



REUNION INTERNISTAS NOVEIS 2005:

Varón con múltiples reingresos por hemorragia
digestiva alta

Dr. J. De la Cruz Álvarez
Servicio de Medicina Interna
Hospital Nuestra Señora de Fátima

CASO CLINICO

- Varón de 82 años que ingresa por primera vez en 10/1999 por astenia intensa de comienzo súbito (< 24 horas) y HDA en forma de melenas.
- Antecedentes personales:
 - Ulcus duodenal en 1995 (desconoce tto).
 - Adenocarcinoma de próstata en tratamiento hormonal con ciproterona.
 - Cardiopatía isquémica. IAo leve.
 - I.Q.: Cataratas, desprendimiento retina, hernia inguinal bilateral.
 - Ex-fumador.

CASO CLINICO

- Exploración física: AC: SS Ao 2/6. Resto normal
- Hemograma: Hb: 8,2. Hcto: 24,9. VCM 85.
Resto normal
- Bioquímica: Fe: 27, ferritina 21. Resto normal, incluyendo transferrina, fólico, B12, proteinograma, PFH, LDH, haptoglobina
- Gastroscopia: normal
- Colonoscopia: normal

CASO CLINICO

➤ EVOLUCION:

- Transfusión de 2 C.H.
- Resolución de las melenas espontáneamente en 48 horas.
- Alta con Fe oral. Hb: 9,7
- Control ambulatorio a los 2 meses:
 - Paciente asintomático
 - Hb: 12,1. Fe: 69. Ferritina: 52
 - Se suspende Fe oral

CASO CLINICO

- Reingreso en 2/2000 con mismos síntomas
- Hemograma: Hb: 9.0, Hcto 27,5. Resto normal
- BQ: Fe 45, resto normal
- Gastroscopia: normal.
- Tránsito intestinal: normal
- Arteriografía mesentérica: normal

CASO CLINICO

➤ EVOLUCION:

- Transfusión de 2 C.H.
- Resolución de las melenas espontáneamente en 96 horas.
- Alta con Fe oral. Hb: 10,9
- Control ambulatorio a los 2 meses:
 - Paciente asintomático
 - Hb: 12,4. Fe: 68. Ferritina: 45
 - Se suspende Fe oral
- Revisión a los 3 meses: asintomático, Hb:12,2

CASO CLINICO

- Asintomático durante 18 meses.
- Reingresa en 8/2001 con mismos síntomas (astenia/melenas).
- 3 semanas antes visto por su urólogo quien suspende tratamiento hormonal (ciproterona).
- Hb: 6,3. Hcto: 20,2.
- Gastroscopia: normal.
- Gammagrafía con hematíes marcados: imagenes sugestivas de sangrado en colon izquierdo y colon ascendente.
- Colonoscopia: normal.

CASO CLINICO

➤ EVOLUCION:

- Transfusión de 4 concentrados de hematíes
 - Resolución de las melenas espontáneamente en 72 horas.
 - Alta con Fe oral. Hb: 10,7
 - Se remite para control ambulatorio
- El paciente reingresa a los 15 días con los mismos síntomas.
- Reingresa en 6 ocasiones en los 2 meses siguientes.
- Arteriografía mesentérica en fase aguda: normal.
- Se realiza una prueba diagnóstica en uno de los ingresos

IMAGEN CAPSULA ENDOSCOPICA

0:14:43

16 Oct 02

avp



GIVEN(R)

0.14.18

16 OCT 02

avp



GIVENC(R)

1:19:50

16 Oct 02

avp



CIUEN(B)



CASO CLINICO

- Se procede a realizar tratamiento endoscópico (coagulación con argón), pese a lo cual el paciente presenta resangrado.
- En Octubre de 2002 se inicia tratamiento con estrógenos/progestágenos (Activelle®). Tras ello el paciente no vuelve a ingresar en 7,5 meses.
- En Junio 2003 reingresa de nuevo por HDA, presentando 6 ingresos en 2 meses.
- En Agosto/2003 inicia tratamiento con octreotide s.c., presentando 3 ingresos en los 3 meses siguientes (dos en los primeros 15 días). Tras ingreso en 10/2003, no vuelve a ingresar hasta 11 meses después (un mes antes se sustituyó el estrógeno/progestágeno por ciproterona)
- Actualmente lleva 9 meses asintomático con octreotide + estrógenos/progestágenos.

ANOMALIAS VASCULARES DEL TRACTO GI

- 1-Tumores vasculares:
Angiomas, angiosarcoma, sarcoma de Kaposi.

