



CARTA CIENTÍFICA

Embolización selectiva de la arteria rectal superior como tratamiento de hemorragia digestiva baja masiva en paciente con fístula arteriovenosa



Selective embolization of the superior rectal artery as a treatment of massive rectal bleeding in a patient with arteriovenous fistula

La rectorragia representa un reto diagnóstico y terapéutico. Su prevalencia se estima en torno al 10%, aunque probablemente sea superior¹, ya que solo entre el 21% y el 44% de los pacientes afectados consulta en el primer episodio². Existe un discreto predominio en mujeres (52,2%) respecto a varones (47,8%) en la mayoría de las series publicadas^{1,2}. Las causas proctológicas más frecuentes son la afección hemorroidal y la fisura anal, habitualmente sin repercusiones hemodinámicas importantes². Las causas más frecuentes de origen colónico son la enfermedad diverticular y la angiodisplasia³, aunque deben valorarse cuadros crónicos como la enfermedad inflamatoria intestinal, el divertículo de Meckel o las neoplasias².

Las malformaciones arteriovenosas son una causa extremadamente infrecuente de rectorragia². Existe escasa evidencia científica actual sobre las fístulas arteriovenosas de la arteria rectal superior, basadas principalmente en descripciones de casos clínicos. La realización de una historia clínica y exploración física exhaustiva, así como un buen diagnóstico diferencial donde se considere esta afección ante un sangrado rectal agudo, sin causa orgánica evidente, es mandatorio. A su vez, las opciones terapéuticas disponibles han de ser individualizadas. Los procedimientos mínimamente invasivos que han irrumpido en los últimos años parecen la mejor opción en estos pacientes.

A continuación se presenta un caso de rectorragia masiva en una paciente joven tratada con éxito mediante embolización selectiva de la rectal superior.

Mujer de 28 años, sin factores de riesgo asociados, tratada previamente por un sangrado rectal atribuido a hemorroides grado II con anemia aguda, que precisó transfusión de hemoderivados y posterior colocación de bandas elásticas. Acude a urgencias por rectorragia acompañada de taquicardia, tendencia a la hipotensión y anemia grave (hemoglobina 7,5 mg/dl). A la exploración física no se

objetiva causa proctológica que justifique el cuadro y la rectoscopia no mostró lesiones potencialmente sangrantes. Tras discutir el caso en sesión multidisciplinar se consensúa la realización de angiografía, identificándose una fístula arteriovenosa entre la arteria rectal superior derecha y el plexo hemorroidal, que podría ser la responsable de la clínica de la paciente. Tras una nueva transfusión de concentrados de hematíes se efectúa embolización con *microcoils* proximal a la malformación en la arteria rectal superior derecha, y de forma distal a nivel de la arteria rectal superior izquierda, según la técnica *Emborrhoid*. Se mantienen permeables las ramas colaterales menores para evitar la aparición de isquemia rectal (fig. 1).

El procedimiento cursa sin complicaciones, siendo dada de alta a las 24 horas, tras mejoría del cuadro. Actualmente se encuentra en seguimiento en consultas de la unidad de coloproctología, la paciente está asintomática, sin nuevos episodios de sangrado ni anemia.

La monitorización, el tratamiento de soporte y la identificación de la causa subyacente, sobre todo en los casos con sangrado persistente e inestabilidad hemodinámica, son decisivos en el manejo de la hemorragia digestiva baja. Las malformaciones arteriovenosas suelen ser responsables de cuadros agudos y graves que precisan un tratamiento rápido y efectivo³.

La angiografía es la técnica de elección en el diagnóstico diferencial en estos pacientes, tal y como se realizó en el caso descrito. La resección de recto⁴ y la ligadura vascular vía laparoscópica guiada con angiografía intraoperatoria³ son alternativas terapéuticas para la resolución del sangrado en estos casos, pero desde la descripción de la técnica *Emborrhoid* en 2014 por Vidal et al.⁵, el tratamiento de las malformaciones vasculares de la arteria rectal superior se basa en la embolización arterial selectiva por angiografía, que asocia una baja tasa de complicaciones y resultados comparables a otras opciones terapéuticas, con la ventaja de ser mínimamente invasiva. La principal complicación de la técnica es la isquemia rectal, pero el desarrollo de microcatéteres ha reducido el riesgo a un 3%⁴.

Aunque las malformaciones arteriovenosas rectales son una causa infrecuente de hemorragia digestiva baja, su inclusión en el diagnóstico diferencial, y llevar a cabo un abordaje multidisciplinar resulta fundamental en su manejo, ya que la celeridad del tratamiento es clave para el pronóstico del paciente.

