

Angiodisplasia múltiple de intestino delgado. Un reto diagnóstico y terapéutico

V. Munítiz Ruiz^a, B. García Pérez^b, A. Serrano Jiménez^c, J. Molina Martínez^c, T. Soria Cogollos^a, D. Ruiz de Angulo^a y P. Parrilla Paricio^a

^aServicio de Cirugía General y Aparato Digestivo I. Hospital Virgen de la Arrixaca. Murcia. ^bUnidad de Endoscopias. Hospital Virgen del Rosell. Cartagena. Murcia. ^cUnidad de Endoscopias. Hospital Virgen de la Arrixaca. Murcia. España.

RESUMEN

La hemorragia digestiva de intestino delgado es poco frecuente y supone un difícil reto para el médico. Aproximadamente el 30-40% de las hemorragias digestivas localizadas en el intestino delgado son debidas a la angiodisplasia, una malformación vascular. Presentamos el caso de un paciente con angiodisplasia múltiple de intestino delgado que precisó la realización de una enteroscopia y una exploración con cápsula endoscópica para su diagnóstico, y que fue tratado exitosamente con octreótida por vía subcutánea. En resumen, en casos dudosos o con hemorragia persistente, la cápsula endoscópica puede mejorar el rendimiento diagnóstico de la enteroscopia para las lesiones vasculares gastrointestinales hemorrágicas como la angiodisplasia. Los tratamientos endoscópico (coagulación con láser) y farmacológico (somatostatina o análogos) son alternativas válidas a la cirugía en casos no operables o irresecables.

MULTIPLE ANGIODYSPLASIA OF THE SMALL INTESTINE. A DIAGNOSTIC AND THERAPEUTIC CHALLENGE

Small bowel bleeding is infrequent and presents a challenge to the clinician. Approximately 30-40% of gastrointestinal bleeding localized in the small bowel is due to angiodysplasia, a vascular malformation. We present the case of a patient with multiple angiodysplasia of the small bowel who required push enteroscopy and capsule endoscopy to establish the diagnosis. Treatment with subcutaneous octreotide was successful. In conclusion, in doubtful cases or in patients with persistent hemorrhage, capsule endoscopy can improve the diagnostic yield of enteroscopy in bleeding gastrointestinal vascular lesions such as angiodysplasia.

Correspondencia: Dr. V. Munítiz Ruiz.
Servicio de Cirugía General y Aparato Digestivo I. 3.ª planta.
Hospital Virgen de la Arrixaca.
Ctra. Cartagena, s/n. 30120 El Palmar. Murcia. España.
Correo electrónico: vins@mundofree.com

Recibido el 23-11-2003; aceptado para su publicación el 7-1-2004.

Endoscopic treatment (laser coagulation) and drug therapy (somatostatin or analogs) are valid alternatives in inoperable or non-resectable cases.

INTRODUCCIÓN

La hemorragia digestiva de intestino delgado (ID) es poco frecuente y, debido al difícil acceso de estas lesiones al diagnóstico endoscópico, supone un reto para el médico. Para algunos autores¹, aproximadamente el 30-40% de las hemorragias digestivas localizadas en el ID son debidas a la angiodisplasia, una malformación vascular con ectasia venosa y alteraciones capilares mucosas. En cambio, series más actuales², con exploraciones más exhaustivas, elevan la frecuencia de esta patología hasta el 60-70%. En el aparato digestivo, la angiodisplasia afecta principalmente al colon derecho y ocasiona hemorragia digestiva baja, pero cuando se origina en el estómago o el duodeno provoca una hemorragia digestiva alta. Con menor frecuencia afecta al ID y entonces produce hemorragia de forma aguda o crónica (melenas, anemia crónica, sangre oculta en heces). Algunos autores han comunicado que la angiodisplasia gastrointestinal puede relacionarse con ciertas patologías que pueden favorecer la hemorragia recurrente de las lesiones: alteraciones de la coagulación, conectivopatías, cirrosis hepática, estenosis aórtica, enfermedad pulmonar, insuficiencia renal y hemodiálisis^{3,4}. El tratamiento de elección en esta enfermedad es la exéresis quirúrgica, pero cuando la angiodisplasia es múltiple y afecta a un gran segmento de intestino la resección no es posible, por lo que se han descrito otras alternativas terapéuticas no quirúrgicas, como la coagulación con láser mediante endoscopia⁵ y el tratamiento farmacológico⁶.

