

Anemia ferropénica crónica por angiodisplasia de colon en el adulto

J. Martí* / A. Colina* / J. M. Arrinda** / B. Mar* / I. Goena*

RESUMEN

Presentamos el caso de un varón de 42 años que acude a nuestro Hospital por cuadros recurrentes de anemia ferropénica. Los estudios endoscópicos y radiológicos no evidenciaron el origen de la anemia. La angiografía detectó lesiones compatibles con angiodisplasia. Se practicó hemicolectomía derecha confirmándose el diagnóstico en el estudio anatómo-patológico.

Introducción

La angiodisplasia de colon (AC) fue descrita por vez primera en 1839 por Phillips, siendo hasta la introducción de la angiografía un proceso difícil de diagnosticar¹.

Se trata de una malformación arteriovenosa que afecta fundamentalmente a colon ascendente y ciego. Aproximadamente un 55 % de los pacientes son mayores de 60 años, con un claro predominio femenino^{2,3}. La mayor parte de los pacientes presentan historia de sangrado crónico en forma de rectorragias de repetición o anemia crónica ferropénica³, como es el caso que presentamos.

Presentación del caso

Paciente varón de 42 años, con antecedentes de tuberculosis pleural, pancreatitis crónica y síndrome de Mallory-Weiss, bebedor de más de 100 gramos de alcohol diarios.

En los últimos 2 años precisó de diversos ingresos por episodios de astenia y fatiga. La exploración física en todos los ingresos fue normal. Analíticamente destacaba la presencia de Hto 19,8 %, Hb 5,6 g/dl, Hierro 19 g/dl, índice de saturación 4,5 %, Ferritina 3 ng/ml, siendo el resto de parámetros analíticos normales. El estudio de médula ósea era compatible con anemia ferropénica.

Tanto el estudio gastro duodenal como el tránsito intestinal, el enema opaco, la ecografía abdominal y el TAC abdominal fueron normales, así como la gastroscopia y la colonoscopia. En el último ingreso se le practicó una angiografía digital de tronco mesentérico, objetivándose a nivel cecal alteración en el drenaje venoso por una gruesa vena y ovillos vasculares sugestivos de angiodisplasia. El paciente fue sometido a una hemicolectomía derecha, confirmándose en el estudio histopatológico el diagnóstico clínico (Figs. 1 y 2).

Discusión

El mecanismo etiológico de la AC se basaría en la presencia de obstrucciones parciales o intermitentes en las

venas de la submucosa, especialmente en los lugares de penetración por los lechos musculares circulares y longitudinales del colon. Esta obstrucción, que ocurre durante la contracción muscular y distensión del ciego, daría lugar a obstrucción de estas venas y aparición de drenajes venosos anómalos, con posterior afectación del anillo capilar, con incompetencia de los esfínteres precapilares y formación de pequeñas comunicaciones arterio-venosas⁴.

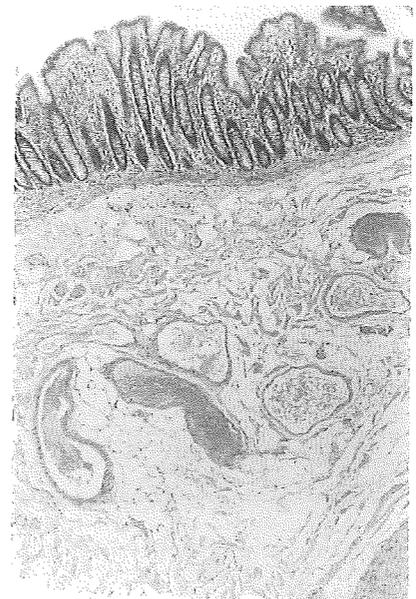


Fig. 1.—Numerosos vasos ectásicos en submucosa de intestino grueso, en contigüidad con áreas de hemorragia. (HE 220 x).

* Servicios de Medicina Interna y Cirugía. Hospital de Zumárraga. Guipúzcoa.

