

# Enfoque diagnóstico del sangrado digestivo oscuro

**Autor** Rosalba Casanova

**Afiliación** Unidad de Vías Digestivas, Centro Médico Quirúrgico Vidamed, Caracas, Venezuela.

Revista GEN (Gastroenterología Nacional) 2013;67(3):175-180. Sociedad Venezolana de Gastroenterología, Caracas, Venezuela. ISSN 0016-3503.

Autor correspondiente: Dra. Rosalba Casanova. Médico Gastroenterólogo. Centro Médico Quirúrgico Vidamed. Correo-e: rslb.casanova@gmail.com

## Resumen

El sangrado digestivo oscuro constituye un reto diagnóstico y terapéutico para el gastroenterólogo debido a la complejidad de su manejo y asociación con elevada morbi-mortalidad. El advenimiento de nuevas herramientas diagnósticas tales como la cápsula endoscópica, enteroscopia asistida por balones y enterografía (TAC, RM), cambiaron de forma definitiva la comprensión y abordaje de esta situación clínica, generando con ello nuevas estrategias diagnósticas y terapéuticas que en la actualidad resultan costo efectivas.

**Métodos:** Se realizó una revisión bibliográfica en la base de datos Medline (Pubmed) (1995-2013) de los artículos originales publicados en el idioma inglés, tomando en consideración las palabras claves, "sangrado digestivo oscuro", "hemorragia digestiva", "sangrado digestivo oculto", "cápsula endoscópica", "enteroscopia".

El objetivo de este artículo consiste en hacer una revisión del abordaje diagnóstico del sangrado digestivo oscuro.

**Palabras clave:** sangrado digestivo oscuro, sangrado oculto, capsula endoscópica, enteroscopia asistida por balones.

## DIAGNOSTIC APPROACH TO OBSCURE GASTROINTESTINAL BLEEDING

### Summary

Obscure gastrointestinal bleeding is a diagnostic and therapeutic challenge for the gastroenterologist due to the complexity of its management and its association with high morbidity and mortality. The advent of new diagnostic tools such as capsule endoscopy, balloon assisted enteroscopy and enterography (CT,MR) permanently changed the understanding and approach to this clinical situation, thereby generating new diagnostic and therapeutic strategies that are currently cost effective.

**Methods:** We conducted a literature review in Medline (Pub-Med) (1995 to 2013) of the original articles published in the English language, taking into consideration the key words, "obscure gastrointestinal bleeding," "gastrointestinal bleeding", "occult gastrointestinal bleeding", "capsule endoscopy", "balloon assisted by enteroscopy".

The aim of this paper is to give an overview of the diagnostic approach of obscure gastrointestinal bleeding.

**Key words:** obscure gastrointestinal bleeding, occult bleeding, capsule endoscopy, balloon assisted by enteroscopy.

## Introducción

El sangrado digestivo oscuro se define como aquel que ocurre o persistente sin etiología después de realizadas exploraciones digestivas (alta y baja) y estudios radiológicos. Constituye entre el 5-10% del total de las hemorragias del tracto digestivo, cerca de un 75% de los casos se originan en el intestino delgado.<sup>1</sup>

Los recientes avances tecnológicos condujeron al desarrollo de técnicas innovadoras como la capsula endoscópica y enteroscopia profunda, introduciendo con ello un cambio de paradigmas en el abordaje de diversas patologías del intestino delgado logrando así superar las limitaciones que hasta entonces imponían otras modalidades empleadas en el pasado para evaluar este segmento del tubo digestivo.<sup>2,3,4,5</sup>

## CLASIFICACIÓN

El sangrado digestivo de origen oscuro puede categorizarse de acuerdo a la situación clínica en: Sangrado oscuro evidente, descrito en aquellos pacientes con hemorragia manifiesta (melena, hematemesis y hematomezia).

Sangrado oscuro oculto cuyas manifestaciones se asocian a anemia ferropénica o a la persistencia de sangre oculta en heces.

Recientemente, los conceptos tradicionales de hemorragia digestiva han sido revisados a la luz de los avances tecnológicos y permitido establecer la reclasificación del sangrado digestivo en tres categorías esto con la finalidad de mejorar la comprensión del problema y optimizar el uso de los recursos.