Presentamos el caso de un paciente con angiodisplasia múltiple de ID que precisó la realización de una enteroscopia y una exploración con cápsula endoscópica para su diagnóstico, y que fue tratado exitosamente con octeótrido por vía subcutánea.

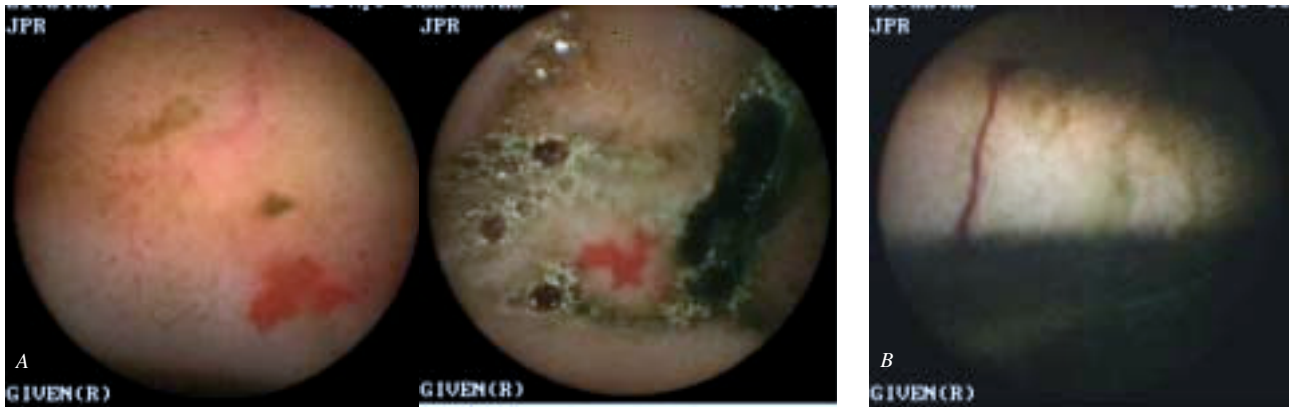


Fig. 1. Imágenes obtenidas mediante cápsula endoscópica. A) Angiodisplasia en el intestino delgado. B) Hemorragia activa en una lesión angiodisplásica de intestino delgado.

