



Radiología



0 - Hemorragia gastro-intestinal ¿con qué embolizo?

J.M. Rodríguez Mesa

Hospital Carlos Haya, Málaga, España.

Resumen

Objetivo docente: 1. Conocer los resultados de la embolización en la hemorragia GI. 2. Conocer los distintos materiales de embolización. 3. Establecer pautas de utilización.

Discusión: La embolización es el tratamiento de elección en la hemorragia digestiva no controlada endoscópicamente. HGIAAlta: proximal al Treitz. Úlcera gástrica o duodenal como primera causa. Endoscopia como primera opción diagnóstica y terapéutica. Si falla, nos orienta sobre su origen, pudiendo realizar marcaje. La embolización supraselectiva no es tan crucial en este territorio. Realizaremos embolización proximal y distal al punto de sangrado, descartando sangrado desde otras ramas. Usaremos principalmente coils, a veces asociados a esferas (menor tasa de recurrencia). HGIBaja: distal al Treitz. Enfermedad diverticular como primera causa. AngioCT localiza el sangrado, su causa y los vasos involucrados. Gracias a microcatéteres conseguiremos una cateterización supraselectiva de los vasos rectos y su embolización. Si no es posible, la embolización proximal proporciona peores resultados y más complicaciones isquémicas. En estos casos podemos usar vasopresina. En la literatura la mayoría de estudios son retrospectivos, con diferente selección de pacientes, diferentes técnicas y materiales de embolización, sin comparar materiales. Conseguimos un éxito técnico 80-99%, éxito clínico 70-80%. La corrección de coagulopatías y el tratamiento precoz son fundamentales, siendo predictores del resangrado precoz, al igual que la politransfusión, shock, cirugía duodenal reciente y fallo multiorgánico. La elección del material de embolización sigue debatiéndose. Los factores a tener en cuenta son la situación del paciente (estabilidad, estado de coagulación), localización del sangrado, selectividad que alcanzamos y la experiencia. Materiales: Spongostan: embolización temporal. Alta tasa de resangrado. PVA: útiles en origen tumoral. Partículas > 500 micras reducen el riesgo isquémico. Coils: más utilizados. Proporcionan precisión y bajo riesgo de isquemia. Marcador para posterior cirugía si fuese necesaria. Eficacia está ligada a la coagulación. Agentes líquidos. NBCA y Onyx: Son particularmente indicados en alteraciones de la coagulación o pacientes muy inestables requiriendo embolización rápida. Exigen experiencia, siendo el Onyx más controlable. Complicaciones similares a otros agentes. Conclusiones: elección dependerá del estado del paciente (coagulación, inestabilidad), de la localización (alta o baja) y de la experiencia. Pacientes estables y sin coagulopatía: coils. Pacientes con coagulopatía y/o inestables: asociar materiales o agentes líquidos. Tan distal como sea posible. Si no es posible, valorar uso de PVA > 500 micras o vasopresina.

Referencias bibliográficas

D'Othee, et al. Microcoil Embolization for Acute Lower Gastrointestinal Bleeding. Cardiovasc Intervent. 2006;29:49-58.

Loffroy R, et al. Embolization of acute non variceal upper gastrointestinal hemorrhage resistant to endoscopic treatment: results and predictors of recurrent bleeding. *Cardiovas Intervent Radiol*. 2010;33:1088-100.

Defreyne L, et al. Therapeutic decision-making in endoscopically unmanageable nonvariceal upper gastrointestinal hemorrhage. *Cardiovasc Intervent Radiol*. 2008;31:897-905.