

---

# LA ENDOSCOPIA EN LA HEMORRAGIA DIGESTIVA ALTA.

---

Mirian Teresita Machuca, Diego Luis Fernández  
Dra. Margarita Noemí Gómez, Dra. Karina Beatriz Bordón

## RESUMEN

La hemorragia digestiva es un síndrome de elevada incidencia y tasa de mortalidad.

La endoscopia digestiva alta temprana cambia el curso natural del sangrado recurrente en pacientes de alto riesgo, reduciendo con ello la mortalidad, tratando complicaciones potencialmente letales.

Debe ser considerada como una intervención primaria y temprana para establecer la causa del sangrado, y a partir de ello realizar el tratamiento y estimar el riesgo individual para la recurrencia de la hemorragia.

El paciente debe ser atendido por un equipo multidisciplinario.

**Palabras Clave:** endoscopia – hemorragia digestiva alta.

## ABSTRACT

The digestive hemorrhage is a syndrome of high incident and rate of mortality.

The digestive endoscopy early discharge changes the natural course of the bled appellant into patients of high risk, reducing the mortality, treating potentially lethal complications. Must be considered to be a primary and early intervention to establish the reason of the bled one, and from it to realize the treatment and to estimate the individual risk for the recurrence of the hemorrhage.

The patient must be attended for a multidisciplinary team.

**Key words:** endoscopy - digestive high hemorrhage.

## INTRODUCCION

La hemorragia digestiva es un síndrome de elevada incidencia y tasa de mortalidad. Sin embargo la endoscopia a partir de la década del 70 ha constituido un importante avance en el diagnóstico de estos pacientes.<sup>1</sup>

La esofagogastroduodenoscopia ocupa una posición importante en la evaluación diagnóstica y manejo terapéutico de la HDA. La seguridad, refinamiento anatómico, y su capacidad para obtener muestras de tejido soportan su uso como principal instrumento diagnóstico. La amplia diversidad de instrumentos endoscópicos disponibles permiten ampliar su aplicación diagnóstica y terapéutica a un amplio rango de patologías, tanto benignas como neoplásicas, precisando de esta manera la causa y el origen de la hemorragia en la mayoría de los casos.<sup>2</sup>

La endoscopia digestiva alta temprana cambia el curso natural del sangrado recurrente en pacientes de alto riesgo, reduciendo con ello la mortalidad<sup>3</sup>, tratando complicaciones potencialmente letales.<sup>4</sup>

La endoscopia con intención terapéutica debería ser la intervención más temprana a realizar para el control del sangrado y la prevención del resangrado.<sup>5</sup>

Los **objetivos** de esta revisión bibliográfica son: definir la hemorragia digestiva alta y sus causas, y analizar la eficacia de la endoscopia digestiva alta en el diagnóstico, pronóstico y tratamiento de la misma.

## MATERIALES Y METODOS

Para la realización del presente trabajo nos basamos en dos tipos de fuentes: material escrito y material on-line.

**Material Escrito:** se ha utilizado bibliografía clásica de tratados de Cirugía (Michans) y de Medicina Interna (Harrison); y variadas revistas científicas nacionales y extranjeras. También utilizamos artículos de la hemeroteca de la Facultad de Medicina de la UNNE.

**Internet:** Para acceder a estudios y publicaciones actualizadas se recurrieron a Medline, Cochrane, Google (para acceder a sitios de organismos oficiales) e Intermedicina. Las palabras claves utilizadas fueron: endoscopia + hemorragia digestiva alta y endoscopy + digestive high hemorrhage.

## DESARROLLO

La hemorragia digestiva es la pérdida de sangre hacia la luz del tubo digestivo, que generalmente se exterioriza por la salida de sangre por la boca (hematemesis) o el ano (melena, enterorragia). Se denomina hemorragia digestiva alta (HDA) a la originada por lesiones que se ubican en el esófago, estómago, y el duodeno (desde el esfínter esofágico superior hasta el ángulo de Treitz) o a aquella exteriorizada en ese sector del tubo digestivo, pero generada por lesiones en otros órganos como el hígado y las vías biliares (hemobilia), el páncreas (wirsunrragia) o la aorta (fístula aortoduodenal). Incluye desde cuadros clínicos manifestados por anemia crónica relacionadas con pérdidas microscópicas hasta formas graves que ponen en peligro la vida del paciente y que requieren una rápida resucitación, diagnóstico y tratamiento de la causa de la hemorragia.

Las causas más frecuentes son: lesiones mucosas agudas gastroduodenales, las úlceras pépticas duodenales y gástricas y los pro-

cesos relacionados con la hipertensión portal, que incluyen várices esofágicas y del techo gástrico, y la gastropatía hipertensiva. Otras causas menos frecuentes son el síndrome de Mallory-Weiss, el cáncer y leiomioma gástricos y las ectasias vasculares.<sup>6</sup>

Para su diagnóstico, pronóstico y tratamiento nos valemos de la endoscopía digestiva alta que es un procedimiento inocuo en manos experimentadas.<sup>7</sup>

La endoscopía a repercutido favorablemente en la mortalidad, la necesidad de cirugía de urgencia, el número de unidades de sangre transfundidas y el total de días de internación. Son igualmente eficaces: la electrocoagulación bipolar, la endocoagulación, la coagulación con microondas, el laser y las inyecciones locales de alcohol, de adrenalina, de esclerosantes y incluso de solución salina sola.<sup>6</sup>

