



Gastroenterología y Hepatología



<https://www.elsevier.es/gastroenterologia>

128 - EL MANEJO COMPLEJO Y MULTIDISCIPLINAR DE LA ENFERMEDAD POR ANGIODISPLASIAS

E. Erice Muñoz¹, A. Bargalló García¹, A. Juan Juan¹, F. Rubio Toral², A. Contra Carne², C. Vascónez¹, J. Belloc Calmet¹, X. Ariza Solé¹, J. Castro Poceiro¹, A. Mata Bilbao¹, D. Barquero Declara¹, O. García Bosch¹, C. Hernández Ballesteros¹, M. Martín Llahí¹, M. Navarro Llavat¹ y A. Blasco Pelicano¹

¹ Aparato Digestivo; ²Medicina Interna, Hospital Moisès Broggi-CSI, Barcelona.

Resumen

Introducción: Las angiodisplasias (AD) son la malformación vascular digestiva más común y la causa más frecuente de anemia ferropénica crónica (AFC) o hemorragia digestiva recurrente (HDR). El tratamiento endoscópico (TE) y el tratamiento médico con análogos de somatostatina (AS) son las dos opciones terapéuticas actuales para su control, sin embargo la recidiva es frecuente. Actualmente faltan guías clínicas que estandaricen el manejo de esta patología.

Métodos: Estudio observacional retrospectivo incluyendo pacientes con AD en alguna endoscopia en 2019 e historia clínica de AFC y/o HDR, y pacientes con AD en tratamiento con AS. Registro de variables epidemiológicas y clínicas, requerimientos de ferroterapia endovenosa (Fe ev), transfusiones, endoscopias e ingresos.

Resultados: Se incluyeron 47 pacientes (px), edad media 73 años (60% hombres). Comorbilidad: 72% cardíaca, 66% renal, 21% hipertensión pulmonar (HTP), 17% EPOC y 10,6% cirrosis. El 95,3% en tratamiento antitrombótico (TAT). El diagnóstico de AD fue por AFC en 80% y HDR en 20%. En el 100% se realizó colonoscopia, 95% gastroscopia y 51% cápsula endoscópica (CE). El estudio endoscópico se repitió en el 85% de los px (media de 10 ± 5 procedimientos). El tiempo medio desde el diagnóstico y el primer TE fue de 12 ± 18,44 meses (m), realizándose al diagnóstico en el 46% de los casos. El 83% requirió ingreso hospitalario (media 3 ± 3,26 ingresos). Tratamiento con Fe ev en 61,7%, transfusiones en 75%, AS en 42% y 1 caso cirugía. En el 66% no se modificó la pauta TAT. La mortalidad de la serie fue del 23%. 20 px recibieron tratamiento con AS, con un tiempo de evolución medio hasta el inicio de AS de 34,5 ± 22m. Presentaban más enfermedad renal avanzada (55% vs 37% estadio III-IV), valvulopatía protésica (21,4% vs 7,4%), HTP (30% vs 14,8%), EPOC (30% vs 7,4%) y cirrosis (15% vs 7,4%) que los pacientes sin AS (px 27). Se suspendió el TAT en el 30% vs 18,5% en pacientes sin AS. El 80% tenían estudio con CE frente al 29% en el grupo sin AS, con una mayor afectación difusa (55% vs 26%, p = 0,026). En el seguimiento el 100% requirió repetir el estudio endoscópico antes del inicio de AS, debido a HDR en 50% casos (vs 15% de HDR en pacientes sin AS, p = 0,041) y en todos se había aplicado TE durante el año previo al inicio de AS. La hemoglobina (Hb) basal fue 8,1 ± 16,54 g/dl con un incremento al año del inicio de AS (Hb media 10 ± 26 g/dl) con una reducción de los requerimientos de Fe ev (2175 ± 1472mg vs 1930 ± 2.431 mg, p = 0,23), transfusionales (6 ± 5 vs 1 ± 2 concentrados, p = 0,01), ingresos (2 ± 1,7 vs 1 ± 1,3, p = 0,008) y número de endoscopias (5 ± 2 vs 1 ± 1,3 p = 0,011).

Conclusiones: La AFC y HDR por AD se debe enmarcar dentro del paciente crónico complejo. En nuestra serie, comporta una tasa de repetición endoscópica alta. Una correcta caracterización de las AD y el inicio precoz con AS podría ser una estrategia eficaz en la reducción de ingresos hospitalarios, del tratamiento de soporte y del número de endoscopias.