Por definición se establece que, la hemorragia digestiva superior es aquella originada por encima de la ampolla de vater y al alcance de una gastroscopia, el sangrado digestivo medio cuya localización se ubica entre la ampolla de vater y la válvula ileocecal, es accesible a la enteroscopia profunda mediante capsula o enteroscopia asistida por balones y el sangrado digestivo inferior evaluado por colonoscopia.<sup>7</sup>

## ETIOLOGÍA

Las causas de sangrado digestivo oscuro son múltiples, cualquier lesión ubicada desde la cavidad oral hasta la región ano-rectal puede ser la responsable, sin embargo en gran medida su origen se ubica en el intestino delgado (75%), referido actualmente como sangrado digestivo medio.<sup>1,7</sup>

La etiología se ha relacionado con la edad, de allí que en pacientes menores de 40 años las causas más frecuentes son las neoplasias, divertículo de Meckel, enfermedad inflamatoria intestinal o lesión de Dieulafoy, por el contrario en pacientes mayores de 40 años las causas vasculares ocupan el primer lugar seguida por úlceras y erosiones.

Las causas de sangrado digestivo oscuro se muestran en el **Cuadro 1**.

## HISTORIA CLÍNICA

La historia y examen físico aportan datos que orientan hacia las posibles causas y localización del sangrado.

El interrogatorio debe precisar si estamos en presencia de una hemorragia manifiesta o por el contrario se trata de un sangrado oculto en cuyo caso la conducta es más conservadora y se orienta al estudio del paciente con anemia ferropénica. La presencia de hematemesis recurrente orienta hacia un origen superior o por encima del ligamento de Treitz y la existencia de hematoquezia se asocian a un origen inferior, ambas situaciones suponen una rápida intervención.

Debe recogerse información relativa al uso de medicamentos tales como aspirina, AINES y comorbilidades (enfermedad coronaria, insuficiencia cardíaca, vasculitis, diátesis hemorrágicas, diabetes mellitus, antecedentes de neoplasias e historia familiar de cáncer, poliposis, enfermedad inflamatoria intestinal (EII), radioterapia previa o cirugías abdominales principalmente reparaciones recientes de aneurisma aórtico o resección intestinal, lo cual puede ser clave para establecer la etiología.

El examen físico inicial debe incluir la estimación de la pérdida sanguínea basado en cambios ortostáticos de la tensión arterial, valores de Hb, Hct y necesidad de hemoderivados, lo cual sitúa al clínico ante la magnitud del sangrado.

La valoración de la piel y mucosas puede orientar hacia síndromes hereditarios y enfermedades sistémicas que pueden afectar al tubo digestivo (hemangiomas, telangiectasias, signos de mal absorción intestinal, herpes, sarcoma de kaposi, arañas vasculares)

La valoración de la piel y mucosas puede orientar hacia síndromes hereditarios y enfermedades sistémicas que pueden afectar al tubo digestivo (hemangiomas, telangiectasias, signos de mal absorción intestinal, herpes, sarcoma de kaposi, arañas vasculares)

## DIAGNÓSTICO

Se justifica iniciar la evaluación del paciente con SDO repitiendo la gastroscopia y colonoscopia? Las evidencias clínicas han demostrado que resulta costo-efectivo realizar una segunda vista endoscópica por un experto dado a que entre el 15 y 20% de las lesiones causantes del sangrado oscuro están al alcance de la endoscopia superior e inferior y son pasadas por alto durante la valoración inicial. Las lesiones que con frecuencia se escapan a la endoscopia superior e inferior se muestran en el **Cuadro 1**. Algunos autores por su parte cuestionan la repetición de la colonoscopia por su bajo rendimiento diagnóstico (6%), sin embargo, esta puede revelar angioectasias y neoplasias no vistas inicialmente. En este sentido, la asociación americana de gastroenterología (AGA) en su más reciente revisión justifica su inclusión como parte de la evaluación del paciente con SDO, sobre todo cuando el estudio inicial tuvo limitaciones.<sup>1,8</sup>

## CÁPSULA ENDOSCÓPICA

En la actualidad la capsula endoscópica es considerada un componente esencial en el estudio del SDO y el primer paso después de estudios endoscópicos negativos, por ser un método seguro, bien tolerado y mínimamente invasivo que permite la visualización directa de la mucosa del intestino delgado. Diversos meta análisis coinciden en reportar al SDO como primera indicación para el uso de la CE. Liao y colaboradores demostraron que en un 66% el SDO fue la indicación más frecuente de un meta análisis que incluyó 227 casos.<sup>1,3,9,10</sup>

