

Caso	(193) Hemorragia digestiva con inestabilidad hemodinámica por angiodisplasia vascular del intestino delgado.
Autores	Ana De Miguel, Ana De Miguel Álvarez-vieitez, Jaime Hernando Álvarez Cuenca, Iñigo Zubiaguirre Tellería, Juan Miguel Sanchez Bermejo, Cristian Rodriguez Robles, Martha Milagros Uribe Mancilla.
Centro	Hospital Severo Ochoa

EXPOSICIÓN DEL CASO

Mujer de 69 años sin comorbilidades, en estudio por anemia microcítica, con gastroscopia y colonoscopia sin alteraciones. Acude a urgencias por melenas, hipotensión, taquicardia, defensa abdominal y anemización (Hb 7,5 g/dl respecto a 11,5 g/dl basal). Se inicia fluidoterapia y 3 unidades de concentrados de hematíes con mejoría del cuadro. Se realiza TC abdominal en tres fases; en fase arterial (Fig. 1.A) presenta captación focal tubulo-nodular en asa de yeyuno, que progresa en fase portal (Fig. 1.B), con venas yeyunales antimesentéricas de drenaje agrandadas por congestión vascular, hallazgos sugerentes de sangrado yeyunal activo por angiodisplasia intestinal.

Se realiza arteriografía identificándose zona de vascularización atípica con hipertrofia de segmento arterial por angiodisplasia yeyunal, se realiza embolización selectiva de la primera arteria yeyunal con Onyx como medio líquido para embolización vascular hasta conseguir la detención del flujo arterial (Fig. 1.C). Al tercer día postembolización la paciente presenta dolor abdominal y distensión asociado a aumento de reactantes de fase aguda y leucocitosis. Se solicita TC abdominal (Fig. 1.D) apreciándose engrosamiento y ausencia de realce de la pared de asa de yeyuno, hallazgos compatibles con isquemia mesentérica, sin sufrimiento de asas. No se considera tratamiento quirúrgico y se inicia cobertura antibiótica, con evolución favorable.

DISCUSIÓN

La angiodisplasia del intestino delgado es una entidad poco frecuente que causa hemorragia digestiva baja (5% de todos los casos de hemorragia gastrointestinal). Suele producirse en pacientes mayores de 60 años con diversas manifestaciones clínicas que van desde síntomas y signos de anemia ferropénica, hasta hemorragias ocultas e incluso hemorragias potencialmente mortales (1). Es más frecuentes en el intestino delgado (57%-80%), especialmente en duodeno y yeyuno (50-80%), seguido del colon (44%) y estómago (32%) (2).

Las angiodisplasias histológicamente consisten en la presencia de éxtasis vasculares mucosos con capilares prominentemente dilatados y de paredes finas que penetran en la muscularis mucosa (3). En estadios más avanzados, se produce una alteración del lecho capilar, que provoca hemorragia.

Para la evaluación de estos pacientes está indicado realizar colonoscopia, endoscopia, capsula endoscópica y entero-TC(1). Para el diagnóstico de sangrado agudo son útiles también el angioTC y la arteriografía.

En TC las lesiones de angiodisplasia aparecen como áreas puntiformes de realce focal (<5 mm) de la pared del intestino delgado asociado a llenado temprano de venas antimesentéricas. El realce es más evidente durante la fase portal con lavado en las fases tardías.

Actualmente no se disponen de guías estandarizadas para su manejo. Existen tres modalidades de tratamiento: hemostático, profiláctico y terapia de rescate. La terapia con coagulación con plasma de argón mediante procedimiento endoscópico se utiliza habitualmente debido a su disponibilidad, seguridad, facilidad de uso y rentabilidad. La embolización selectiva por angiografía es la más utilizada en pacientes con angiodisplasias de intestino delgado con sangrado activo(2), ya que detecta la localización del mismo, y tiene alta tasa de éxito (96%) (4), pero pueden producirse complicaciones: resangrado (20%), disección arterial o isquemia intestinal (17%) asociadas a la infusión local de fármacos vasopresores y al material de embolización (4), como sucedió en el caso de nuestra paciente.

CONCLUSIÓN

La angiodisplasia del intestino delgado es una causa de sangrado digestivo infrecuente que puede suponer un riesgo vital para el paciente debido a su sangrado activo. El manejo de la angiodisplasia debe ser consensuado por un equipo multidisciplinar formado por diferentes departamentos entre ellos endoscopia, angiografía, radiología y cirugía gastrointestinal. Un diagnóstico precoz es importante para ofrecer un tratamiento oportuno, prevenir futuros sangrados y evitar el compromiso de perfusión de distintos órganos abdominales.

