



OCTREOTIDA Y ANGIODISPLASIA

Sr. Director: A propósito del caso clínico comunicado por el Dr. Munitiz et al¹, nosotros quisiéramos comunicar nuestra experiencia limitada a 2 pacientes con insuficiencia renal crónica y anemizaciones por hemo-

rragias digestivas recidivantes que han necesitado numerosos ingresos y transfusiones. Ambos pacientes fueron estudiados con gastroscopias, colonoscopias y tránsito intestinal. Con cápsula endoscópica se identificaron lesiones en el yeyuno y el íleon compatibles con angiodisplasia sin hemorragia activa. Uno de los pacientes, un varón de 61 años con arteriosclerosis generalizada, cardiopatía isquémica, dislipemia y diabetes mellitus tipo 2, necesitó 35 concentrados de hemáties por hemorragias y anemizaciones durante 16 meses hasta el inicio del tratamiento con octreotida 0,1 mg subcutáneo 2 veces al día. El paciente fue incluido en el programa de hemodiálisis. La reintroducción temporal del clopidogrel (suspendido 8 meses antes) a los 2 meses del inicio de tratamiento con octreotida coincidió con la reaparición de una hemorragia, por lo que requirió nuevas transfusiones. La elevación de transaminasas previamente normales (GPT, 205 U/ml) nos obligó a reducir la dosis de octreotida a la mitad a los 3 meses, con lo que el valor de GPT se normalizó, pero necesitó nuevas transfusiones. Actualmente hemos reintroducido la octreotida a las dosis iniciales y al mes el paciente ha alcanzado una hemoglobina de 11 g/dl sin necesidad de transfusiones. El otro paciente, también varón, de 78 años, con antecedentes de hipertensión arterial y cardiopatía isquémica, necesitó 8 concentrados de hemáties en 3 meses y otros 2 en 2 meses tras el inicio de la hemodiálisis, a pesar de ser tratado con eritropoyetina, hierro oral e intravenoso. Hace 3 meses inició el tratamiento con octreotida 0,1 mg subcutáneo cada 12 h y se retiró el tratamiento con ácido acetilsalicílico. No ha vuelto a ser transfundido.

La octreotida subcutánea podría ser una opción eficaz y segura en pacientes con hemorragia digestiva por angiodisplasia en los que, por la localización de las lesiones, la edad o la situación general, el tratamiento endoscópico o quirúrgico es impracticable. Los trabajos en los que se estudia la eficacia de octreotida en hemorragias por malformaciones vasculares de este tipo son casos aislados²⁻⁵ y una serie de 17 pacientes con un seguimiento de 48-84 meses⁶. Al igual que Munítiz et al¹, creemos que otros factores, como retirar los antiagregantes o corregir la uremia, pueden influir en la evolución de estos pacientes.

L.I. FERNÁNDEZ SALAZAR, F. DE LA CALLE VALVERDE
y J.M. GONZÁLEZ HERNÁNDEZ
Servicio de Aparato Digestivo. Hospital Clínico de Valladolid.
Valladolid. España.

BIBLIOGRAFÍA

1. Munítiz Ruiz V, García Pérez B, Serrano Jiménez A, Molina Martínez J, Soria Cogollos T, Ruiz De Angulo D, et al. Angiodisplasia múltiple de intestino delgado. Un reto diagnóstico y terapéutico. *Gastroenterol Hepatol* 2004;27:311-3.
2. Blich M, Fruchter O, Edelstein S, Edoute Y. Somatostatin therapy ameliorates chronic and refractory gastrointestinal bleeding caused by diffuse angiodysplasia in a patient on anticoagulation therapy. *Scand J Gastroenterol* 2003;38:801-3.
3. Coppola A, De Stefano V, Tufano A, Nardone Gamoriello A, Cerbone AM, Di Minno G. Long-lasting intestinal bleeding in an old patient with multiple mucosal vascular abnormalities and Glanzmann's thrombastenia: 3-year pharmacological management. *J Intern Med* 2002;252:271-5.
4. Bowers M, McNulty O, Mayne E. Octreotide in the treatment of gastrointestinal bleeding caused by angiodysplasia in two patients with von Willebrand's disease. *Br J Haematol* 2000;108:524-7.
5. 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.
6. Rossini FP, Arrigoni A, Pennazio M. Octreotide in the treatment of bleeding due to angiodysplasia of the small intestine. *Am J Gastroenterol* 1993;88:1424-7.