El rendimiento diagnóstico de la CE en SDO se sitúa entre el 50 y 75% según la serie, siendo las lesiones vasculares el hallazgo más frecuente (angioectasias 50-80%), seguido por úlceras, erosiones y neoplasias. Penanccio y colaboradores en una serie de 100 pacientes demostró que el alcance de la CE en SDO se eleva sustancialmente cuando se realiza en pacientes con sangrado manifiesto en comparación con aquellos que se presentan con sangrado oculto donde la tasa de detección se reduce sustancialmente, así mismo la realización precoz (48 hrs), niveles de Hb y Hto menores a 10 mg/dl, sangrado recurrente por más de 6 meses y existencia de comorbilidades fueron descritos como predictores de una CE positiva.<sup>11,12</sup>

Importantes meta-análisis han probado la superioridad diagnóstica de la CE sobre otras modalidades en la evaluación del intestino delgado y en particular en el sangrado digestivo oscuro. Triester y colaboradores demostraron un mejor desempeño de la CE sobre la enteroscopia de empuje (63 vs 28%) y estudios radiológicos (42 vs 6%) en la detección de lesiones mucosales de significancia clínica con una diferencia estadísticamente significativa. Resultados que coinciden con otros estudios.<sup>13,14</sup>

La CE permite cambiar la conducta y elevar el rendimiento diagnóstico de otras modalidades, así lo demuestran Teshima y colaboradores en un reciente meta análisis de 10 estudios que comparan el uso combinado de la CE y enteroscopia asistida por balones (EAB) en SDO. Reportaron un alcance diagnóstico similar para ambas técnicas VCE 62% Vs EDB 56% p. no sig, observando adicionalmente un incremento aunque no significativo en la capacidad diagnóstica de la EAB 73% p. no sig., cuando esta

estuvo precedida por una CE positiva. Tales resultados apuntan a que ambos métodos se complementan y que la CE como primera estrategia permite guiar la vía de abordaje.<sup>15</sup>

En cuanto al seguimiento clínico Mylonaki y colaboradores reportaron que la CE cambió la conducta en 66% de pacientes con SDO observando a largo plazo un bajo porcentaje de re-sangrado en aquellos con CE negativa, no necesitándose otras intervenciones. Sin embargo, observaciones recientes sugieren mantener una conducta expectante en esta situación y estratificar a los grupo de alto riesgo.<sup>16,17,18</sup>

Las limitaciones del método son su incapacidad de tomar biopsia y realizar terapéutica. Su principal complicación es la retención la cual puede ocurrir hasta en un 1,5% en pacientes con SDO y antecedentes de consumo de AINES, enteritis por radiación, EII o cirugías previas. Aunque no está contraindicado el uso de la CE en pacientes con marcapaso o desfibriladores estos deben ser monitoreados.

### Cuadro 1 Laboratorio clínico de ingreso

Etiología del sangrado digestivo oscuro (SDO)	
<b>Causas extraintestinales</b>	<b>Sangrado digestivo medio</b>
<b>10-20%</b>	<b>Intestino delgado</b>
	<b>75%</b>
<b>Lesiones en tracto digestivo superior</b>	<b>Frecuentes 80%</b>
Erosiones de Cameron	< de 40 años
Várices fúndicas	<b>* Tumores</b>
Úlcera péptica	Divertículo de Meckel
Angiectasia	Lesión Dieulafoy
Lesión Dieulafoy	EII
	> de 40 años
	<b>* Lesiones vasculares</b>
	Enteropatía por AINES, EII
<b>Lesiones en tracto digestivo inferior</b>	<b>Infrecuentes 5%</b>
Angiectasias, neoplasias	Hemobilia, Fístula aorto-entérica
Divertículos	

### SISTEMAS DE ENTEROSCOPIA PROFUNDA

En la actualidad se dispone de tres sistemas para la realización de la enteroscopia profunda: El enteroscopio doble balón (Fujinon) desarrollado por Yamamoto e introducido para el uso clínico en 2004, seguido por el balón único 2007 (Olympus) y más recientemente la enteroscopia espiral 2008 (Spirus medical), todos permiten la visualización y la intervención terapéutica del intestino delgado mediante la inserción de un enteroscopio flexible de nueva generación de 200 cm de longitud y un sobretubo.