OBSERVACIÓN CLÍNICA

Varon de 69 años de edad, con antecedentes de gastrectomía parcial y reconstrucción según técnica de Billroth I en 1975 por úlcera gastroduodenal, cistoproctectomía y ureteroileostomía según técnica de Bricker en 1995 por carcinoma vesical, insuficiencia renal crónica terminal pendiente de iniciar hemodiálisis e hipertensión arterial en tratamiento médico. El paciente consultó en nuestro hospital en marzo de 2001 por hemorragia digestiva con heces de características melánicas y necesitó transfusión de concentrados de hemáties. Se le realizó una endoscopia digestiva alta que objetivó erosión en boca anastomótica sin signos activos de hemorragia. Posteriormente se le atendió en urgencias por nuevos episodios de hemorragia digestiva en abril, agosto y octubre de 2002, con nuevas transfusiones y endoscopias sin hallazgos patológicos. En noviembre y diciembre de 2002 presentó 2 nuevos episodios de hemorragia digestiva (heces melánicas) e ingresó en nuestro Servicio de Cirugía General para realizar un estudio más amplio. En la analítica de este ingreso mostraba un hematocrito del 18% con 5,9 g/dl de hemoglobina, urea de 142, creatinina de 8,3 mg/dl, potasio de 5,5 mEq/l, actividad de protrombina del 87% y tiempo parcial de tromboplastina activada de 20 s. Se practicaron una endoscopia digestiva alta, una colonoscopia, un tránsito intestinal baritado, un enema opaco y una gammagrafía con hemáties marcados. Ninguna de las pruebas practicadas objetivó el origen de la hemorragia. En enero de 2003 se le realizó una enteroscopia que objetivó angiodisplasia múltiple de yeyuno, desde la anastomosis gastroduodenal hasta los 90 cm de yeyuno accesibles a la endoscopia. Se realizó coagulación con láser argón y cesó la hemorragia. Posteriormente (febrero, marzo y abril de 2003) presentó otros episodios de heces melánicas que requirieron más transfusiones y la práctica de otra enteroscopia para coagular las lesiones angiodisplásicas con láser argón. Finalmente, se llevó a cabo un estudio con cápsula endoscópica que evidenció múltiples lesiones angiodisplásicas (fig. 1A), algunas de ellas con hemorragia activa (fig. 1B), en todo el ID, desde la anastomosis hasta el íleon terminal.

Con los resultados de la cápsula endoscópica descartamos definitivamente el tratamiento quirúrgico por ser lesiones difusas. Iniciamos tratamiento médico con 1 mg/día de octreótida por vía subcutánea durante un mes. Durante el período de tratamiento, el paciente sólo presentó una hemorragia digestiva leve y autolimitada que no precisó ingreso ni transfusión sanguínea. Dada la eficacia inicial, ampliamos otro mes la administración de octreótida, pero a una dosis cada 48 h. Simultáneamente, el paciente inició tratamiento con hemodiálisis cada 2 días. A los 3 meses se repitió el tratamiento con octreótida por vía subcutánea cada 48 h durante un mes. Tras 12 meses de seguimiento el paciente no ha presentado ninguna hemorragia digestiva, con un hematocrito mantenido del 31% y 10,2 g/dl de hemoglobina.

DISCUSIÓN

La hemorragia originada en el ID es muy poco frecuente y se debe principalmente a tumores epiteliales y mesenquimales, divertículos, patología inflamatoria crónica y malformaciones vasculares (angiodisplasia). Una vez que se descarta el origen gastroduodenal de la hemorragia

mediante una endoscopia digestiva alta, es difícil localizar una lesión hemorrágica del ID. Se han descrito varias posibilidades para el diagnóstico: técnicas radiológicas (tránsito intestinal, tomografía computarizada helicoidal), angiografías, exámenes de medicina nuclear (gammagrafía con hemáties marcados) y la endoscopia digestiva alta, que permite visualizar directamente las lesiones e incluso tratarlas. El problema de la endoscopia convencional es la limitación de acceso al ID por su longitud, de tal forma que incluso mediante la enteroscopia solamente se puede acceder a los 60-90 cm proximales del yeyuno. En el caso clínico anteriormente descrito, la enteroscopia puso de manifiesto la presencia de lesiones angiodisplásicas múltiples de yeyuno, que incluso se cauterizaron con láser argón en 4 ocasiones, a pesar de lo cual el paciente continuaba con hemorragias digestivas y transfusiones repetidas. Tras el fracaso del tratamiento endoscópico nos planteamos la exéresis del segmento intestinal afectado, pero desconocíamos si distalmente (resto de yeyuno e íleon) existían otras malformaciones vasculares hemorrágicas que harían ineficaz el tratamiento quirúrgico. Para este fin realizamos una exploración con cápsula endoscópica que fue definitiva para el diagnóstico, al objetivar múltiples lesiones angiodisplásicas en el resto del ID.

