



EM-018 - USO DE TALIDOMIDA Y OCTREÓTIDO EN LA HEMORRAGIA DIGESTIVA REFRACTARIA

P. Maese Rufino, I. Melguizo Moya, A. Navarro Puerto y J. Mira Escarti

Medicina Interna. Complejo Hospitalario de Especialidades Virgen de Valme. Sevilla.

Resumen

Objetivos: Revisión de la evidencia científica sobre el uso de talidomida y octreótido en la hemorragia digestiva refractaria (HDR). Descripción del perfil de pacientes que han recibido estos fármacos.

Material y métodos: Se elaboró un estudio retrospectivo con los pacientes del Hospital de Valme que habían recibido talidomida u octreótido para el tratamiento de la HDR entre 2008-2018.

Resultados: Se identificaron 34 pacientes con una mediana de edad de 76 años, el 53% mujeres, más del 50% independientes según la escala de Barthel, y el 88% con comorbilidad elevada. 28 pacientes (82%) realizaron tratamiento con talidomida y 6 (18%) con octreótido. Ambos grupos de tratamiento mostraron homogeneidad en la distribución de los factores de riesgo para HDR, excepto para la cardiopatía isquémica con mayor incidencia en el grupo octreótido (33% vs 18%). La incidencia de dichos factores de riesgo fue: hipertensión arterial en el 73%, diabetes mellitus el 44%, enfermedad renal crónica el 47%, estenosis aórtica el 23%, anticoagulación el 35% y antiagregación el 30%. El diagnóstico más frecuente fue hemorragia por angiodisplasias (68% del total), más frecuentes en intestino delgado (26%), seguido de estómago (18%) y multifocal (18%). Un 23% quedó como hemorragia de origen oscuro. De las pruebas diagnósticas, aquellas que alcanzaron mayor rendimiento fueron la endoscopia oral (44%) y la capsuloendoscopia (29%).

Discusión: Según la bibliografía, del 2-8% de las hemorragias digestivas no responden al tratamiento habitual o no se identifica el foco de sangrado (hemorragia digestiva refractaria). En este grupo, las malformaciones vasculares adquiridas -angiodisplasias- son la principal etiología (40-60%); la localización más frecuente es colon ascendente e intestino delgado (75%). Estas angiodisplasias se relacionan con la edad > 60 años, enfermedad renal crónica avanzada y estenosis aórtica (síndrome de Heyde). Otras asociaciones, como la antiagregación/anticoagulación resultan menos claras y actúan como factor precipitante. El diagnóstico es difícil, precisando repetidas endoscopias y otras pruebas diagnósticas para identificar el foco. Hasta en el 5% no se identifica ninguna lesión.

Conclusiones: La hemorragia digestiva refractaria es más frecuente en pacientes mayores, hipertensos, diabéticos y con enfermedad renal crónica. La causa más frecuente de HDR son las angiodisplasias. Este grupo puede beneficiarse del tratamiento con talidomida y octreótido.