Tanto el enteroscopio de doble balón como el balón único utilizan la técnica de avance y retirada para acortar el intestino delgado, apoyados en el inflado y desinflado sistemático de balones. Por su parte, enteroscopia espiral utiliza un sobre tubo especializado en espiral que se ubica en el extremo distal del instrumento con el cual se consigue el avance del instrumento.<sup>4,19,20</sup>

Hasta el presente diversas series han comparado a estos sistemas de enteroscopia profunda basados en sus diferencias técnicas, consumo de tiempo, profundidad de inserción y porcentajes de enteroscopia total, sin embargo, se necesitan más estudios para demostrar la superioridad de una técnica sobre la otra en cuanto a alcance diagnóstico y terapéutico. La gran ventaja de esta modalidad consiste en la posibilidad de realizar terapéutica endoscópica.<sup>21,22,23,24</sup>

En la actualidad se acepta que la EAPB y la CE tienen similar rendimiento diagnóstico en la evaluación del SDO y así lo reflejan los resultados de un meta análisis conducido por Pasha donde no se registró una diferencia estadísticamente significativa entre ambos métodos CE 60% y DB 55% en la detección de lesiones causantes del sangrado, así mismo queda en evidencia evidenciándose además la ventaja de la EAPB sobre la CE en el

entendido de la posibilidad de la EAPB permitió la toma de biopsia y realizar terapéutica ventaja de esta sobre la CE.<sup>25,26</sup>

El porcentajes de enteroscopia total con la EAPB se sitúa según la serie entre 0 y 86%, recientemente Raju en un meta análisis que incluyó a 729 pacientes reporto que solo un 29% de estudios completos, esto pone en evidencia que no siempre es posible completar la visualización del intestino con esta técnica por diversas causas.<sup>27</sup>

La EAPB es un método seguro describiéndose menos del 1% de complicaciones en la mayoría de las series, siendo las más frecuentes el íleo, perforaciones y pancreatitis, estas dos últimas asociadas principalmente a estudios terapéuticos y a los realizados en anatomía modificada.<sup>28,29</sup>

Un estudio que analizó el costo-efectividad de la enteroscopia Doble balón y capsula endoscópica en SDO evidente concluyó, que el abordaje inicial con EDB resulta más costo-efectivo con una mayor tasa de cese de sangrado, pero a largo plazo iniciar con CE se vinculaba con mejores resultados a largo plazo ya que esta estrategia disminuía el número de complicaciones al guiar la vía de abordaje y reducir la utilización de recursos endoscópicos.<sup>30</sup>

**ENTEROSCOPIA DE EMPUJE**

Este procedimiento supone el pasaje de un endoscopio superior largo más allá del ligamento de Treitz, su alcance diagnóstico y terapéutico se limita solo a los primeros 150 cm del intestino proximal. Diversas series han descrito su alcance diagnóstico en la detección de lesiones sangrantes que van de 3 a 70%. Las ventajas de esta sobre la CE es su capacidad de tomar biopsia y realizar maniobras terapéuticas.<sup>2</sup>

**ENTEROSCOPIA INTRAOPERATORIA (EIO)**

La EIO fue considerada en el pasado el método de elección para el manejo de pacientes con SDO. En un estudio prospectivo el

alcance diagnóstico de la EIO en SDO evidente y oculto fue de 100% y 50% respectivamente. En otra serie, la CE reportó un buen nivel de concordancia con la EIO en pacientes con SDO, sin embargo el seguimiento a largo plazo reveló 25% de resangrado en los pacientes que recibieron terapéutica por esta vía. Se asocia a una elevada tasa de complicaciones por lo que actualmente solo se reserva para casos seleccionados.<sup>5</sup>