Varios autores han comunicado las ventajas de la enteroscopia (incluso intraoperatoria) para el diagnóstico de lesiones digestivas hemorrágicas de origen desconocido. Hayat et al⁷ realizaron una enteroscopia a 78 pacientes con anemia crónica y hemorragia digestiva no diagnosticada, hallaron un 37% de pacientes con malformaciones vasculares gastrointestinales, a la mayoría de los cuales se les trató eficazmente con cauterización endoscópica. Sin embargo, recientemente, Mylonaki et al⁸, que han comparado la eficacia de la enteroscopia y la cápsula endoscópica en la localización de lesiones hemorrágicas del ID (divertículo de Meckel, angiodisplasia, úlcera y tumor) en 50 pacientes, han observado que la cápsula endoscópica es muy superior para el diagnóstico (el 68 frente al 32% de la enteroscopia). Las mismas conclusiones comunicaron unos meses antes Hartmann et al⁹ y Ell et al² en 33 y 32 pacientes, respectivamente. Por otro lado, la enteros-

copia tiene la ventaja sobre la cápsula endoscópica de que puede ser también terapéutica, al permitir la electrocoagulación con láser de las lesiones hemorrágicas accesibles a la longitud del endoscopio.

Una vez que tuvimos una evaluación exacta de la afectación del paciente mediante la cápsula endoscópica, y descartado ya el tratamiento quirúrgico y limitado el tratamiento endoscópico con láser, sólo nos quedaba la opción del tratamiento farmacológico. La terapia hormonal mediante la combinación de estrógenos y progestágenos ha sido utilizada por varios autores, tanto en casos clínicos aislados como en ensayos clínicos, con resultados dispares. En 2001, Junquera et al¹⁰ realizaron un estudio prospectivo y aleatorizado para comparar el tratamiento hormonal y un placebo en 72 pacientes con hemorragia aguda o crónica diagnosticados de angiodisplasia gastrointestinal. El estudio no mostró diferencias entre pacientes tratados y no tratados en cuanto a porcentaje de casos con recidiva de la hemorragia, número de episodios hemorrágicos y requerimientos transfusionales. Los autores concluyen que la terapia hormonal combinada no es útil en el tratamiento de la angiodisplasia gastrointestinal. Otra opción en el abordaje conservador de la angiodisplasia gastrointestinal es la administración de somatostatina o análogos (octeótrido) por vía subcutánea o intramuscular. A este respecto, existen escasos trabajos¹¹⁻¹⁴ con muy pocos pacientes, pero los resultados preliminares comunicados son prometedores, si bien es necesaria la realización de estudios prospectivos y aleatorizados para valorar su eficacia real. Nardone et al¹¹ trataron con octeótrido por vía subcutánea a 17 pacientes diagnosticados de hemorragia digestiva alta por angiodisplasia (n = 14) o ectasia vascular gástrica antral (n = 3), y la hemorragia cesó en 10 pacientes. En nuestro caso, decidimos administrar al paciente tratamiento con octeótrido a pesar de la escasa experiencia comunicada, ya que no teníamos ninguna otra opción terapéutica. La evolución del paciente cambió totalmente. Antes del tratamiento médico ingresaba por hemorragia digestiva semanalmente con transfusiones sanguíneas repetidas, y después de un mes con somatostatina no volvió a presentar melenas, consultar a urgencias ni requerir hemoderivados por esta causa. Quizá esta evolución favorable pueda deberse en parte a que el paciente, que presentaba una insuficiencia renal crónica, comenzó a recibir sesiones de hemodiálisis unas semanas antes de iniciar el tratamiento farmacológico. Chang et al¹⁵ ya han descrito esta posibilidad en un paciente con insuficiencia renal crónica y hemorragia secundaria a angiodisplasia intestinal, en quien se produjo un cese espontáneo de la hemorragia tras ser sometido a diálisis peritoneal. En conclusión, la hemorragia digestiva de origen intestinal es una patología compleja por la dificultad de su loca-

lización, y la enteroscopia es la primera prueba a realizar por ser diagnóstica y terapéutica. En casos dudosos o con hemorragia persistente, la exploración con cápsula endoscópica puede mejorar el rendimiento diagnóstico de la anterior. En el abordaje terapéutico de las lesiones vasculares gastrointestinales hemorrágicas como la angiodisplasia, el tratamiento endoscópico (coagulación con láser) y farmacológico (somatostatina o análogos) son alternativas válidas a la cirugía en casos no operables o irsecables.

