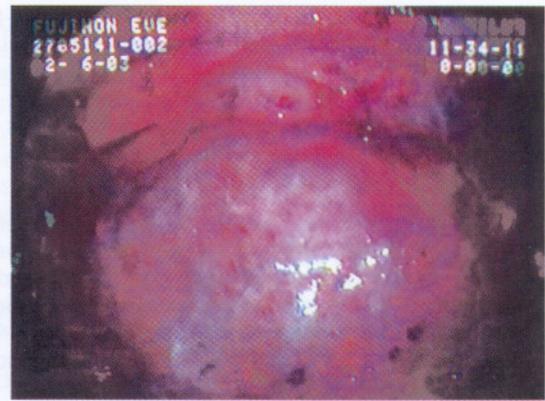


Figura 4. Evolución favorable de la gastritis por radiación, previa a la última sesión de probeta caliente.

oculto, o con mayor frecuencia, sangrado manifiesto, que requiere múltiples transfusiones sanguíneas, hospitalizaciones y repetidas endoscopías terapéuticas, pudiendo no ser suficientes para controlar la hemorragia.^{1,2,5} Endoscópicamente pueden distinguirse telangiectasias, friabilidad de la mucosa y ulceraciones; el compromiso es sectorial, afectándose la región del estómago más expuesta a la radiación.^{1,2} La imagen endoscópica es a veces confundida con la gastritis erosiva, con la cual debe hacerse el diagnóstico diferencial.

El tratamiento médico de las gastritis por radiación, dada la poca frecuencia del cuadro, no está bien caracterizado. Se puede extrapolar a partir de la terapia de la proctitis por radiación el uso de sucralfato. En cuanto al tratamiento endoscópico, se pueden cauterizar las lesiones con métodos térmicos de no contacto, como el Nd:YAG láser o el argón plasma, o métodos de contacto, como la electrocoagulación bipolar o la probeta caliente.⁸ El inconveniente de los primeros, es su alto costo y baja disponibilidad, además con el láser no es posible regular la profundidad de coagulación; en tanto que la desventaja de los métodos de contacto, es que el roce puede generar sangrado en una superficie friable, oscureciendo el campo de trabajo, y además, la profundidad del efecto térmico es poco controlable.^{1,2,8} Existen pocos casos reportados de tratamiento de gastritis por radiación utilizando estas modalidades. Maekawa et al, reportaron el beneficio del argón plasma en un paciente con afectación del antro;¹ Morrow et al, confirmaron la utilidad del mismo en un caso con compromiso cardial;² Kuramochi et al, describieron el uso de electrocoagulación monopolar.¹⁰ El tratamiento quirúrgico se reserva para los casos refractarios al tratamiento médico y endoscópico.¹¹

En el caso de este paciente, se utilizó, dada su disponibilidad, la probeta caliente, la cual, no obstante la labo-

riosidad del procedimiento y siguiendo ciertas recomendaciones, demostró ser una alternativa de tratamiento eficaz y segura, aunque hacen falta estudios clínicos para confirmar esta observación.

BIBLIOGRAFÍA

- Morrow JB, Dumot JA, Vargo JJ. Radiation-induced hemorrhagic carditis treated with argon plasma coagulator. *Gastrointest Endosc* 2000; 51:498-499.
- Maekawa SJ, Aoyama N, Shirasaka D, et al. Argon plasma coagulation for treatment of hemorrhagic radiation gastroduodenitis. *Dig Endosc* 2002; 14:5-8.
- Roswit B, Malsky SJ, Reid CB, et al. Severe radiation injuries of the stomach, small intestine, colon and rectum. *Am J Roentgenol* 1972; 114:460.
- DeCosse JJ, Rhodes RS, Wentz WB, et al. Natural history and management of radiation induced injury of the gastrointestinal tract. *Ann Surg* 1989; 170:369-384.
- Cosset JM, Henry-Amar M, Burgers JM, et al. Gastric complications after radiotherapy for Hodgkin's disease and other lymphomas. *Radiother Oncol* 1988; 13:61-68.
- Grover N, Johnson A. Aminocaproic acid used to control upper gastrointestinal bleeding in radiation gastritis. *Dig Dis Sci* 1997; 42:982-983.
- Kellum JM, Jaffe BM, Calhoun TR, et al. Gastric complications after radiotherapy for Hodgkin's disease and other lymphomas. *Am J Surg* 1977; 134:314.
- Ayala E, Cervera Z, Ruiz E, et al. Empleo de probeta caliente en el manejo de pacientes con sangrado rectal causado por proctitis actínica refractarios a tratamiento médico. *Enf Ap Dig* 2001; 4:21-24.
- Breiter N, et al. The effect of dose fractionation on radiation injury in the rat stomach. *Radiother Oncol* 1993; 27:223-228.
- Kuramochi H, Hayashi K, Nakamura S, et al. A case of radiation hemorrhagic gastritis treated by endoscopic argon plasma coagulation. *Prog Dig Endosc* 1999; 55:38.
- Yeung YP, et al. Surgical treatment of recalcitrant radiation-induced gastric erosions. *Head Neck* 2000; 22:303-306.