**ESTUDIOS RADIOLÓGICOS**

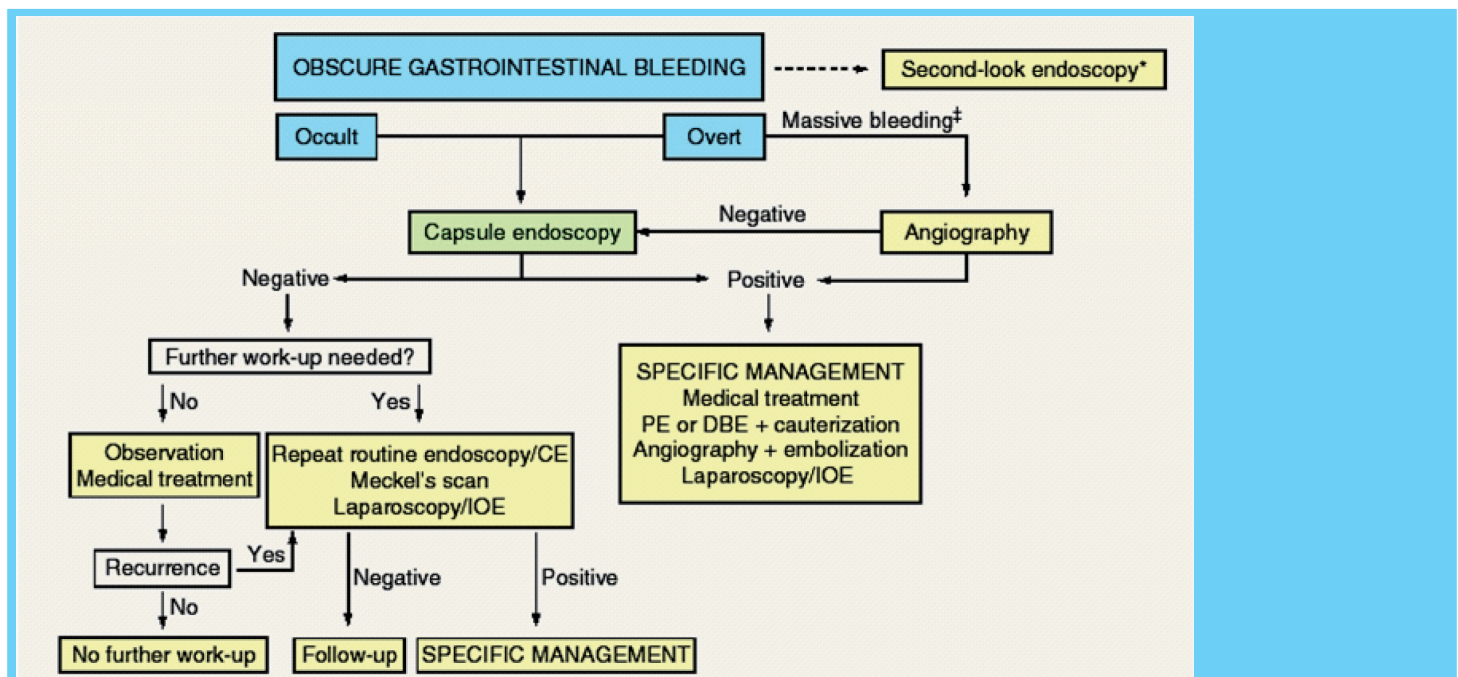
El uso del tránsito intestinal y la enteroclis simple en pacientes con SDO ha perdido vigencia dado a la poca capacidad de estos métodos en detectar lesiones superficiales de la mucosa. El alcance diagnóstico de la enteroclis en SDO se sitúa en menos del 20%. Esta puede combinarse con tomografía o resonancia magnética permitiendo evaluar mejor la pared intestinal resultando útil en casos de sospecha de compromiso mural (EII) o presencia de masas tumorales.<sup>6,30</sup>

**ESTUDIOS CON RADIO ISÓTOPOS Y ANGIOGRAFÍA**

El estudio con glóbulos rojos marcados con tecnecio-99, es una técnica sensible y no invasiva que permite detectar tanto sangrado de origen venoso como arterial, sin embargo, su papel en el estudio del SDO es limitado ya que se necesita que las pérdidas hemáticas sean mayores a 0,1 ml/min. Es una alternativa ante la sospecha de divertículo de Meckel en pacientes jóvenes y en población pediátrica.