BIBLIOGRAFÍA

1. Foutch PG. Angiodysplasia of the gastrointestinal tract. *Am J Gastroenterol* 1993;88:807-18.
2. Ell C, Remke S, May A, Helou L, Henrich R, Mayer G. The first prospective controlled trial comparing wireless capsule endoscopy with push enteroscopy in chronic gastrointestinal bleeding. *Endoscopy* 2002;34:685-9.
3. Marquard SP, Weinstock JV. Gastrointestinal angiodysplasia in renal failure. *J Clin Gastroenterol* 1988;10:482-4.
4. Dave PB, Romeu J, Antonelli A, Eiser AR. Gastrointestinal telangiectasias. A source of bleeding in patients receiving hemodialysis. *Arch Intern Med* 1984;144:1781-3.
5. Askin MP, Lewis BS. Push enteroscopic cauterization: long-term follow-up of 83 patients with bleeding small intestinal angiodysplasia. *Gastrointest Endosc* 1996;43:580-3.
6. Lewis BS. Medical and hormonal therapy in occult gastrointestinal bleeding. *Semin Gastrointest Dis* 1999;10:71-7.
7. Hayat M, Axon AT, O'Mahony S. Diagnostic yield and effect on clinical outcomes of push enteroscopy in suspected small-bowel bleeding. *Endoscopy* 2000;32:369-72.
8. Mylonaki M, Fritscher-Ravens A, Swain P. Wireless capsule endoscopy: a comparison with push enteroscopy in patients with gastroscopy and colonoscopy negative gastrointestinal bleeding. *Gut* 2003;52:1122-6.
9. Hartmann D, Schilling D, Bolz G, Hahne M, Jakobs R, Siegel E, et al. Capsule endoscopy versus push enteroscopy in patients with occult gastrointestinal bleeding. *Z Gastroenterol* 2003;41:377-82.
10. Junquera F, Feu F, Papo M, Videla S, Armengol JR, Bordas JM, et al. A multicenter, randomized, clinical trial of hormonal therapy in the prevention of rebleeding from gastrointestinal angiodysplasia. *Gastroenterology* 2001;121:1073-9.
11. Nardone G, Rocco A, Balzano T, Budillon G. The efficacy of octreotide therapy in chronic bleeding due to vascular abnormalities of the gastrointestinal tract. *Aliment Pharmacol Ther* 1999;13:1429-36.
12. Orsi P, Guatti-Zuliani C, Okolicsanyi L. Long-acting octreotide is effective in controlling rebleeding angiodysplasia of the gastrointestinal tract. *Dig Liver Dis* 2001;33:330-4.
13. Andersen MR, Aaseby J. Somatostatin in the treatment of gastrointestinal bleeding caused by angiodysplasia. *Scand J Gastroenterol* 1996;31:1037-9.
14. Coppola A, De Stefano V, Tufano A, Nardone G, Amoriello A, Cerbone AM, et al. Long-lasting intestinal bleeding in an old patient with multiple mucosal vascular abnormalities and Glanzmann's thrombasthenia: 3-year pharmacological management. *J Intern Med* 2002;252:271-5.
15. Chang IT, Chen TW, Ng YY, Yang WC. Recurrent intestinal angiodysplastic bleeding in a patient on hemodialysis ceasing spontaneously with CAPD. *Perit Dial Int* 1998;18:342-3.