



# Cirugía Española

[www.elsevier.es/cirugia](http://www.elsevier.es/cirugia)



## P-620 - ¿ES SEGURA LA ANGIOEMBOLIZACIÓN PARA EL TRATAMIENTO DE LA HEMORRAGIA DIGESTIVA BAJA?

Landeras López, Álvaro<sup>1</sup>; Turégano Fuentes, Fernando Javier<sup>1</sup>; Rey Valcárcel, Cristina<sup>1</sup>; Ruiz Moreno, Cristina<sup>2</sup>; Ballano Franco, Carlos<sup>1</sup>; Calleja Cartón, Enrique<sup>1</sup>; Echenagusía Boyra, Miguel<sup>1</sup>; Fernández Tamayo, Ana<sup>1</sup>

<sup>1</sup>Hospital General Universitario Gregorio Marañón, Madrid; <sup>2</sup>Hospital Comarcal d'Inca, Mallorca.

### Resumen

**Objetivos:** La hemorragia digestiva baja (HDB) puede ser una urgencia médico-quirúrgica que requiere de un manejo multidisciplinar. En los últimos años la angioembolización (AE) se ha propuesto como una opción terapéutica, aunque existen dudas sobre su seguridad y eficacia. El objetivo de este trabajo es estudiar la eficacia y seguridad, en nuestro centro, de la AE como tratamiento de la HDB.

**Métodos:** Estudio de cohortes retrospectivo de todos los pacientes a los que se realizó una AE como tratamiento de la HDB en el Hospital General Universitario Gregorio Marañón entre los años 2009 y 2022. Se ha llevado a cabo un análisis de los datos demográficos, índice de Charlson, anticoagulación/antiagregación, localización del sangrado, material de embolización y evolución de los pacientes. Se definió como éxito técnico la ausencia de sangrado en arteriografía de control tras la AE y éxito clínico la ausencia de exteriorización de sangrado o de necesidad de otros procedimientos terapéuticos por persistencia del sangrado. La seguridad se evaluó mediante la incidencia de isquemia tras la intervención y la necesidad de tratamiento invasivo, y la mortalidad a los 30 días del procedimiento. El análisis de los datos se ha realizado con el *software* IBM SPSS Statistics versión 23.

**Resultados:** De los 28 casos estudiados, 17 eran varones y 11 mujeres. La mediana de edad ha sido de 75,5 años, con RQ = 22. Cinco pacientes (17,8%) presentaron comorbilidad leve (Charlson 0-2), 8 sujetos (28,6%), moderada (Charlson 3-5) y 15 sujetos (53,6%) grave. Doce pacientes (43%) estaban antiagregados o anticoagulados, y 26 pacientes (92,9%) requirieron transfusión previa a la AE. En todos los pacientes se alcanzó éxito técnico. El éxito clínico se logró en 22 casos (78,6%); en 6 casos (21,4%) hubo persistencia de sangrado, de los cuales 1 caso se reembolizó 12 días después de la primera AE, 2 casos presentaron nuevos episodios de rectorragia autolimitados que se manejaron de forma conservadora y en 3 casos fue necesaria la cirugía para solventar el episodio de resangrado. El origen más frecuente del sangrado ha sido la arteria cólica derecha (9 casos, 32,1%). La lesión más frecuente como causa del sangrado ha sido un divertículo colónico (10 casos, 35,7%). El material más utilizado para la AE fue PVA (13 casos, 46,4%). Se registraron 3 casos (10,7%) de isquemia posembolización, pero todos se pudieron manejar de forma conservadora (2 casos de isquemia focal detectada por colonoscopia y otro por TC a raíz de cuadro de dolor abdominal y elevación de reactantes inflamatorios en analítica, sin datos de complicación). No hubo mortalidad a

los 30 días de la AE.

**Conclusiones:** La AE ha demostrado ser una opción terapéutica eficaz y segura en pacientes seleccionados con HDB con repercusión clínica en nuestro centro. Representa una alternativa terapéutica en pacientes de elevada comorbilidad y en los que el origen del sangrado no puede localizarse y/o tratarse por endoscopia.