Cartas al Director

Eficacia de la talidomida en la hemorragia digestiva por angiodisplasias

Palabras clave: Talidomida. Angiodisplasia. Hemorragia digestiva.

Key words: Thalidomide. Angiodysplasia. Digestive bleeding.

Sr. Director:

Animados por la carta de Serralta de Colsa y cols. (1) y la revisión también reciente de Molina-Infante y cols. (2) presentamos el siguiente caso clínico.

Caso clínico

Mujer de 73 años de edad con hipertensión arterial, artrosis de ambas caderas, leucemia linfóide crónica, meningioma del ángulo pontocerebeloso izquierdo operado, resección segmentaria de colon sigmoide por diverticulitis y peritonitis, fibrilación auricular paroxística, estenosis aórtica y cardiopatía hipertensiva que recibe tratamiento con Manidol retard®, Ameride® y Sintrom®. Presentaba numerosos episodios recidivantes de hemorragia digestiva en forma de melenas y rectorragias desde abril de 2006. No había anomalías significativas en el número o función plaquetaria. El Sintrom fue retirado en septiembre de 2006. Las hemorragias supusieron: 9 ingresos hospitalarios, 4 colonoscopias, 4 gastroscopias, 2 exploraciones con cápsula endoscópica y una enteroscopia con doble globo con acceso oral y anal. Con estas exploraciones endoscópicas

se llegó a los diagnósticos de xantomas y puntos rojos petequiales de yeyuno e ileon tratados con argón, pólipo gástrico hiperplásico pequeño extirpado y pequeñas angiodisplasias en colon ascendente también tratadas con argón. La paciente recibió octreótide subcutáneo a dosis de 0,1 mg cada 12 horas que no fue bien tolerado y fue suspendido. Se desechó el tratamiento hormonal por el mayor riesgo de inducir trombosis vascular dada la enfermedad linfoproliferativa de la paciente. Pese a los tratamientos endoscópicos y médicos las hemorragias digestivas persistieron y hasta marzo de 2008 fueron necesarios 24 concentrados de hematíes. Entonces se planteó el uso de talidomida a dosis de 300 mg al día en dos tomas. Tras la valoración de la paciente por hematólogos y neurólogos y estudio con electrocardiograma y la explicación a la paciente de las medidas de precaución que debía tomar (en cuanto al uso personal exclusivo de la talidomida) se solicitó su uso compasivo al Ministerio de Sanidad. En los 2 primeros meses de tratamiento la paciente tuvo rectorragias ocasionales y fue necesaria la transfusión de otros 3 concentrados de hematíes. En los 4 meses posteriores no han sido necesarias nuevas transfusiones ni ingresos debidos a nuevos episodios de sangrado digestivo. La talidomida ha sido bien tolerada. Desde que recibe el tratamiento la paciente ha presentado visión borrosa debido a cataratas y edemas en miembros inferiores en relación con su cardiopatía ambos sin relación con la talidomida.

Discusión

La dosis de talidomida que estamos empleando (300 mg al día repartidos en 2 tomas) es superior a la que utiliza Serralta de Colsa (1) y es probable que si la eficacia se mantiene en el tiempo la reduzcamos a 100 mg al día. Bauditz y cols. utilizan 300 mg al día en 3 pacientes con sangrados digestivos y enfermedad de Crohn (3), mientras que otros autores inician el tratamiento con dosis de 100 mg al día y la incrementan en función de la tolerancia (4). El mecanismo de acción propuesto de la talidomida es la inhibición de la angiogénesis que podría deberse a la reducción de los niveles en sangre del factor de crecimiento del endotelio demostrada en 6 pacientes tratados por Bauditz y

colaboradores (3). Consideramos que el riesgo de inmunosupresión de la talidomida en nuestra paciente, que además padece una enfermedad maligna hematológica, es admisible comparado con los beneficios del tratamiento en cuanto a necesidad de hospitalizaciones y transfusiones.

L. I. Fernández Salazar, B. Velayos Jiménez, I. Fernández Galante¹, R. Aller de la Fuente y J. M. González Hernández

*Servicios de Aparato Digestivo y ¹Medicina Interna.
Hospital Clínico Universitario de Valladolid*

Bibliografía

1. Serralta de Colsa D, Arjona Medina I, García Martín A, Sanz Sánchez M, Turégano Fuentes F. Hemorragia invalidante y recidivante por angiodisplasia intestinal: tratamiento con talidomida. *Rev Esp Enferm Dig* 2008; 100: 306-7.
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. Bauditz J, Schachschal G, Bedel S, Lochs H. Thalidomide for treatment of severe intestinal bleeding. *Gut* 2004; 53: 609-12.
4. Dabak V, Kuriakose P, Kamboj G, Shurafa M. A pilot study of thalidomide in recurrent GI bleeding due to angiodysplasias. *Dis Dis Sci* 2008; 53: 1632-5.