- 2-Anomalías vasculares asociadas a otras enfermedades congénitas o sistémicas:
 - Síndrome del nevus de burbuja azul.
 - Síndrome de Klippel-Trenaunay-Weber
 - Síndrome de Ehlers-Danlos
 - CREST
 - Telangiectasia hemorrágica hereditaria

- 3-Anomalías adquiridas y esporádicas:
 - **Angiodisplasias (80%)**
 - Ectasia vascular gástrica antral
 - Ectasia vascular radioinducida
 - Lesión de Dieulafof

ANGIODISPLASIA: PATOGENESIS

- Anatomía patológica: Vasos dilatados con pared fina (células endoteliales con o sin pequeñas cantidades de músculo liso). Habitualmente venas submucosas dilatadas y tortuosas, pero también capilares y arterias dilatadas en lesiones grandes.
- Patogénesis:
 - Obstrucción venosa crónica
 - Isquemia crónica mucosa (episodios obstructivos, esfuerzo defecatorio, enfermedad cardiovascular o pulmonar)
 - Defecto congénito angiogénesis.

CLASIFICACIÓN

Classification of Gastrointestinal Angiodysplasias

Location

- Gastric
- Duodenal
- Jejunal
- Ileal
- Colonic

Size

- Minute (< 2 mm in diameter)
- Intermediate (2 to 5 mm)
- Large (> 5 mm)

Number of lesions

- Unique (n = 1)
- Multiple (n = 2 to 10)
- Diffuse (n > 10)

As an example, "J - S2 - N2," signifies multiple angiodysplasias of intermediate size in the jejunum.

Proposed by the European Endoscopy Club in Schmitz, A, van Gossum, A. Proposal for an endoscopic classification of digestive angiodysplasias for therapeutic trials. *Gastrointest Endosc* 1998; 48 :659.

EPIDEMIOLOGÍA

- Prevalencia desconocida.
- Edad: generalmente > 60 años pero descritas en < 30 años.
- Más frecuentes en colon
- Múltiples en 40-60% casos.
- Suelen agruparse en segmentos del tracto GI aunque en $>20\%$ pacientes aparecen lesiones en varios segmentos.

MANIFESTACIONES CLINICAS

- Pueden ser silentes o causar sangrado, habitualmente sangrado oculto (anemia ferrópenica).
- Estómago:
 - Sangrado evidente (27%).
 - Sangrado oculto (22%).
 - Hallazgo incidental.
- Intestino delgado:
 - Frecuentemente causan sangrado oculto → anemia ferropénica (en estudios con enteroscopia fueron causa de anemia ferropénica oculta en 33 de 83 casos → 40%).
- Colon
 - Lugar más frecuente, especialmente ciego y colon ascendente: 54%
 - Causa 20-30% sangrado digestivo bajo agudo (causa más frecuente en >65 años).

MANIFESTACIONES CLINICAS

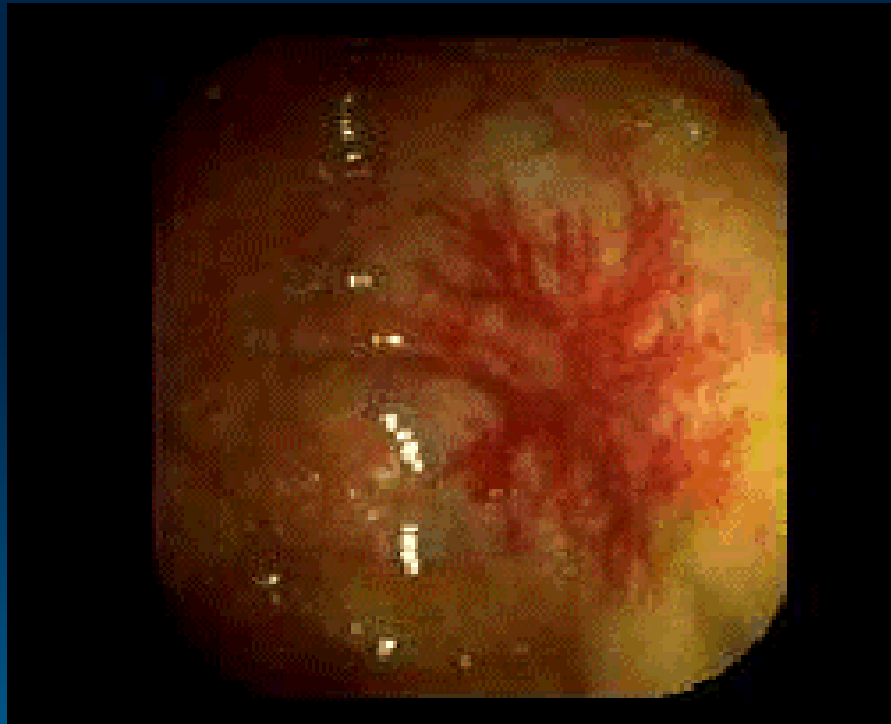
- Solo se pueden considerar causa inequívoca de sangrado si se ven sangrar en endoscopia.
- Se desconoce riesgo de sangrado en angiodisplasias que no sangran activamente.
- El riesgo de sangrado es mayor si existe un trastorno de coagulación o si existe historia de sangrado previo.

