



## 1463 - VARIACIÓN DE LOS REQUERIMIENTOS TRANSFUSIONALES DE PACIENTES CON ANGIODISPLASIAS GASTROINTESTINALES TRAS INICIO DE OCTREÓTIDO

S. Moragón Ledesma, A. Lorenzo Pinto, A. Pérez Corral, J. Anguita Velasco, B. Andrés del Olmo, A. García García y J.M. de Miguel Yanes

Hospital General Universitario Gregorio Marañón. Madrid.

### Resumen

**Objetivos:** Describir retrospectivamente la variación de requerimientos transfusionales de pacientes en tratamiento con octreótido tras el primer año.

**Métodos:** Se revisan 36 pacientes a través del servicio de farmacia, se recoge el número de concentrados de hematíes con la ayuda de banco de sangre y se realiza el análisis estadístico con SPSS.

**Resultados:** El 55,6% son varones con mediana de 75,5 años (DE: 10,33). Entre la comorbilidad prevalecen factores de riesgo cardiovascular, enfermedad renal y hepática, patología digestiva y neoplasias (tabla 1). La anticoagulación activa se muestra en el 27,78% y el tratamiento antiagregante en el 38,89%. El intestino delgado es la localización más frecuente (72,20%). La mayoría recibe hierro oral e intravenoso, la eritropoyetina exógena se emplea en 8 pacientes afectos de enfermedad renal crónica (22,20%) y la fulguración con argón en todos los casos de posible acceso (58,30%). El 91,67% recibe octreótido a dosis de 10 mg cada 28 días, y en seis casos (18,18%) se aumenta a 20 mg cada 28 días. Veinticinco pacientes (69,44%) disminuyen el número de concentrados de hematíes al año, un paciente (2,78%) no presenta variación y 10 pacientes (27,78%) aumentan sus necesidades (fig. 1). Un paciente es intervenido por reparación endovascular de un aneurisma de aorta, otro paciente de una fractura petrocantérea de fémur y en otro se coloca una TAVI, todos ellos precisando mayor soporte transfusional. La reducción media de número de concentrados de hematíes es de 5,61 unidades con respecto al año previo (DE: 9,87). No se observan diferencias entre los pacientes con retirada la anticoagulación y/o antiagregación, tampoco en aquellos con tratamiento endoscópico previo (tabla 2).

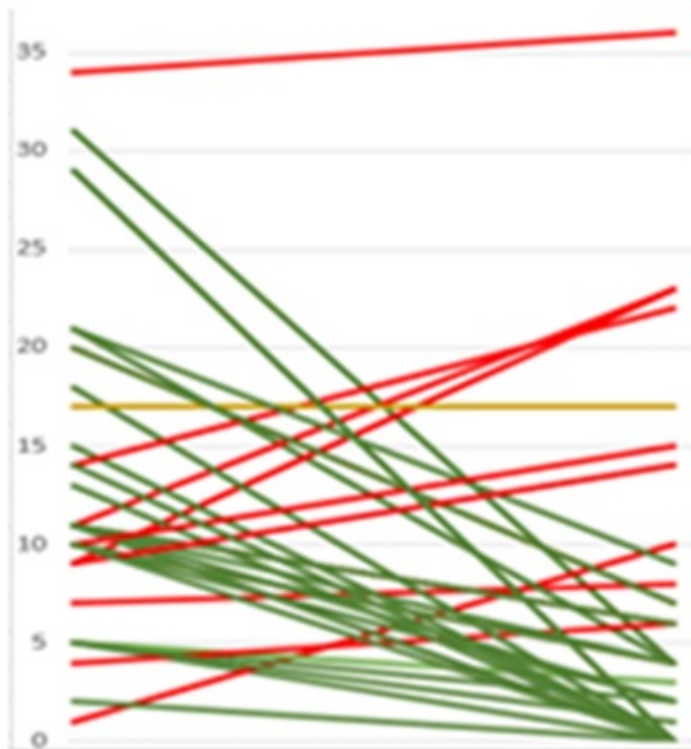
Tabla 1

Comorbilidad	Frecuencia	Porcentaje
Hipertensión arterial	26	72,00%
Dislipemia	22	61,10%
Diabetes mellitus tipo 2	16	44,40%
Obesidad	6	16,70%

Enfermedad renal crónica	20	55,60%
Cardiopatía isquémica crónica	15	41,70%
Insuficiencia cardíaca	13	36,10%
Fibrilación auricular	13	36,10%
Estenosis aórtica	7	19,40%
Enfermedad hepática crónica	8	22,20%
Neoplasia de órgano sólido	12	33,33%
Neoplasia hematológica	3	8,33%
Gastritis	8	22,20%
Diverticulosis	8	22,20%
Ectasia vascular antral gástrica (GAVE)	6	16,70%
Enfermedad arterial periférica	4	11,10%
Accidente cerebrovascular	4	11,10%
EPOC	6	16,70%
Asma bronquial	2	5,60%
Enfermedad autoinmune sistémica	2	5,60%
VIH	1	2,78%
Síndrome de Rendu-Osler	1	2,78%
TEP agudo	1	2,78%

Tabla 2

	Total	Reducción en el número de CH	Porc.	Sin cambios	Porc.	Aumento en el número de CH	Porc.
Retirada de anticoagulación	2	2	100%	0	-	0	-
No retirada de anticoagulación	7	7	100%	0	-	0	-
Cambio a anticoagulante de acción directa	2	2	100%	0	-	0	-
Retirada de antiagregación	1	1	100%	1	-	0	-
No retirada de antiagregación	13	8	61,54%	0	-	5	38,46%
Ferrotterapia	35	24	68,57%	0	-	11	31,42%
Tratamiento endoscópico	21	14	66,67%	0	-	7	33,33%



*Discusión:* La población anciana está afectada por el sangrado crónico por angiodisplasias, con comorbilidades frecuentes que aumentan el riesgo de sangrado. El uso de octreótido parece razonable en pacientes con lesiones inaccesibles con sangrado refractario y con alto riesgo para otras intervenciones agresivas. La mayor parte de la evidencia disponible procede de muestras reducidas, por lo que son necesarios más estudios para estandarizar el uso de este fármaco en el sangrado por angiodisplasias.

*Conclusiones:* Mostramos pacientes con angiodisplasias gastrointestinales no susceptibles de tratamiento endoscópico en los que la optimización terapéutica con ferrotterapia y administración de eritropoyetina exógena no es suficiente. El uso de octreótido se muestra útil en un porcentaje significativo, con una reducción media de los concentrados de hematíes con respecto al año previo.

## **Bibliografía**

1. Becq A, Rahmi G, Perrod G, et al. Hemorrhagic angiodysplasia of the digestive tract: pathogenesis, diagnosis, and management. *Gastrointestinal Endoscopy*. 2017;86(5):792-806.
2. Grooteman KV, van Geenen EJM, Drenth JPH. Multicentre, open-label, randomised, parallel-group, superiority study to compare the efficacy of octreotide therapy 40 mg monthly versus standard of care in patients with refractory anaemia due to gastrointestinal bleeding from small bowel angiodysplasias: a protocol of the OCEAN trial. *BMJ Open*. 2016.
3. Brown C, Subramanian V, et al. Somatostatin analogues in the treatment of recurrent bleeding from gastrointestinal vascular malformations: an overview and systematic review of prospective observational studies. *Digestive Diseases and Sciences*. 2010;55(8):2129-34.