

# Angiodisplasia de colon como causa de rectorragias masivas en hemodiálisis

R. Matesanz, E. Martínez Molina \*, F. Liaño y J. Ortuño

Sr. Director:

En los últimos años se han venido describiendo casos de angiodisplasia gastroduodenal en enfermos con insuficiencia renal crónica como causa de hemorragia digestiva alta<sup>1-3</sup>, hasta el punto de llegar a ser el origen más frecuente de sangrado en un estudio publicado recientemente<sup>4</sup>, frente a un predominio del ulcus en la población general. Era lógico esperar que un proceso descrito primariamente en el ciego y hemicolon derecho<sup>5, 6</sup>, donde asientan más de las tres cuartas partes de los casos publicados<sup>7</sup>, y que a finales de la pasada década se reconoció como una causa fundamental de hemorragia digestiva baja en personas de edad avanzada<sup>8-10</sup>, se asociara a la insuficiencia renal crónica, como en efecto ha ocurrido, publicándose en poco tiempo varios ejemplos de angiodisplasia del colon en insuficiencias renales<sup>11-13</sup>.

Recientemente hemos estudiado a una mujer de cincuenta y ocho años de edad con insuficiencia renal secundaria a urolitiasis, en hemodiálisis periódicas desde dos años antes, que sin patología digestiva previa presentó primero deposiciones melénicas con anemia progresiva y posteriormente rectorragias masivas que precisaron de la transfusión de 26 U. de concentrado de hematíes (un promedio de una unidad al día). Se practicaron sucesivamente panendoscopia oral (x 2), colonoscopia (x 2), arteriografía mesentérica, ecografía abdominal, tránsito intestinal, enteroclisia y enema opaco, sin poder identificar el punto ni el proceso responsable del sangrado. En una exploración con hematíes marcados con In<sup>111</sup>-oxina se detectó una zona de sangrado en el ángulo hepático del colon. Intervenida quirúrgicamente, se encontraron lesiones de tamaño variable, hasta 0,5 cm. de diámetro en colon derecho y transversal, y de mayor tamaño por todo el intestino delgado, estando todo el

colon lleno de sangre. Se practicó una colectomía total con anastomosis ileorrectal, que evolucionó sin complicaciones, permaneciendo estable y sin signos de hemorragia cuatro meses después. Histológicamente se comprobó la existencia de ectasias vasculares con erosiones focales de la mucosa. Como datos patológicos asociados de interés, la enferma tomaba teóricamente dosis elevadas de hidróxido de aluminio (4,2 g/día), pese a lo cual mantenía unos productos Ca x P altos, tenía importantes calcificaciones vasculares y un mal control tensional a expensas de transgresiones dietéticas constantes con miocardioclerosis y marcada elongación aórtica.

El progresivo envejecimiento de los enfermos en diálisis<sup>14</sup>, la frecuente afectación cardiovascular severa en esta población<sup>15</sup>, los continuos cambios de volumen a que se ven sometidos, los trastornos del metabolismo calcio-fósforo con alta incidencia de calcificaciones vasculares<sup>16</sup>, el estreñimiento condicionado por la toma de hidróxido de aluminio e incluso la posible asociación entre este metal y la inducción local de telangiectasias<sup>17</sup> son factores que hacen pensar que esta entidad, conocida también como telangiectasia intestinal, malformaciones arteriovenosas intestinales, ectasia mucosa, ectasia submucosa o displasia vascular<sup>6, 7</sup>, encuentra en el insuficiente renal motivos más que sobrados para producirse con gran frecuencia<sup>5-7, 11-13</sup>, manifestándose bien como rectorragias masivas, bien como causa de anemia crónica, y sólo las enormes dificultades existentes en su diagnóstico, incluso con la pieza en la mano<sup>5-13</sup>, han impedido reconocer con anterioridad esta asociación clínica.

## Bibliografía

1. Cunningham JT: Gastric telangiectasias in chronic hemodialysis patients: a report of six cases. *Gastroenterology* 81: 1131-1133, 1981.
2. Boyle J y Johnston B: Acute upper gastrointestinal hemorrhage in patients with chronic renal disease. *Am J Med* 75:409-412, 1983.
3. Griffin PJ, Salaman JR y Lawrie BW: Mid-duodenal bleeding in chronic renal failure. *Br Med J* 1:1606, 1979.
4. Zuckerman CR, Cornette GL, Close RE y Hartex HR: Upper gastrointestinal bleeding in patients with chronic renal failure. *Ann Intern Med* 102:588-592, 1985.

Servicio de Nefrología.

\* Departamento de Cirugía General y Digestivo. Centro Ramón y Cajal. 28034 Madrid.

5. Weaver GA, Alpern HD, Davies JS, Ramsey WH y Reichelderfer M: Gastrointestinal angiodysplasia associated with aortic valve disease: part of a spectrum of angiodysplasia of the gut. *Gastroenterology* 77:1-11, 1979.
6. Case Record 7-1985. *N Eng, J Med* 312:427-435, 1985.
7. Meyer CT, Troncale FJ, Galloway S y Sheahan DG: Arteriovenous malformations of the bowel: an analysis of 22 cases and a review of the literature. *Medicine* 60:36-48, 1981.
8. Baum S, Athanasoulis CA, Waltman AC, Galdabini J, Schapiro RH, Warshaw AL y Ottinger LW: Angiodysplasia of the right colon: a cause of gastrointestinal bleeding. *AJR* 129:789-794, 1977.
9. Welch CE, Christos A, Athanasoulis CA y Galdabini JJ: Hemorrhage from the large bowel with special reference to angiodysplasia and diverticular disease. *World J Surg* 2:73-83, 1978.
10. Boley SJ, De Biase A, Brandt LJ y Sammartano RJ: Lower intestinal bleeding in the elderly. *Am J Surg* 137:57-64, 1979.
11. Dave PB, Romeu J, Antonelli A y Eiser AR: Gastrointestinal telangiectasias. A source of bleeding in patients receiving hemodialysis. *Arch Intern Med* 144:1781-1783, 1984.
12. Quintero E, Piqué JM, Bombi JA, Subias R y Montoliú J: Diagnóstico de angiodisplasia de colon mediante técnica de inyección vascular. *Med Clí (Barc)* 84:112-114, 1985.
13. García Ruiz C, Martínez Vea A, Boix J y Oliver JA: Angiodisplasia de colon e insuficiencia renal crónica (carta). *Med Clí (Barc)* 85:387, 1985.
14. Rotellar E, Lubelza RA, Rotellar C, Martínez Camps E y Valls R: Must patients over 65 be haemodialysed? *Nephron* 41:152-156, 1985.
15. Vicenti F, Amend WJ, Abele J, Feduska NJ y Salvatierra O: The role of hypertension in hemodialysis-associated atherosclerosis. *Am J Med* 68:363-369, 1980.
16. Parfitt AM, Massry SG, Winfield AC, De Palma JR y Gordon A: Disordered calcium and phosphorus metabolism during maintenance hemodialysis. *Am J Med* 51:319-330.
17. Theriault G, Cordier S y Harvey R: Skin telangiectasias in workers at an aluminum plant. *N Engl J Med* 303:1278-1281, 1980.