



Cirugía Española

**CIRUGÍA
ESPAÑOLA**

Volumen 91, Especial Congreso 2, Octubre 2013

XIX Reunión Nacional de Cirugía

Madrid, 25-26 de octubre de 2013



www.elsevier.es/cirugia

P-370 - EMBOLIZACIÓN ARTERIAL PERCUTÁNEA EN HDA SECUNDARIA A CÁNCER GÁSTRICO AVANZADO

E. Romera Barba, I. Navarro García, J. Castañer Ramón-Llín, A. Sánchez Pérez, F.J. Espinosa López, S. Gálvez Pastor, J.M. Alarte Garvía, A. García López, D. Contreras Padilla, J.A. García Marcilla y J.L. Vázquez Rojas

Hospital General Universitario Santa Lucía, Cartagena.

Resumen

Introducción: La hemorragia digestiva es una de las complicaciones del cáncer gástrico avanzado, la morbilidad de estos sangrados empeora notablemente la calidad de vida de los pacientes. Las técnicas de hemostasia endoscópica constituyen la primera línea de tratamiento. Sin embargo, la incidencia de resangrado es del 14,1% y en un 15-25% de los casos no es controlable mediante endoscopia. Por otro lado, la cirugía de urgencia en estas situaciones presenta una elevada morbi-mortalidad. La radiología intervencionista puede ser una alternativa eficaz para pacientes con hemorragia recurrente o persistente tras endoscopia.

Caso clínico: Mujer de 64 años. En abril de 2012 se diagnosticó de adenocarcinoma gástrico (cuerpo-fundus) localmente avanzado T3N2M0, decidiéndose QT neoadyuvante. El 12/05/12 acudió a urgencias por HDA en forma de melenas, con inestabilidad hemodinámica y repercusión analítica severa (Hb 5,9 g/dl). Se realizó gastroscopia que evidenció masa mamelonada y friable, que se extendía desde cardias, por curvatura menor hasta incisura, con sangrado en sábana que se esclerosó con AD (1:10.000) y fulguración con Argon APC, sin conseguir hemostasia. Se decidió realizar embolización arterial, cateterizándose selectivamente la arteria gástrica izquierda, con partículas de 700-900 micras y esponjostán, con buen resultado en el control angiográfico posterior. Tras conseguir el control del sangrado, la paciente pasó a cargo de Oncología iniciando QT según esquema XELOX. En el TC de control de julio 2012 se apreció marcada disminución del engrosamiento parietal de la curvatura menor gástrica a nivel del cuerpo y antro, así como disminución de tamaño de las adenopatías. Sin embargo, se hallaron metástasis óseas múltiples de nueva aparición. La paciente fue exitus en diciembre de 2012 por progresión de la enfermedad tumoral.

Discusión: Aunque el desarrollo de las técnicas de hemostasia endoscópica ha reducido de forma drástica la necesidad de cirugía urgente, la embolización arterial se presenta como una alternativa eficaz y segura para el control del sangrado persistente, sobre todo en pacientes con alto riesgo quirúrgico/no candidatos a cirugía. Constituye una técnica reproducible, con escasa morbilidad y aplicable en pacientes con inestabilidad hemodinámica. Si bien existen diversos estudios a favor de la utilidad de la embolización arterial para el control del sangrado en la úlcera péptica y los pseudoaneurismas postoperatorios, pocos incluyen el cáncer gástrico y suelen ser series pequeñas. El principal riesgo es la necrosis por isquemia. Aunque por encima del ligamento de Treitz se considera una técnica segura debido a la rica vascularización del estómago y duodeno, se han descrito casos de isquemia aguda post embolización, si bien, en la mayoría de los casos se presentan de forma tardía en forma de estenosis duodenales por embolización de la arteria gastroduodenal. En pacientes con cáncer gástrico sangrante irresecable o de alto riesgo quirúrgico, la embolización arterial percutánea

puede constituir una técnica segura y efectiva para el control del sangrado. Son necesarios estudios prospectivos para establecer su uso rutinario como alternativa a la cirugía en el manejo de estos pacientes con fracaso de las técnicas endoscópicas.