

la hemoglobina media inicial y final del estudio. La mayor parte de los ensayos clínicos realizados con hierro intravenoso describen aumentos de hemoglobina superiores (de 0,7 a 2,7 g/dl de media)². ¿Por qué los sujetos incluidos en el estudio de Dosal elevaron tan poco la hemoglobina? Aunque es difícil conocer las causas ya que se trata de un estudio retrospectivo debemos considerar que la población incluida en este trabajo fue heterogénea ya que incluyó a pacientes con patologías digestivas muy diferentes entre sí que pudieron responder de forma variable a la terapia. No disponemos en los resultados de parámetros de ferritina e índice de saturación de transferrina antes y después del tratamiento con hierro parenteral administrado. Estos parámetros analíticos pueden servir de utilidad para conocer qué sujetos presentan anemia con ferropenia y componente inflamatorio (índice de saturación de transferrina menor del 16% con valores de ferritina normales) de los que presentan anemia ferropénica «pura» con valores de ferritina inferiores a 15 ng/dl².

La respuesta a la terapia con hierro intravenoso para la corrección de la anemia puede ser diferente de unos individuos a otros según sea su grado de inflamación y sangrado digestivo². La anemia asociada a la enfermedad inflamatoria intestinal (EII) presenta una etiología multifactorial³. Los individuos con EII tienen ferropenia tanto por falta de absorción como por pérdida de hierro por sangrado. Además, en la EII la activación de citoquinas como el TNF alfa aumenta la síntesis de hepcidina. La hepcidina disminuye la absorción de hierro en el enterocito y aumenta la disponibilidad del mismo en el sistema reticuloendotelial. Esto conduce a una disminución del hierro libre a nivel intravascular⁴.

El tratamiento intravenoso con hierro puede estar justificado en la EII. Sin embargo, algunos sujetos pueden responder peor de lo esperado a esta terapia. Pueden existir otros mecanismos etiopatogénicos como la resistencia a la eritropoyetina o la activación del TNF alfa asociados a la anemia de la EII. La terapia con hierro parenteral puede no ser siempre eficaz y tal vez deban considerarse otras opciones de tratamiento de la anemia en la EII como el

uso de infliximab o la administración de eritropoyetina⁵. Por último, queremos destacar que los sujetos con gastropatía por hipertensión portal o angiodisplasias que siguen con sangrado activo crónico pueden no responder a la terapia intravenosa si las pérdidas de hierro a nivel gastrointestinal son mayores que la repleción que podemos conseguir con el tratamiento. En estos sujetos, además de la administración de hierro, debemos contener el sangrado con medidas de tratamiento hemostático, bien farmacológicas y/o endoscópicas.

Bibliografía

1. Dosal A, Calvet X, Moreno L, López M, Figuerola A, Ruiz MA, et al. Uso del hierro intravenoso en un hospital de día de aparato digestivo: indicaciones, dosificación y efectos adversos. *Gastroenterol Hepatol*. 2010; doi: 10.1016/j.gastrohep.2010.02.011.
2. Bayraktar UD, Bayraktar S. Treatment of iron deficiency anemia associated with gastrointestinal tract diseases. *World J Gastroenterol*. 2010;16:2720–5.
3. Gomollon F, Gisbert JP. Anemia and inflammatory bowel diseases. *World J Gastroenterol*. 2009;15:4659–65.
4. Nemeth E, Tuttle MS, Powelson J, Vaughn MB, Donovan A, Ward DM, et al. Hpcidin regulates cellular iron efflux by binding to ferroportin and inducing its internalization. *Science*. 2004;306:2090.
5. Weiss G, Gasche CH. Pathogenesis and treatment of anemia in inflammatory bowel disease. *Haematologica*. 2010;95:175–8.

Manuel Méndez Bailón* y Nuria Muñoz Rivas

Servicio Medicina Interna, Hospital Infanta Leonor, Madrid, España

*Autor para correspondencia.