** Servicio de Anatomía Patológica. Hospital de Zumárraga. Guipúzcoa.

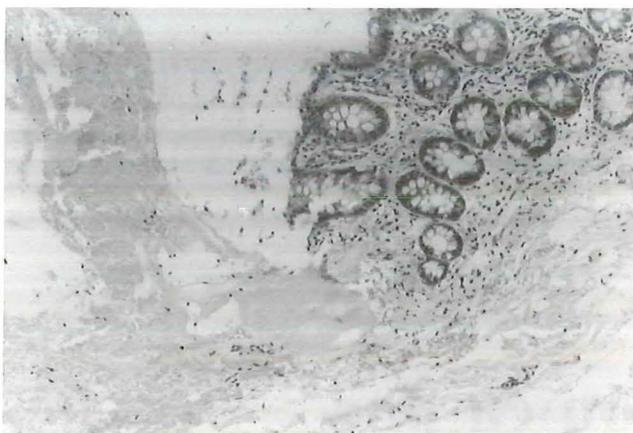


Fig. 2.—A. Solución de continuidad mucosa de intestino grueso pericecal, con hemorragia intraluminal y vasos ectásicos en submucosa (punta de flecha). (HE 40 x). B. Detalle, hemorragia en lámina propia con trombo de fibrina (HE 100 x).

A la AC se la ha relacionado con otros procesos como agentes etiológicos asmo estenosis aórtica, enfermedades pulmonares, patología isquémica, etc.^{5,6}.

Clínicamente cursan con hemorragias digestivas bajas en caso de ectasias venosas de 5 mm, o como hemorragias recidivantes en caso de lesiones multifocales⁷. El diagnóstico es por angiografía mesentérica que demuestra la presencia de hipervascularización arteriocapilar, con ovillo vascular y dilatación de la vena ileocólica, o vaciamiento lento de venas, que se observan cuando el resto ya han drenado, o hemorragia intraluminal en caso de sangrado activo^{7,8}. El tratamiento consiste en la resección

de la zona afectada, pudiendo emplear también coagulación endoscópica cuando las lesiones sean visibles por la colonoscopia, o bien embolización de los vasos sangrantes selectivamente^{6,7,9}.

Bibliografía

1. Matesanz R, Martínez E, Orofino L, et al. *Angiodisplasia intestinal e insuficiencia renal crónica*. *Cir Esp* 63: 494-496, 1988.
2. O'Brien TF. *Benign neoplasm and vascular malformations of the small bowel*. En: *Gastrointestinal diseases*. Sleisenger M, Fordtram J, ed 3.^a, vol II. Saunders Co Philadelphia, 1.189-1.195, 1983.
3. Beguiristáin A, Elbusto A, Rodríguez JA, et al. *Angiodisplasia de colon*. Presentación de 7 casos. *Rev Esp Enf Ap Digest* 76: 233-237, 1989.
4. Boley S, Sammartano R, Adams A, et al. *On the nature and etiology of vascular ectasias of the colon. Degenerative lesions of aging*. *Gastroenterology* 72: 650-660, 1977.
5. Imperiale TF y Ransohoff DF. *Aortic stenosis: Idiopathic gastrointestinal bleeding and angiodysplasia: Is there an association?* *Gastroenterology* 95: 1.670-1.676, 1988.
6. Jiménez A, Capitán R, Arenas J, et al. *Angiodisplasia del colon*. *Rev Esp Enf Ap Digest* 76: 677-680, 1989.
7. Diego M, Calpena R y Vázquez JC. *Angiodisplasia de colon*. *Rev Esp Enf Ap Digest* 70: 259-263, 1986.
8. Meyer CT, Troncale FJ, Galloway S y Sheahan DG. *Arteriovenous malformations of the bowel. An analysis of 22 cases and review of the literature*. *Medicine* 60: 36-48, 1981.
9. Casariego E, Pérez R y Alfonso MJ. *Angiodisplasia de colon. Presentación de 3 casos*. *Rev Esp Enf Ap Digest* 72: 629-632, 1987.

CHRONIC FERROPENIC ANEMIA DUE TO ANGIODYSPLASIA OF THE COLON IN THE ADULT

Summary

The case of a 42 years-old man is presented, who was admitted for recurrent ferropenic anemia. The endoscopic and radiographic studies did not disclose the origin of the anemia. Arteriographic study detected lesions compatible with angiodysplasia. Surgery was performed and the diagnosis confirmed in the resection specimen.