CONDICIONES ASOCIADAS CON PREVALENCIA AUMENTADA

- Insuficiencia renal avanzada
- Enfermedad de Von Willebrand
- Estenosis aórtica (Síndrome de Heyde)

DIAGNOSTICO

- **ENDOSCOPICO:** vaso dilatado arborizado de color rojo cereza, habitualmente de 5-10 mm.



DIAGNOSTICO

- Colonoscopia: sensibilidad >80%
- Gastroscoopia
- Enteroscopia / Cápsula endoscópica

- Arteriografía → ¿terapéutica?
- ¿TAC helicoidal?. Un estudio en angiodisplasia de colon → Sensibilidad inferior a colonoscopia y arteriografía.

- ¿Hasta donde investigar? → Individualizar
 - Severidad sangrado
 - Frecuencia
 - Estado paciente

TRATAMIENTO

➤ Cinco puntos clave:

1. Manejo de lesiones incidentales
2. Determinar si una lesión sin sangrado activo es la causa de la hemorragia GI
3. Eficacia del tratamiento endoscópico
4. Papel del tratamiento hormonal
5. Papel de la cirugía

Manejo de lesiones incidentales

NO SE DEBEN TRATAR

The background of the slide is a solid dark blue. In the lower right quadrant, there are several decorative elements consisting of concentric circles of varying sizes and colors, ranging from light blue to white, creating a ripple effect.

Determinar si una lesión sin sangrado activo es la causa de la hemorragia GI

- Una angiodisplasia es más probable que sea la causa del sangrado si:
 - Sangrado continuo o recurrente
 - Existencia de enfermedad asociada (IR, EWW, E Ao)
 - Lesiones múltiples
 - Diátesis hemorrágica

- En caso contrario

¿?

PACIENTES CON
SANGRADO ACTIVO

SIEMPRE TRATAR



Tratamiento endoscópico

- GOLD STANDARD
- Electrocoagulación
- Escleroterapia (etanolamina, tetradecilsulfato sódico,...): En tracto GI superior y colon
- Bandas elásticas: Estómago
- Láser (Argón, ND-YAG): Equipo caro. Alta incidencia de complicaciones
- Coagulación con Argón-plasma: Más seguro. Escasos datos comparativos. Un estudio: menos eficaz que electrocoagulación.

TRATAMIENTO ENDOSCOPICO: EFICACIA

- Difícil de evaluar. Resangrado común tras éxito inicial: Resangrado calculado: 50%, independientemente del tratamiento realizado. Se desconoce si afecta a la historia natural del sangrado.
- Solo útil en lesiones localizadas y accesibles endoscópicamente.
- Es razonable intentar tratamiento endoscópico en lesiones accesibles.
- Eficacia menor en:
 - Lesiones múltiples.
 - Diátesis hemorrágica (actuar sobre enfermedad subyacente)

OTROS TRATAMIENTOS

➤ Cirugía:

- Pacientes con sangrados masivos en zonas perfectamente localizadas.
- Cirugía de recambio valvular aórtico: Mejora sangrado angiodisplasia.

➤ Angiografía + embolización o infusión de vasopresina:

Se reserva para pacientes no candidatos a cirugía con sangrados masivos.

OTROS TRATAMIENTOS

➤ Tratamiento hormonal (estrógeno con o sin progestágeno):

- Útil en
 - Síndrome de Rendu-Osler-Weber
 - Enfermedad de Von Willebrand
 - Insuficiencia renal terminal
- Angiodisplasia esporádica: Recomendado por la AGA en 2000. Un estudio español randomizado posterior (2001) no ha demostrado eficacia por lo que no se recomienda.

➤ Octreotide:

- Series cortas o casos aislados (9 artículos: 28 pacientes, 23 con angiodisplasia de ID): En 21/23 pacientes aumentaron los niveles medios de hemoglobina y disminuyeron los requerimientos transfusionales.
- Dosis variable (0,10 mg/8-12 h s.c.)