



OCTREÓTIDA PARA TRATAMIENTO DE SANGRADO POR ANGIODISPLASIAS ILEALES EN PACIENTE ANTICOAGULADA.

Seisdedos Elcuaz R*, Legaz Huidobro ML**, Sánchez-Manjavacas Muñoz N**, López Sánchez P*, Conde García MC*, Jerez Fernández E*.

*Servicio de Farmacia. **Servicio de Aparato Digestivo. Hospital General La Mancha-Centro. Alcázar de San Juan (Ciudad Real).

RESUMEN

La angiodisplasia es una lesión degenerativa que puede dar lugar a hemorragias digestivas de origen oscuro. Octreotida es un análogo sintético de somatostatina que se utiliza en el tratamiento de estas lesiones. Presentamos el caso de una paciente anticoagulada con angiodisplasias intestinales en tratamiento con octreotida LAR.

INTRODUCCIÓN

La angiodisplasia es una lesión degenerativa, con dilatación y fragilidad de vénulas y capilares, que a lo largo de su evolución puede originar fístulas arteriovenosas que dan lugar a hemorragias digestivas¹. Es la alteración vascular más común del tracto gastrointestinal y la causa más frecuente de hemorragia digestiva de origen oscuro (HDOO). Puede ser de origen primario o una afectación secundaria del tubo digestivo en múltiples patologías como la telangiectasia hemorrágica hereditaria, la enfermedad de Von Willebrand, conectivopatías (pseudoxantoma elástico, síndrome de Ehlers-Danlons), la enteritis por radiación, la insuficiencia renal crónica, las cardiopatías valvulares, la hipertensión portal o las vasculitis. El desarrollo de la cápsula endoscópica y la enteroscopia de doble balón, ha aumentado las tasas de diagnóstico y tratamiento de estas lesiones. El tratamiento terapéutico agresivo (endoscópico, angiográfico o quirúrgico) no siempre es posible o definitivo, por la comorbilidad asociada o al existir en muchas ocasiones lesiones no accesibles o múltiples, siendo habitual el resangrado. Otras alternativas terapéuticas incluyen la terapia hormonal, actualmente cuestionada, y los beta-bloqueantes no selectivos.

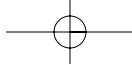
Octreotida es un análogo sintético de somatostatina que se utiliza en el tratamiento de la angiodisplasia debido a su potente efecto vasoconstrictor esplácnico, mediado por la inhibición de péptidos vasodilatadores. Este efecto produce una disminución marcada del flujo vascular portal y mesentérico, pudiendo llegar a reducirse las lesiones o incluso a desaparecer². Asimismo, se ha demostrado experimentalmente en diversos tejidos (ojo, placenta, tumores hepáticos y neuroendocrinos) su capacidad antiangiogénica, lo que podría ser relevante ya que este mecanismo parece implicado en la patogénesis de la angiodisplasia³. Los efectos secundarios derivan fundamentalmente de la inhibición de las secreciones y hormonas del páncreas y tubo digestivo (alteraciones de la glucemia, náuseas, vómitos, estreñimiento, coleditiasis, esteatorrea).

CASO CLÍNICO

Mujer de 70 años que acude al hospital por presentar deposiciones de características melénicas, astenia y disnea. Entre los antecedentes personales destaca valvulopatía mitroaórtica reumática con prótesis mecánica en fibrilación auricular crónica con hipertensión pulmonar severa, histerectomía y doble anexectomía por adenocarcinoma de endometrio, anemia perniciosa y episodio de HDOO tres años antes. Como tratamientos refiere la toma de digoxina, candesartan, furosemida, espironolactona, atorvastatina, acenocumarol, ácido fólico, hierro, vitamina B₁₂ y ranitidina.

