



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

P-106 - BRTO-ACELERADA (*BALLOON-RETROGRADE TRANSVENOUS OBLITERATION*): ANÁLISIS DE LOS RESULTADOS EN VIDA REAL EN EL MANEJO DEL SANGRADO POR VARICES GÁSTRICAS

Carlos Valdivia Krag^{1,2}, Daniela Samantha Ortiz Chumbo^{2,3}, Juan Jurado García⁴, Ángel González-Galilea⁴, Juan José Espejo Herrero⁵ y Pedro Blas García Jurado⁵

¹Servicio de Digestivo, Hospital Universitario Costa del Sol, Marbella. ²UGC Aparato Digestivo, Hospital Universitario Reina Sofía, Córdoba. ³Servicio de Digestivo, Hospital Universitario Río Hortega, Valladolid. ⁴Unidad de Sangrantes, UGC Aparato Digestivo, Hospital Universitario Reina Sofía, Córdoba. ⁵Sección de Radiología Vascular Intervencionista, UGC Radiodiagnóstico, Hospital Universitario Reina Sofía, Córdoba.

Resumen

Introducción: El sangrado por varices gástricas (VG) supone un auténtico reto dada su alta mortalidad, de hasta el 45% a los seis meses. Las opciones terapéuticas, que combinan técnicas endoscópicas e intervencionista, son escasas y complejas, limitándose mayoritariamente a centros de referencia. Este estudio evalúa los resultados de la BRTO-a, una variante técnica de la BRTO que reduce el tiempo clásico de 4-24 horas de oclusión del balón, reduciendo así las complicaciones relacionadas.

Métodos: Estudio descriptivo y retrospectivo realizado en el Hospital Universitario Reina Sofía, un hospital de referencia para hemorragias digestivas. Se recogieron y analizaron los resultados técnicos y clínicos de todas las a-BRTO realizadas durante los últimos nueve años (2016-2024), evaluando igualmente las diferentes complicaciones técnicas y/o clínicas ocurridas durante y tras la intervención, así como el tiempo hasta resangrado y mortalidad.

Resultados: De los 20 pacientes a lo que se le realizó la BRTO-a, 16 (80%) eran varones, con una edad mediana de 64 años (RIQ 38-80) y un índice de Charlson de 6,5 (RIQ 3-14). La mayoría de los pacientes (95%) presentan hipertensión portal de origen hepático, con un 65% con enfermedad hepática relacionada con alcohol, y 25% recibían tratamiento con antiagregantes o anticoagulantes. La función hepática mediana era de un Meld-Na de 11 puntos (RIQ 6-24). El sangrado por VG ocurrió con una mediana de 6,8 años tras el diagnóstico de la cirrosis, precisando de transfusión de hematíes en el 85% de los pacientes. En la gastroscopia índice el 45%, 50% y 5% presentaban varices tipo GOV2, IGV1 y IGV2 de la clasificación de Sarin, respectivamente. La técnica de BRTO-a se realizó satisfactoriamente en 16 (80%) de los pacientes, con 4 (20%) complicaciones técnicas durante el procedimiento, de las que una derivó en una muerte. El tiempo mediano de oclusión del balón fue de 75 minutos (RIQ 30-180). Durante una mediana de seguimiento de 15 meses (0-82) no se describieron otras muertes relacionadas con la técnica. Cuatro casos de resangrado se registraron (tres por VG, tras una mediana de 90 días), sin mortalidad asociada. La hepatopatía basal de los pacientes se descompensó en el 30% de los pacientes tras la intervención en forma de encefalopatía (15%), ascitis (10%) e hidrotórax (5%), con mínimas complicaciones trombóticas asociadas.

Conclusiones: La técnica de BRTO-acelerada ha mostrado una buena efectividad y adecuada seguridad en la profilaxis secundaria de la hemorragia por VG, con 3 (18,8%) casos de resangrado por VG. Se presentaron

complicaciones técnicas en 4 (20%) pacientes, con una muerte relacionada con la intervención. A pesar de un tiempo de seguimiento suficiente, el número de procedimientos realizados es bajo, lo que realza la importancia de derivar este tipo de pacientes a centros con experiencia para asegurar los mejores resultados clínicos posibles.