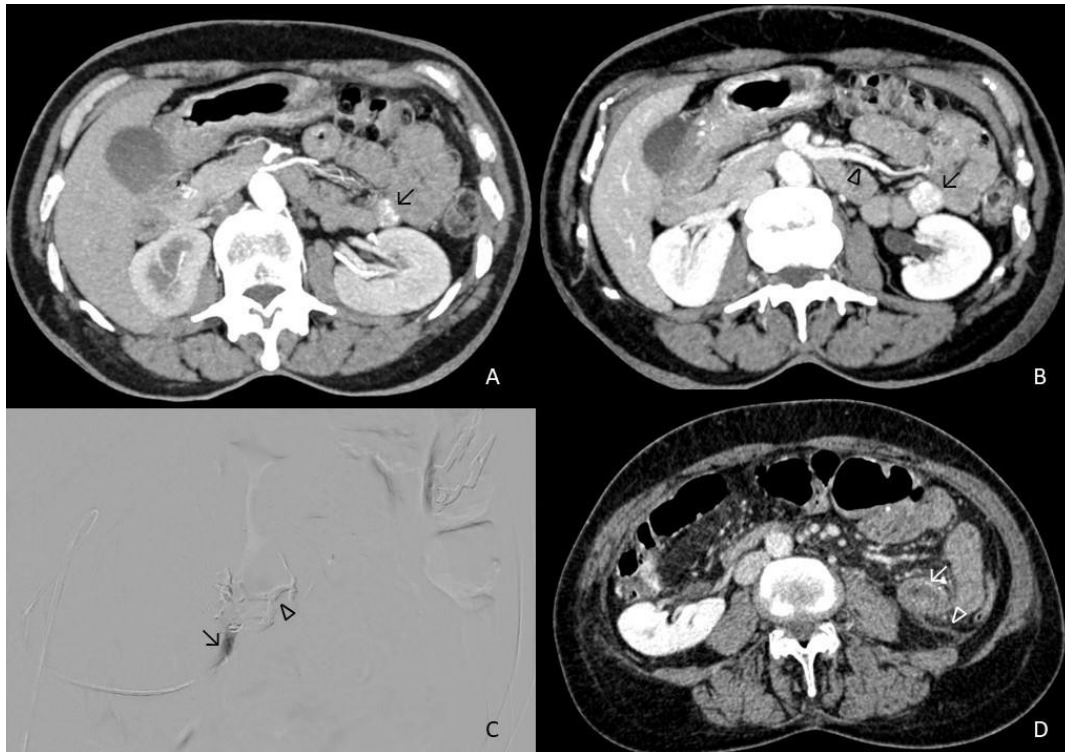


FIGURA 1: Reconstrucción MIP en corte axial de TC abdominopélvico con civ en fase arterial (A): captación focal túbulo-nodular en asa de yeyuno afectada (flecha). Fase portal (B): ingurgitación de vena antimesentérica (cabeza de flecha) con progresión de captación de contraste del asa yeyunal patológica (flecha), demostrando sangrado activo. Arteriografía abdominal postembolización (C): material de embolización en vaso sangrante (cabeza de flecha) con control de la hemorragia (flecha). TC abdominopélvico con civ en fase portal (D): asa de yeyuno con pared engrosada (flecha). Alteraciones de la grasa circundante y engrosamiento de la fascia pararenal anterior (cabeza flecha), hallazgos en relación con isquemia mesentérica post embolización.

BIBLIOGRAFÍA

1. Satyendra K Tiwary, Md Zeeshan Hakim, Puneet Kumar. Jejunal angiodysplasia causing recurrent gastrointestinal bleeding presenting as severe anaemia and melena. *BMJ Case Rep* 2015.doi:10.1136/bcr-2015-212798.
2. Diego García-Compeán, Ángel N Del Cueto-Aguilera, Alan R Jiménez-Rodríguez . Diagnostic and therapeutic challenges of gastrointestinal angiodysplasias: A critical review and view points. *World J Gastroenterol* 2019 June 7; 25(21): 2549-2564. DOI: 10.3748/wjg.v25.i21.2549.
3. Thamer Alghamdi. Angiodysplasia in terminal ileum: Case report and review of literatura. *International Journal of Surgery Case Reports* 66 (2020) 165-168. doi.org/10.1016/j.ijscr.2019.11.012.
4. Eiji Sakai, Ken Ohata, Atsushi Nakajima, Nobuyuki Matsushashi. Diagnosis and therapeutic strategies for small bowel vascular lesions. *World J Gastroenterol* 2019 June 14; 25(22): 2720-2733. DOI: 10.3748/wjg.v25.i22.2720.