REVISTA ESPAÑOLA DE

ENFERMEDADES DIGESTIVAS

The Spanish Journal of Gastroenterology

www.reed.es
(Open Access)

NOVIEMBRE 2018 · VOLUMEN 110
Suplemento 3

Factor de Impacto (2017):
JCR: 1,632 (Q4) / SJR: 0,417 (Q3)

Órgano de expresión científica de:

Sociedad Española de Patología Digestiva (SEPD)
Sociedad Española de Endoscopia Digestiva (SEED)
Asociación Española de Ecografía Digestiva (AEED)

40 CONGRESO DE LA SOCIEDAD ESPAÑOLA DE ENDOSCOPIA DIGESTIVA

Zaragoza, 14-17 de noviembre de 2018

P-060. UTILIZACIÓN DE PRÓTESIS METÁLICAS TOTALMENTE CUBIERTAS COMO TRATAMIENTO DE RESCATE EN HEMORRAGIA POSTESFINTEROTOMÍA

Gotor Delso, Jesús¹; Frago Larramona, Santiago¹; Espina Cadena, Silvia¹; Sierra Moros, Eva²; Val Pérez, José²; Uribarrena Amezaga, Rafael²

¹Hospital Santa Bárbara. Soria. ²Hospital Universitario Miguel Servet. Zaragoza

Introducción: El tratamiento endoscópico habitual de la hemorragia postesfinterotomía (HP) se basa en métodos inyectivos o mecánicos, y en casos refractarios pueden requerir cirugía o tratamientos endovasculares intervencionistas. El uso de prótesis metálicas totalmente cubiertas (PMTc) en estos casos puede ser una alternativa en estos pacientes, sobre todo en hemorragias graves o en pacientes con alto riesgo quirúrgico.

Objetivo: Describir la efectividad de las PMTC para la hemorragia postesfinterotomía refractaria o grave.

Material y método: Se trata de una serie de 5 casos de HP en la que se han utilizado PMTC como tratamiento de la HP refractaria/grave o en pacientes que van a requerir anticoagulación precoz, acontecidos en nuestro hospital desde 2013 a 2015 (ambos inclusive).

Resultados: La edad media de los pacientes fue de 82,4 años (75-87). 3 de ellos presentaban como comorbilidad cardiopatía isquémica grave, que requerían antiagregación, y un paciente portaba válvula metálica mitral de alto riesgo tromboembólico. El momento de presentación fue inmediato en 4 de los casos, requiriendo hemotransfusiones todos ellos.

La colocación de PMTC se indicó tras tratamiento endoscópico fallido previo (inyectivo y compresivo con balón) en 3 pacientes, y como terapéutica inicial en 2, debido a alteraciones anatómicas (divertículo duodenal) que dificultaba la hemostasia endoscópica inicial convencional.

Con la colocación de prótesis se obtuvo el cese de la hemorragia en todos ellos, además de permitir un reinicio precoz de antiagregación y anticoagulación.

Como complicaciones únicamente se produjo una migración de prótesis, que no requirió ningún tipo de intervención.

Conclusiones: En los casos de HP con fracaso del tratamiento endoscópico convencional o con anatomía desfavorable de la papila mayor, la colocación de PMTC puede ser una alternativa efectiva y segura, especialmente en pacientes anticoagulados y/o antiagregados con alto riesgo tromboembólico.