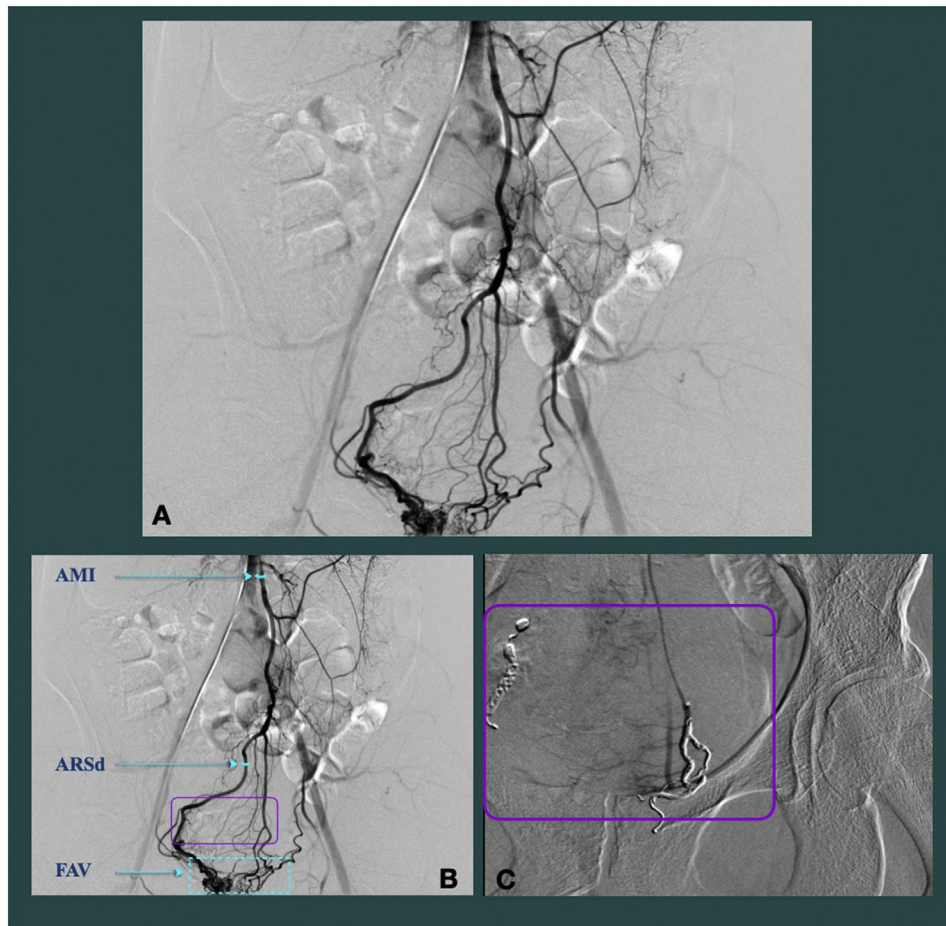


Figura 1 A. Angiografía. B. AMI: arteria mesentérica inferior; ARSd: arteria rectal superior derecha (origen de la fístula); FAV: fístula arteriovenosa. C. Colocación de *microcoils* en las arterias rectales superiores.

Bibliografía

1. Eslick GD, Kalantar JS, Talley NJ. Rectal bleeding: Epidemiology, associated risk factors, and health care seeking behaviour: A population-based study. *Colorectal Dis Off J Assoc Coloproctology G B Irel.* 2009;11:921-6.
2. Oakland K, Guy R, Uberoi R, Hogg R, Mortensen N, Murphy MF, et al. Acute lower GI bleeding in the UK: Patient characteristics, interventions and outcomes in the first nationwide audit. *Gut.* 2018;67:654-62.
3. Ushigome H, Hayakawa T, Morimoto M, Kitagami H, Tanaka M. Rectal arteriovenous fistula resected laparoscopically after laparoscopic sigmoidectomy: A case report. *Asian J Endosc Surg.* 2014;7:56-9.
4. Maddah G, Abdollahi A, Rouhbakhshfar O, Taraz Jamshidi S, Has-sanpour M. Arteriovenous malformations of the colon: A report of two cases and review of the literature. *Casp J Intern Med.* 2017;8:52-5.
5. Vidal V, Sapoval M, Sielezneff Y, de Parades V, Tradi F, Louis G, et al. Emborrhoid: A new concept for the treatment of hemorrhoids with arterial embolization: The first 14 cases. *Cardiovasc Intervent Radiol.* 2015;38:72-8.

Javier Varela Recio, Tatiana Gómez-Sánchez*, Violeta Camacho Marente, Susana Roldán Ortiz y José Manuel Pacheco García

Servicio de Cirugía General y Aparato Digestivo, Hospital Universitario Puerta del Mar, Cádiz, España

* Autor para correspondencia.
Correo electrónico: tgomezsanchez@hotmail.com
(T. Gómez-Sánchez).