

## Cartas al Director

### Hemorragia invalidante y recidivante por angiodisplasia intestinal: tratamiento con talidomida

---

*Palabras clave:* Angiodisplasia intestinal. Hemorragia digestiva de origen oscuro. Talidomida.

*Key words:* Intestinal angiodysplasia. Obscure gastrointestinal bleeding. Thalilomide.

---

*Sr. Director:*

La hemorragia digestiva de origen oscuro viene definida por la presencia de pérdidas hemáticas en el tubo digestivo, exteriorizadas o no, sin encontrar la causa con los procedimientos endoscópicos habituales (endoscopia alta, colonoscopia o cápsula endoscópica). Esta dificultad para localizar el sangrado limita los procedimientos terapéuticos accesibles y, en ocasiones, lleva a situaciones extremas, como fue el caso que aquí presentamos.

#### Presentación del caso

Varón de 68 años, sin alergias medicamentosas conocidas, con antecedentes de HTA, insuficiencia renal crónica leve, fibrilación auricular crónica, déficit de antitrombina III que llevó a isquemia intestinal por trombosis venosa mesentérica nueve años antes, con resección de 150 cm de yeyuno e íleon.

En marzo de 2005 acudió al Servicio de Urgencias tras haber presentado en su domicilio dos deposiciones melénicas. Se realizó una endoscopia digestiva alta, visualizándose una porción de mucosa depapilada del duodeno sin sangrado activo. En la colonoscopia se objetivaron múltiples lesiones teleangiectásicas sin sangrado activo. Posteriormente, se realizó estudio con cápsula endoscópica, que reveló múltiples equimosis en duodeno, yeyuno, íleon y ciego.

Tras varios episodios similares de HDB que requirieron transfusiones, se repitieron las endoscopias y la cápsula, sin nuevos hallazgos. También se realizó gammagrafía con hemáties marcadas, resultando compatible con la existencia de angiodisplasia de intestino delgado. Durante uno de los episodios se realizó una angiografía mesentérica, apreciándose extravasación a nivel de fístula arteriovenosa y realizando embolización con *coils*, tras la cual presentó un cuadro de abdomen agudo y persistencia del sangrado, realizándose laparotomía y encontrando isquemia de la anastomosis previa, en posible relación con la embolización. Se practica nueva resección de íleon, quedando unos 80 cm con la válvula ileocecal intacta.

Pese a la intervención continuó con los cuadros de HDB, por lo que se intentó tratamiento con somatostatina, sin respuesta.

En los 28 meses que siguieron al primer episodio el paciente requirió un total de 132 concentrados de hemáties.

Ante el fracaso de todas las terapias previas y la no pertinencia de nuevos tratamientos quirúrgicos, se comenzó el tratamiento con talidomida a dosis de 100 mg al día a principios de julio de 2007. Ocho meses después, el paciente no ha presentado nuevos episodios de HDB ni ha requerido de ninguna transfusión. Actualmente el paciente es seguido de forma mensual en consultas externas, se encuentra asintomático salvo por parestesias ocasionales y leves en miembros inferiores, con electromiograma normal. El paciente ha presentado un episodio de TEP bilateral resuelto con el tratamiento anticoagulante. Dados los antecedentes de déficit de antitrombina III y el hecho de que la trombofilia no está descrita entre los posibles efectos secundarios de la talidomida, pensamos que este evento no es aachable al uso de la misma.

#### Discusión

Según el consenso de la Asociación Americana de Gastroenterología, cuando el paciente no es subsidiario de tratamiento quirúrgico o endoscópico, sea por la elevada comorbilidad, multiplicidad de lesiones a lo largo del tubo digestivo o inaccesibilidad de las mismas, sólo cabe plantear el tratamiento farmacológico (1). En la excelente revisión publicada en esta re-

vista recientemente: *Avances en el tratamiento farmacológico de la hemorragia digestiva de origen oscuro* (2), se enumeran las diferentes opciones terapéuticas. Desde un primer momento rechazamos varias de las opciones: unas por su potencial efecto trombogénico en un paciente con trombofilia ya descrita (es el caso del tratamiento hormonal combinado, los antifibrinolíticos o el factor VII recombinante) y otras por el escaso éxito comunicado (como el danazol o la desmopresina) (2). Nosotros comenzamos con los análogos de la somatostatina, a las dosis recomendadas (100 µg/12 h s.c.) durante cuatro semanas sin obtener resultado. A la vista de los casos publicados en el tratamiento con talidomida (3-8), cuyo éxito parece derivar de su efecto antiangiogénico (3,9), decidimos intentar dicha terapia. Hasta el momento, el resultado ha sido más que satisfactorio, con control de su sintomatología, “ahorro” de ingresos hospitalarios y transfusiones sanguíneas y sin efectos secundarios mayores. Aunque mantenemos un régimen de tratamiento diario continuo, el efecto antiangiogénico de la talidomida parece ser duradero (2,5,9) y se ha publicado que un consumo intermitente con periodos de descanso prolongados es igualmente eficaz, especialmente si son guiados por el aspecto endoscópico de las lesiones (10), lo que puede optimizar su empleo y disminuir los posibles efectos secundarios a largo plazo.

D. Serralta de Colsa, I. Arjona Medina, A. García Marín,  
M. Sanz Sánchez y F. Turégano Fuentes

*Servicio de Cirugía General 2. Hospital General Universitario Gregorio Marañón. Madrid*

### Bibliografía

1. Zuckerman GR, Prakash C, Ashkin MP, Lewis BS. AGA technical review: Evaluation and management of occult and obscure gastrointestinal bleeding. *Gastroenterology* 2000; 124: 118-20.
2. Molina-Infante J, Pérez-Gallardo B, Fernández-Bermejo M. Avances en el tratamiento farmacológico de la hemorragia digestiva de origen oscuro. *Rev Esp Enferm Dig* 2007; 99: 457-62.
3. Heidt J, Langers AM, van der Meer FJ, Brouwer RE. Thalidomide as treatment for digestive tract angiodysplasias. *Neth J Med* 2006; 64: 425-8.
4. Kirkham SE, Lindley KJ, Elawad MA, Blanshard C, Shah N. Treatment of multiple small bowel angiodysplasias causing severe life-threatening bleeding with thalidomide. *J Pediatr Gastroenterol Nutr* 2006; 42: 585-7.
5. Hirri HM, Green PJ, Linsay J. Von Willebrand's disease and angiodysplasia treated with thalidomide. *Haemophilia* 2006; 12: 285-6.
6. Dunne KA, Hill J, Dillon JF. Treatment of chronic transfusion-dependant gastric antral vascular ectasia (watermelon stomach) with thalidomide. *Eur J Gastroenterol Hepatol* 2006; 18: 455-6.
7. Shurafa M, Kamboj G. Thalidomide for the treatment of bleeding angiodysplasias. *Am J Gastroenterol* 2003; 98: 221-2.
8. Bauditz J, Schachschal G, Wesel S. Thalidomide for treatment of severe intestinal bleeding. *Gut* 2004; 53: 609-12.
9. Powell RJ. Thalidomide. Use with caution. *Neth J Med* 2006; 64: 391-2.
10. Bauditz J, Lochs H, Voderholzer W. Macroscopic appearance of intestinal angiodysplasias under antiangiogenic treatment with thalidomide. *Endoscopy* 2006; 38: 1036-9.