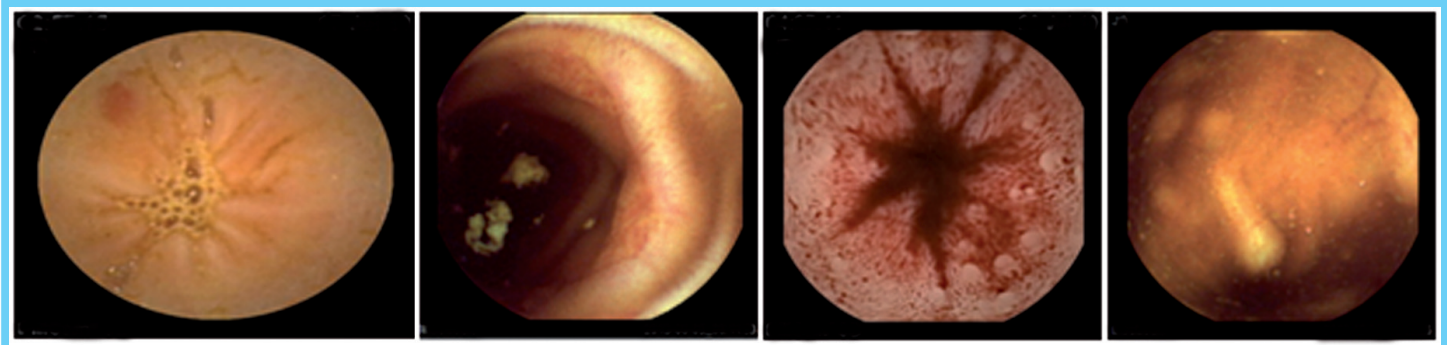
La angiografía es capaz de detectar lesiones si la tasa de sangrado es >5ml/min resultando superior a los estudios con radionucleidos ya que tiene la ventaja de permitir terapéutica mediante la embolización de la lesión una vez localizada. Por lo general, este recurso terapéutico se reserva para los casos de SDO masivo donde otras modalidades han fallado.<sup>30,31</sup>

Algoritmo diagnóstico y terapéutico propuesto para el manejo del SDO **Figura 1**.



**Figura 1** Pennazio M, Eisen G, Goldfarb N. ICCE Consensus - Endoscopy 2005





Angientasia

Úlcera por AINES

Hematoquezia

Poliposis

**Figura 2**

## Conclusiones

En la evaluación del sangrado digestivo oscuro la CE y la enteroscopia asistida por balones son consideradas técnicas complementarias.

La CE tiene un gran alcance diagnóstico y debe ser usada precozmente como primera evaluación en muchos pacientes con SDO.

Los pacientes con SDO y CE negativa pueden no necesitar otros procedimientos.

La EAPB debe reservarse para fines terapéuticos y su uso en sangrado activo resulta costo efectivo.

La evaluación radiológica tiene un rol limitado in SDO oculto, pero puede ser de utilidad en el sangrado masivo.

En pacientes con sangrado oculto la CE puede aportar información que guie futuras intervenciones.

## Referencias bibliográficas

1. Raju GS et al. American Gastroenterological Association (AGA) Institute medical position statement on obscure gastrointestinal bleeding. *Gastroenterology* 2007;133:1694.
2. Pennazio M, Arrigoni A, Risio M, Spandre M, Rossini FP. Clinical evaluation of push-type enteroscopy. *Endoscopy* 1995;27:164-170.
3. Swain P, Adler D, Enns R. Capsule endoscopy in obscure intestinal bleeding. *Endoscopy* 2005;37:655-659.
4. Yamamoto H et al. Total enteroscopy with a nonsurgical steerable double-balloon method. *Gastrointestinal Endosc* 2001;53(2):216-20.
5. Szold A, Katz LB, Lewis BS. Surgical approach to occult gastrointestinal bleeding. *Am J Surg* 1992;163:90-92; discussion 92-93.
6. Costamagna G et al. A prospective trial comparing small bowel radiographs and video capsule endoscopy for suspected small bowel disease. *Gastroenterology* 2002;123: 999-1005.
7. Ell C, May A. Mid-gastrointestinal bleeding: capsule endoscopy and push-and-pull enteroscopy give rise to a new medical term. *Endoscopy* 2006.
8. Descamps C, Schmit A, Van Gossum A. "Missed" upper gastrointestinal tract lesions may explain "occult" bleeding. *Endoscopy* 1999;31:452-455.

py. 1999;31:452-455.

9. Rondonotti E, Small bowel capsule endoscopy in clinical practice: a multicenter 7-year survey *Eur J Gastroenterol Hepatol.* 2010 Feb 18

10. Liao Z. et all. Indications, detection, completion and retention rates of small-bowel capsule endoscopy. *GE* 2010;71:280-6.

11. Pennazio M, et al. Outcome of patients with obscure gastrointestinal bleeding after capsule endoscopy: report of 100 consecutive cases. *Gastroenterology* 2004;126:643-53.

12. Leclaire S et al. Yield and impact of emergency capsule enteroscopy in severe obscure overt gastrointestinal bleeding. *Endoscopy* 2012;44:336-342.