Correo electrónico: manuelmenba@hotmail.com, manuel.mendez@salud.madrid.org (M. Méndez Bailón).

doi:10.1016/j.gastrohep.2010.07.007

Lesión de Dieulafoy sobre la línea pectínea Dieulafoy's lesion on the pectineal line

Sr. Director:

La lesión de Dieulafoy consiste en una malformación vascular arterial submucosa, con pared adelgazada y cuyo calibre no disminuye en su ramificación hacia la mucosa a través de la muscularis mucosa. Estas lesiones pueden sangrar masivamente tras el desarrollo de un mínimo y, a veces, inapreciable defecto mucoso. Los criterios diagnósticos endoscópicos aceptados son la visualización de un sangrado pulsátil arterial o bien de un vaso visible o coágulo fresco, sobre un mínimo

defecto mucoso (<3 mm) o sobre mucosa de aspecto normal¹. El 75% de estas lesiones asientan en el estómago proximal, pero también se han documentado en intestino delgado, colon y recto. La lesión de Dieulafoy en el recto es extremadamente infrecuente (25 casos descritos hasta la fecha^{2,3}), mientras que en el canal anal son una rareza, con 4 casos documentados desde el año 2000^{4,5}.

Se presenta el caso de un varón de 84 años que ingresa por rectorragia franca indolora. En sus antecedentes personales destaca obesidad mórbida, EPOC grado iv en tratamiento con oxígeno domiciliario y miocardiopatía hipertensiva compensada. A su llegada al hospital, el paciente presenta hipotensión arterial (70/49 mmHg) y anemización grave (Hb 6,9 g/dl). Tras estabilización hemodinámica, transfusión de 3 concentrados de hematíes y preparación oral con fosfatos, se

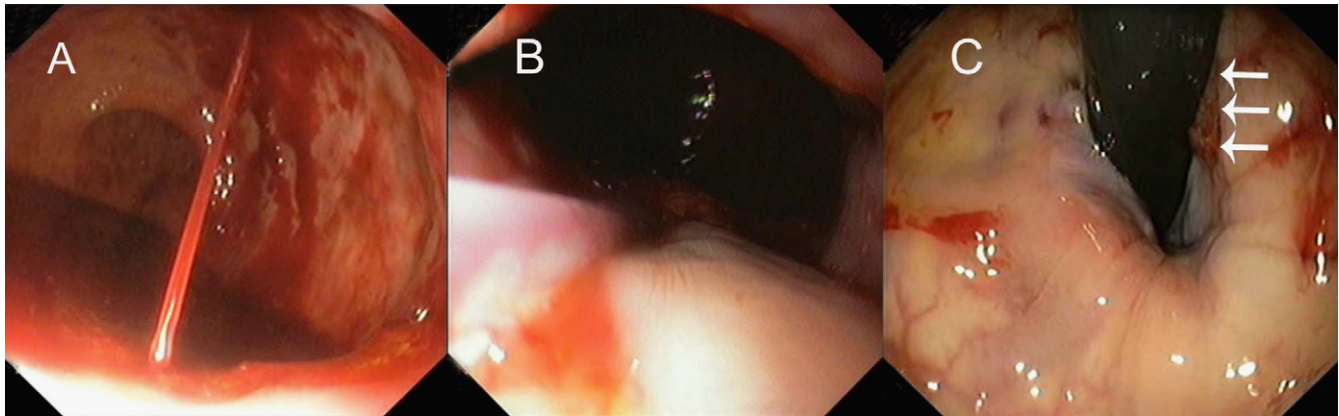


Figura 1 A) Visión endoscópica de sangrado arterial en jet a nivel de la unión anorrectal. B) Esclerosis en antevisión desde el canal anal. C) Hemostasia eficaz de la lesión visualizada en retroflexión endoscópica. El coágulo (flechas) se encuentra sobre la línea pectínea sin visualizar lesión subyacente, compatible con lesión de Dieulafoy.

