

LESIONES DE CAMERON: CAUSA DE HEMORRAGIA DIGESTIVA ALTA

INJURIES OF CAMERON: CAUSE OF UPPER GASTROINTESTINAL BLEEDING

Pedro Laguna Heredia(1) , Karina Liseth Montecinos Godinez(2)

(1) Médico Gastroenterólogo - Asistente Departamento de Medicina Interna - Servicio de Gastroenterología Hospital Hipólito Unanue Tacna

(2) Médico Residente de Medicina Interna – Hospital Hipólito Unanue Tacna.

RESUMEN

Lesiones Cameron representan erosiones y úlceras lineales en las crestas de los pliegues de la mucosa gástrica a nivel de la impresión diafragmática en pacientes con hernia hiatal. La asociación entre las lesiones de Cameron y anemia por déficit de hierro ha sido documentada, pero otra presentación de lesiones de Cameron puede ser una hemorragia digestiva alta aguda y severa. Nosotros presentamos el caso de un paciente de 63 años de edad que presentó hemorragia digestiva alta con estudio endoscópico que determina la presencia de una hernia hiatal tipo I en cuyo interior se evidencia una úlcera de Cameron. Por lo tanto, la lesiones de Cameron deben ser consideradas como causa potencial de hemorragia digestiva alta.

Palabras claves: Lesiones de Cameron, Hernia hiatal, hemorragia digestiva alta.

ABSTRACT

Cameron lesions represent linear erosions and ulcers in the crests of the folds of the gastric mucosa at impression diaphragmatic hiatus hernia patients. The association between lesions Cameron and Iron deficiency anemia has been documented, but another presentation of Cameron lesions may be acute and severe upper gastrointestinal bleeding. We present the case of a 63-year-old who presented upper gastrointestinal bleeding with endoscopic examination that determines the presence of a hiatal hernia type I within which an ulcer Cameron evidence. Therefore, the Cameron lesions must be considered as potential causes gastrointestinal bleeding.

Keywords: lesions Cameron, hiatal hernia, upper gastrointestinal bleeding.

INTRODUCCION

Cameron y Higgins describió por primera vez las lesiones de Cameron en 1986 [1]. Lesiones Cameron representan erosiones y úlceras lineales en las crestas de los pliegues de la mucosa gástrica a nivel de la impresión diafragmática, y se observan en el 5,2% de los pacientes con hernia de hiato identificado en endoscopias digestivas altas [2].

La prevalencia de hernia hiatal se incrementa con la edad y otros factores como la obesidad, que resulta ser una epidemia global en la actualidad [2] [3]. La asociación entre las lesiones de Cameron y anemia por déficit de hierro ha sido documentada, siendo esta última condición indicación de estudio endoscópico [4] [5]; pero otra presentación de lesiones de Cameron puede ser una hemorragia digestiva alta [6] [7].

REPORTE DE CASO

Paciente varón de 63 años de edad, admitido en el servicio de emergencia por presentar inicialmente náusea, vómito de contenido porráceo en 4 oportunidades de aproximadamente 100cc por vez. Dolor abdominal urente a nivel de epigastrio, con irradiación abdominal difusa a predominio de cuadrante inferior derecho. Refiere además deposición líquida escasa, fétida, de coloración “oscura”.

Al examen físico; PA 100/75 mmHg, FC: 86x', T°: 36.8, FR: 22x', SaO2: 98%, Fio2: 0.21. Mucosas orales húmedas, abdomen blando depresible doloroso a nivel de epigastrio.

Tacto rectal se evidencia heces con características de melena. Hemoglobina inicial de 16.5 gr/dl, con control de 13.1 gr/dl. Se realizo endoscopia digestiva alta de urgencia por hemorragia digestiva alta, encontrándose una hernia hiatal por deslizamiento de aproximadamente 4 cm. en cuyo interior se observa úlcera longitudinal de 15 mm. (figura 1) (figura 2).

En el resto del examen endoscópico no se encontró otra lesión

que justifique un cuadro de hemorragia digestiva alta. Se realizo biopsia de mucosa gástrica en cuyo resultado se confirmo la presencia de Helicobacter pylori.

Durante su hospitalización recibió inhibidor de bomba de protones, presentando evolución favorable, dado de alta al décimo día de ingresar al hospital.

DISCUSION

La relación entre hernia hiatal y anemia cuenta con estudios desde 1930 [8] [9] y en 1976 Cameron confirma la relación entre anemia y las hernia hiatal [10]. En 1986, Cameron y Higgins estudian a 109 pacientes con el diagnóstico endoscópico de hernia hiatal describiendo la asociación entre anemia por deficiencia de hierro y lesiones ulceradas lineales en los pliegues de la mucosa gástrica localizadas cerca al hiato diafragmático, que fueron denominadas "úlceras de Cameron" [1]. La prevalencia de las úlceras de Cameron parece relacionarse directamente con el tamaño de la hernia hiatal. Sin embargo, la detección de estas lesiones puede ser un hallazgo incidental durante una endoscopia digestiva alta realizada por otras razones [6] [7].

La patogénesis de las lesiones de Cameron no es bien comprendida, pero se considera principalmente los siguientes factores: el efecto de trauma mecánico causado sobre la mucosa cada vez que el estómago pasa por el hiato herniario en cada movimiento respiratorio, reflujo de ácido gástrico, isquemia, infección por Helicobacter pylori, estasis gástrica [3] [9].

