

ANGIODISPLASIA DE COLON

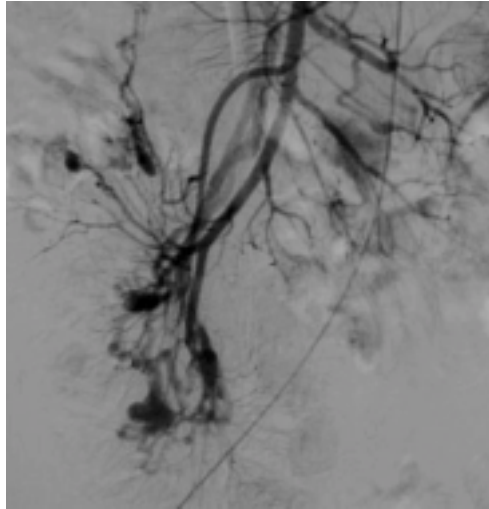


Figura: Se aprecian varios ovillos vasculares con venas engrosadas de drenaje en colon ascendente y ciego.

Autores: De Castro García Francisco Javier, Santos Sánchez José Ángel, Díez Hernández Juan Carlos, García Iñigo Paloma.

Centro: Servicio de Radiodiagnóstico del Hospital Universitario de Salamanca. Paseo de San Vicente 58-182. 37007 Salamanca. España.

Correspondencia: Francisco Javier de Castro García. Avda Salamanca Nº 52 4 Dcha. E-mail: jcastro@seram.org

Caso clínico

Se trata de una mujer de 58 años de edad sin antecedentes patológicos de interés. Acude a urgencias por presentar deposiciones melénicas desde hace dos días con episodio de síncope en el momento actual. En la exploración física presenta mal estado general, con palidez, taquicardia e intensa sudoración. Se encuentra hipotensa. La exploración abdominal es normal sin evidencia de masas ni organomegalias ni signos de irritación peritoneal. En el hemograma presenta 8,6 gramos de hemoglobina con 26% de hematocrito. El estudio bioquímico y de coagulación normales. Se realizó tacto rectal presentando heces de coloración rojiza. La radiografía en decúbito de abdomen no mostraba alteraciones en la distribución del luminograma aéreo normal.

Evolución

La paciente fue estabilizada ingresando en planta. El día siguiente se realizó una colonoscopia que no evidenció las causas del sangrado, por lo que ante la persistencia del mismo se procedió a una arteriografía mesentérica donde se evidenciaron varios ovillos vasculares en fase arterial con venas dilatadas que presentan relleno precoz y retraso en el vaciamiento localizadas en ciego y primera porción de colón ascendente (figura). Estos hallazgos en imagen son indicativos de angiodisplasia de colón. Ante la presencia de varias lesiones se decidió realizar tratamiento quirúrgico con hemicolectomía derecha.

Diagnóstico

Angiodisplasia de colon.

Discusión:

La angiodisplasia de colón es la segunda causa de hemorragia digestiva baja. Afecta a pacientes de más de 50 años y su incidencia se estima en torno al 0,83% en dicho segmento de la población (1). Se localizan con mayor frecuencia en colón derecho. Por la edad de presentación se consideran como lesiones adquiridas probablemente por proliferación vascular asociada a hipoxemia crónica en la circulación colónica debido a la comorbilidad del paciente (2). La única manifestación clínica es la hemorragia que suele ser autolimitada aunque recurrente (3) aunque puede debutar como hemorragia masiva. Los medios diagnósticos habituales son la colonoscopia y la arteriografía mesentérica, aunque ya se han realizado estudios valorando la eficacia del estudio mediante tomografía computarizada (TC) helicoidal (4). El tratamiento quirúrgico suele reservarse ante hemorragias masivas o persistentes tras fracaso de las técnicas endoscópicas o de radiología intervencionista.

Para finalizar queremos recalcar que siempre hay que tener presente esta entidad en sangrados digestivos bajos recidivantes y las posibilidades diagnosticas que nos aportan las técnicas de TC helicoidal.

FEB-2005

Bibliografía:

1. Foutch PG, Rex DK, Lieberman DA. Prevalence and natural history of colonic angiodysplasia among healthy asymptomatic people. *Am J Gastroenterol.* 1995 Apr;90(4):564-7
2. Heer M, Sulser H, Hany A. Angiodysplasia of the colon: an expression of occlusive vascular disease. *Hepatogastroenterology.* 1987 Jun;34(3):127-31.
3. Richter JM, Christensen MR, Colditz GA, Nishioka NS. Angiodysplasia. Natural history and efficacy of therapeutic interventions. *Dig Dis Sci.* 1989 Oct;34(10):1542-6.
4. Junquera F, Quiroga S, Saperas E, Perez-Lafuente M, Videla S, Alvarez-Castells A et al. Accuracy of helical computed tomographic angiography for the diagnosis of colonic angiodysplasia.