Al ingreso, presenta hemoglobina de 7.5 g/dL y se requiere la transfusión de seis concentrados de hematíes en las primeras 48 horas. Se mantiene a la paciente en reposo digestivo y con fluidoterapia intravenosa. La endoscopia oral, colonoscopia con ileoscopia y arteriografía no evidencian lesiones potencialmente sangrantes ni sangrado activo. En la cápsula endoscópica se objetivan angiodisplasias con sangrado activo a nivel de ileon proximal. Dada la naturaleza y localización de las lesiones y la patología de base de la paciente con necesidad de tratamiento anticoagulante, se comienza tratamiento con octreotida subcutáneo a dosis de 0,05 mg cada 8 horas y se sustituye la anticoagulación con acenocumarol por perfusión de heparina intravenosa. Una vez estabilizada la paciente, se reintroduce la anticoagulación oral y, dado el riesgo hemorrágico, se decide mantener el tratamiento con octreotida de forma ambulatoria. Tras su aprobación por uso compasivo, se sustituye la presentación convencional por octreotida LAR a dosis de 20 mg intramuscular una vez al mes y se procede al alta hospitalaria.

La paciente reingresa al cabo de cuatro meses por un nuevo episodio de melenas, precisando en esta ocasión la transfusión de dos concentrados de hematíes. Las deposiciones se normalizan tras aplicar medidas de soporte tales como fluidoterapia, reposo intestinal, sus-



pensión de anticoagulantes orales e infusión de hierro intravenoso. Se decide suspender el tratamiento con acenocumarol y se pauta enoxaparina manteniéndose desde entonces sin signos aparentes de sangrado (8 meses) y niveles actuales de hemoglobina de 10 g/dL. Actualmente continúa en tratamiento con octreotida y enoxaparina.

DISCUSIÓN

En los últimos años se han publicado buenos resultados con octreotida en el tratamiento de la HDOO, evitando la transfusión o disminuyendo las necesidades, en la mayoría de los casos. Ha demostrado su utilidad en pequeñas series y comunicaciones aisladas, tanto en situaciones agudas como en terapia de mantenimiento en sangrados crónicos, manteniendo la respuesta clínica en algunos casos tras la retirada de la medicación^{3,4,5}.

El diagnóstico de angiodisplasia intestinal es altamente probable en pacientes con cardiopatías valvulares que presenten hemorragia digestiva. Su tratamiento es difícil y controvertido, por lo que son necesarios estudios prospectivos. Octreotida LAR es cómodo por su administración mensual y presenta un perfil de eficacia y seguridad similar a la presentación de administración diaria⁽⁶⁾. Es una alternativa especialmente útil en pacientes de edad avanzada o con comorbilidad asociada. En el caso de esta paciente se planteó el tratamiento con octreotida dado el tipo, número y localización de las lesiones, inaccesibles a tratamiento endoscópico y no subsidiarias de tratamiento quirúrgico por comorbili-

dad severa, así como por la necesidad de mantener tratamiento anticoagulante. El principal inconveniente es su coste, aunque la disminución de los ingresos hospitalarios y la necesidad de transfundir parecen hacerlo costo-efectivo.

BIBLIOGRAFÍA

1. Ruiz Rebollo L et al. Octreótida En El Sangrado Por Angiodisplasias Intestinales. *Gastroenterol Hepatol* 2008; 31(10): 713-4.
2. Scaglione G, Pietrini L, Russo F, Franco MR, Sorrentini I. Long-acting octreotide as rescue therapy in chronic bleeding from gastrointestinal angiodysplasia. *Aliment Pharmacol Ther* 2007 Sep 15; 26(6), 935-42.
3. Junquera F, Saperas E, Videla S, Feu F, Vilaseca J, Armengol JR et al. Long-Term Efficacy of Octreotide in the Prevention of Recurrent Bleeding from Gastrointestinal Angiodysplasia. *Am J Gastroenterol* 2007 Feb; 102(2):254-60.
4. Nardone G, Rocco A, Balzano T, Budillon G. The efficacy of octreotide therapy in chronic bleeding due to vascular abnormalities of the gastrointestinal tract. *Aliment Pharmacol Ther* 1999 Nov;13(11):1429-36.
5. Nordquist LT, Wallach PM. Octreotide for gastrointestinal bleeding of obscure origin in an anticoagulated patient. *Dig Dis Sci* 2002 Jul;47(7):1514-5.
6. Molina-Infante J, Perez-Gallardo B, Gonzalez-Garcia G, Fernandez-Bermejo M, Mateos-Rodriguez JM, Robledo-Andres P. Octreotide LAR for severe obscure-overt gastrointestinal haemorrhage in high-risk patients on anticoagulation therapy. *Gut* 2007 Mar;56(3):447.