13. Triester SL et Al. A meta-analysis. Capsule enteroscopy vs conventional modalities in diagnosis of small bowel diseases. *Aliment Pharmacol Ther* 2005;22:595-604.

14. Marmo R et al. Meta-analysis of the yield of capsule endoscopy compared to other diagnostic modalities in patients with obscure GI bleeding. *Am J Gastroenterol.* 2005;100:2407-2718.

15. Teshima C et all. Double balloon enteroscopy and capsule endoscopy for obscure gastrointestinal bleeding: An updated meta-analysis. *Journal of Gastroenterology and Hepatology* 26 (2011) 796-801.

16. Mylonaki M et al. Wireless capsule endoscopy: a comparison with push enteroscopy in patients with gastroscopy and colonoscopy negative gastrointestinal bleeding. *Gut* 2003;52: 1122-6.

17. Koh SJ et all. Long-term outcome in patients with obscure gastrointestinal bleeding after negative capsule endoscopy. *World J Gastroenterol.* 2013 Mar 14;19(10):1632-8.

18. Apostolopoulos P, et The role of wireless capsule endoscopy in investigating unexplained iron deficiency anemia after negative endoscopic evaluation of the upper and lower gastrointestinal tract. *Endoscopy* 2006;38:1127-1132.

19. Tsujikawa T, Saitoh Y, Andoh A et al. Novel single-balloon enteroscopy for diagnosis and treatment of the small intestine: preliminary experiences. *Endoscopy* 2008;40:11-15.

20. Akerman P, et al. Spiral enteroscopy with the new DSB overtube: a novel technique for deep peroral small-bowel intubation. *Endoscopy* 2008;40:974-978.

21. May A et al. Double-balloon enteroscopy (push-and pull enteroscopy) of the small bowel: feasibility and diagnostic and therapeutic yield in patients with suspected small bowel disease. *Gastrointest Endosc.* 2005;62:62-70.

22. Takano N et al. Single-balloon versus double-balloon enteroscopy for achieving total enteroscopy: a randomised, controlled trial. *GE* 2011;73:734-9.
23. Frieling T et al. Prospective comparison between double-balloon enteroscopy and spiral enteroscopy. *Endoscopy* 2010;42: 885-8.
24. Mouen A et al. Comparative evaluation of single-balloon enteroscopy and spiral enteroscopy for patients with mid-gut disorders *GE*. 2010;72:(4).
25. Pasha SF et al. Double-balloon enteroscopy and capsule endoscopy have comparable diagnostic yield in small-bowel disease: a meta-analysis. *Clin Gastroenterol Hepatol* 2008;6:671-6.
26. Hadithi M et al. A prospective study comparing video capsule endoscopy with double-balloon enteroscopy in patients with obscure gastrointestinal bleeding. *Am J Gastroenterol* 2006; 101:52-7.
27. Raju GS, Gerson L, Das A, Lewis B. American gastroenterological association (AGA) institute technical review on obscure gastrointestinal bleeding. *Gastroenterology* 2007;133:1697-717.
28. Gerson LB, Tokar J, Chiorean M, et al. Complications associated with double balloon enteroscopy at nine US centers. *Clin Gastroenterol Hepatol* 2009;7:1177-82.
29. Mensink PB et al. Complications of double balloon enteroscopy: a multicenter survey. *Endoscopy* 2007;39:613-615.
30. Gerson L et al. Cost-effectiveness analysis of management strategies for obscure GI bleeding. *Gastrointest Endosc* 2008; 68:920.
31. Schmidt S et al. CT enteroclysis: technique and clinical applications. *Eur Radiol* 2006;16:648.
32. Lin S et al. Gastrointestinal bleeding in adult patients with Meckel's diverticulum: the role of technetium 99m pertechnetate scan. *South Med J* 2002;95:1338.
33. Leung WK et al. Capsule endoscopy or angiography in patients with acute overt obscure gastrointestinal bleeding: a prospective randomized study with long-term follow-up. *Am J Gastroenterol* 2012;107:1370.

SÍGUENOS!



@sovegastro

Sociedad Venezolana de  
Gastroenterologíao visítanos en nuestro portal Web  
[www.sovegastro.org](http://www.sovegastro.org)¿Quieres asistir a los próximos  
**Workshops and Hands on?**Escríbenos a:  
[gastrove@gmail.com](mailto:gastrove@gmail.com)o contáctanos por los teléfonos  
0212/991.67.57 y 0212/991.26.60