Los pacientes con hernia hiatal pueden encontrarse asintomáticos o presentar complicaciones como enfermedad por reflujo gastroesofágico, anemia por deficiencia de hierro, sangrado gastrointestinal agudo o crónico y formación de erosiones o úlceras [3] [6] [9].

Las lesiones de Cameron pueden ocasionar sangrado gastrointestinal oculto llegando a generar anemia [1]. También pueden manifestarse como hemorragia digestiva alta aguda y



Figura 1. Visión directa de la hernia hital tipo I

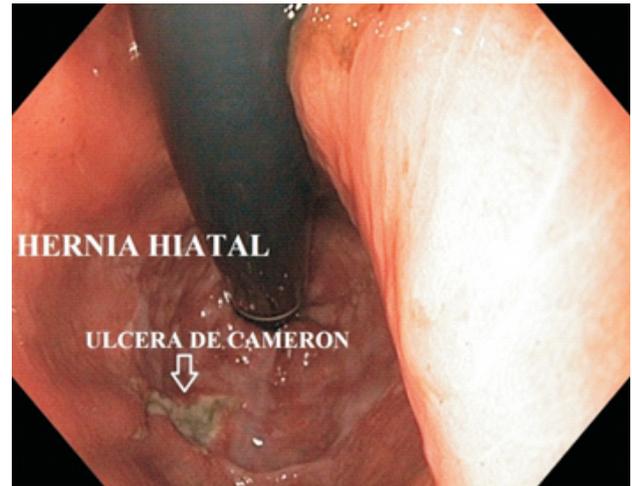


Figura 2. Visión a la retroflexion de la hernia hiatal tipo I

severa. Algunos estudios reportaron presentación entre 29% a 58 % [3]. Un estudio en Lima Perú reporto de un total de 12 pacientes con úlceras de Cameron a 5 pacientes con manifestación de hemorragia digestiva alta [6].

El tratamiento de esta condición puede ser tanto médico como quirúrgico. El tratamiento médico de lesiones de Cameron se basa en el empleo de inhibidores de bomba de protones [3] [9]. En el caso de hemorragia digestiva alta por ulcera de Cameron, es necesario realizar endoscopia diagnóstica y terapéutica. Se reporto un caso de tratamiento satisfactorio con endoligadura de

un vaso visible dentro de la ulcera de Cameron. Sin embargo, cuando la hemostasia endoscópica falla o resulta muy difícil se recomienda la intervención quirúrgica. Por lo tanto, la cirugía debe ser considerada en los pacientes con cualquiera de las hernias hiatal graves con lesiones de Cameron y en los pacientes con complicaciones relacionadas a lesión refractaria al tratamiento médico [3] [6] [9]. En conclusión, la endoscopia en un paciente con hernia hiatal implica una evaluación minuciosa de la hernia y de la mucosa circundante. Así mismo la ulceras de Cameron son una causa potencial de hemorragia digestiva alta severa aguda en pacientes con hernia hiatal con o sin anemia.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. A. Cameron y J. Higgins, «Linear Gastric Erosion: A lesion associated with large diaphragmatic hernia and chronic blood loss anemia,» Gastroenterology, vol. 91, pp. 338 -342, 1986.
2. M. Sleisenger, M. Feldman, L. Friedman y L. Brandt, Sleisenger and Fordtran's gastrointestinal and liver disease: Pathophysiology, diagnosis, management., 9th ed., Philadelphia: Elsevier, 2010.
3. S. Kapadia, S. Jagroop y A. Kumar, «Cameron Ulces: An atypical source for a masive upper gastrointestinal bleed,» World Journal of Gastroenterology, vol. 21, nº 18(35), pp. 4959 - 4961, September 2012.
4. G. Zuckerman, C. Prakash, M. Askin y B. Lewis, «American Gastroeterological Association techical review of the evaluation and management of ocuult and obscure gastrointestinal bleeding.»
5. F. Panzuto, E. Di Giulio y G. Carpuso, «Large hiatal hernia in patients with iron defciency anaemia: a prospective study on prevalence and treatment,» Aliment Pharmacol Ther. 2004 Mar 15; 19(6): 663-70.
6. R. Bernardo, J. Portocarrero y M. Tagle, «Lesion de Cameron: Experiencia clínica,» Rev. Gastroenterologica Peru; 2012; 32-2: 157-160.
7. A. Weston, «Hiatal hernia with Cameron Ulcers and erosions,» Gastrointestinal Endoscopy Clinic N Am 1996; 6: 671 -679.
8. A. Block, J. Dulin y P. Brooke, «Diaphragmatic hernia and secondary anemia: 10 cases,» New Engl J Med 1933. 209: 615.
9. I. Ozaydin, S. Dogan, A. Aslaner, M. Yasar y M. Aydin, «A rare cause of anemia due to upper gastrointestinal bleeding: Cameron lesion,» Am J Exp Clin Res 2014; 1 (1): 16-17.
10. A. Cameron, «Incidence of iron deficiency anemia in patients with large diaphragmatic hernia: a controlled study,» Mayo Clin Proc. 1976. 51: U767 -769.

CORRESPONDENCIA:

Pedro Laguna Heredia
Laguna.hp@hotmail.com

Recibido: 07/05/2014

Aceptado: 03/06/2014