realizan endoscopia digestiva alta, ileocolonoscopia, angioTC abdominal y cápsula endoscópica. En ninguna de estas exploraciones se encuentra el origen del sangrado. A las 48 horas del ingreso, se produce recidiva hemorrágica con inestabilidad hemodinámica. Se realiza colonoscopia urgente sin preparación que revela abundante sangre fresca y coágulos en rectosigmo, pero no se encuentra la lesión después de una exploración meticulosa con lavados. Al retirar el colonoscopio a través del canal anal, se visualiza un sangrado en jet pulsátil a nivel de la línea pectínea (fig. 1A), sugestivo de lesión de Dieulafoy. Se realiza hemostasia eficaz con adrenalina y polidocanol en la base de la lesión (figs. 1B y C), completando la terapéutica con plasma argón, dado que la localización impide la correcta colocación de hemoclips. A las 72 horas, se produce recidiva hemorrágica grave, que no responde a escleroterapia y ligadura con bandas, siendo controlada finalmente con sutura transanal. El paciente se recuperó satisfactoriamente, sin nuevos episodios de rectorragia en los 6 meses de seguimiento posteriores.

La hemorragia digestiva por lesiones de Dieulafoy en el canal anal es una rareza y presentan unas características diferenciales respecto a las de otras localizaciones: 1) la posibilidad de ser confundida con una hemorragia hemorroidal, dado que es la causa más frecuente de sangrado en un área con vascularización predominantemente venosa, y 2) las dificultades para la terapéutica endoscópica⁵. A este respecto, en el caso presentado se constató el fallo de múltiples técnicas endoscópicas combinadas, así como la imposibilidad de hemostasia mecánica con clips, altamente eficaces en el tratamiento de la lesión de Dieulafoy⁶. De hecho, se ha descrito mayor refractariedad a la terapéutica endoscópica en las lesiones anales dado que la malformación arterial submucosa puede ser más profunda de lo habitual en este territorio²⁻⁴. Teniendo en cuenta estas circunstancias, así como la facilidad de acceso a este región para el cirujano, es

recomendable plantear de manera precoz la sutura transanal para la recidiva hemorrágica a este nivel.

Bibliografía

1. Rivera Vaquerizo PA, Barajas Martínez JM, Blasco Colmenarejo M, Vicente Gutiérrez M, García García V, Pérez Flores R. Hemorragia digestiva baja por Dieulafoy de colon ascendente. *Gastroenterol Hepatol.* 2001;24:343-5.
2. Ruiz-Tovar J, Díe-Trill J, López-Quindós P, Rey A, López-Hervás P, Devesa JM. Massive low gastrointestinal bleeding due to a Dieulafoy rectal lesion. *Colorectal Dis.* 2008;10:624-5.
3. Nunoo-Mensah JW, Alkari B, Murphy GJ, Watson AJ. Rectal Dieulafoy lesions. *J Am Coll Surg.* 2008;206:388-9.
4. Azimuddin K, Stasik JJ, Rosen L, Riether RD, Khubchandani IT. Dieulafoy's lesion of the anal canal: a new clinical entity. Report of two cases. *Dis Colon Rectum.* 2000;43:423-6.
5. Apiratpracha W, Ho JK, Powell JJ, Yoshida EM. Acute lower gastrointestinal bleeding from a dieulafoy lesion proximal to the anorectal junction post-orthotopic liver transplant. *World J Gastroenterol.* 2006;12:7547-8.
6. Rivero Fernández M, González Martín JA, Vázquez Sequeiros E. Aplicaciones de los clips en la terapéutica endoscópica actual. *Gastroenterol Hepatol.* 2010;33:171-8.

Javier Molina-Infante*, Gema Vinagre-Rodríguez,
Elisa Martín-Noguerol, Jesús M. González Santiago y
Carmen Martínez-Alcalá

Unidad de Aparato Digestivo, Hospital San Pedro de Alcántara, Cáceres, España

*Autor para correspondencia.
Correo electrónico: xavi_molina@hotmail.com
(J. Molina-Infante).