Dentro de las ventajas de la endoscopía podemos destacar: Presenta una alta sensibilidad y especificidad 92 a 95%, como método diagnóstico<sup>6</sup>; permite identificar las causa de HDA: que es una complicación que se presenta en el 15 al 20% de los enfermos con úlcera péptica, existiendo un 80% con antecedentes de enfermedades ulcerosas<sup>1</sup>; identifica hemorragia varicosa, que ocurre en el 20-30% de los pacientes cirróticos<sup>8</sup>, como así también hemorragia digestiva no varicosa<sup>9</sup>; expansiones de las indicaciones endoscópicas en pacientes con adenocarcinomas gástricos, a pesar de que en ellos la cirugía es el tratamiento de elección.<sup>10</sup>; en la prevención de recidivas secundarias, la asociación de fármacos y técnicas endoscópicas es claramente superior que la utilización aislada de cualquiera de ellos; el tratamiento endoscópico comparado con drogas o placebo demostró disminuir el número de resangrado, el número de cirugías y la mortalidad, en los pacientes con HDA no varicosa. En el caso de resangrado se recomienda una segunda endoscopía y tratamiento endoscópico. La cirugía se reserva para el fracaso del segundo tratamiento endoscópico.<sup>11</sup>

Sin embargo presenta las siguientes desventajas: complicaciones por perforación y empeoramiento del sangrado, si la hemostasia no es obtenida<sup>3</sup>; morbimortalidad aumentada asociadas a enfermedades cardiorrespiratorias, atribuidas a la sedación analgésica<sup>12</sup>; tiene un cierto grado de invasividad y provoca malestar en los pacientes<sup>8</sup>; la positividad diagnóstica decrece rápidamente a medida que aumentan las horas de iniciada la hemorragia. Por esta razón hoy se insiste en que lo ideal es que no transcurran más de 12 a 24 horas desde el inicio del sangrado para efectuar el estudio endoscópico; además de ser la endoscopía digestiva alta un elemento de gran utilidad en el manejo de los pacientes que tienen HDA, el

mejor momento para realizarla debe ser definido clínicamente a modo de obtener no solamente la posibilidad de un adecuado diagnóstico, sino también una adecuada acción terapéutica; sí está indicado.

¿Qué pacientes deben ser tratados endoscópicamente? Existen elementos clínicos y endoscópicos que permiten predecir que un paciente va a continuar sangrando o va a recidivar su hemorragia.

Elementos clínicos: la magnitud del sangrado al momento de la consulta, presencia de hematemesis y sangrado rectal simultaneo, patologías asociadas, y hemorragia intrahospitalaria.

Elementos endoscópicos: presencia de un sangrado activo de tipo arterial, sangrado difuso al momento de la endoscopía, presencia de coágulo sobre la úlcera, vaso visible, otros hallazgos endoscópicos: lesión sobreelevada blanquecina o mácula plana.

La endoscopía con intención terapéutica debería ser considerada fuertemente como la intervención más temprana a realizar para el control del sangrado y la prevención del resangrado.

Los predictores del presangrado son: edad avanzada, shock, inestabilidad hemodinámica, comorbilidades (los pacientes cirróticos que sobreviven a un episodio de sangrado tienen un riesgo de resangrado que llega a 60 % en 1 año. Cada episodio de resangrado está asociado a una mortalidad de 20 %<sup>12</sup>), diagnóstico endoscópico específico (Ejemplo: malignidad gastrointestinal), uso de anticoagulantes o coagulopatías y la presencia de lesiones de alto riesgo.<sup>13</sup>

Por otra parte el paciente con sospecha de HDA debe estar bajo el control estricto de un equipo multidisciplinario constituido por médicos (incluyendo al endoscopista) cirujanos y enfermeras, siendo necesario que exista un protocolo clínico de actualización, la actividad debe coordinarse mediante estudios prospectivos y anualmente los resultados deben ser revisados para mantener o modificar las actitudes terapéuticas.<sup>1</sup>

## CONCLUSIONES

Luego de considerar las diversas ventajas y desventajas de la endoscopía digestiva alta, podemos concluir que la misma es una opción válida ya que ha ampliado de manera considerable el diagnóstico, pronóstico y tratamiento en la hemorragia digestiva alta.

Debe ser considerada como una intervención primaria y temprana para establecer la causa del sangrado, y a partir de ello realizar el tratamiento y estimar el riesgo individual para la recurrencia de la hemorragia.

Las demandas de las exploraciones endoscópicas son cada vez mayores, y gran parte de

ellas se realiza en pacientes de edad avanzada con enfermedades asociadas, reduciendo la hemorragia y la indicación de tratamiento qui-

rúrgico en pacientes con signos endoscópicos de bajo riesgo.

El paciente debe ser atendido por un equipo multidisciplinario.

#### BIBLIOGRAFIA

1. Lanari Zubiaur FJB, Vilar JH. Hemorragia digestiva por úlcera péptica. Revista de la Carrera de Postgrado de Especialización en Gastroenterología: Corrientes Argentina. 1997; 10:18 – 26.
2. Lepore GV, Sampor CV, Storni MP, Calderón Gospodino SR. Lesiones endoscópicas más frecuentes en un grupo de pacientes con clínica de hemorragia digestiva alta. Rev de Posgrado de la VIa Cátedra de Medicina [en línea] 2006 [9 de abril de 2008] 158: 5-8. URL disponible en: [http://med.unne.edu.ar/revista/revista158/2\\_158.pdf](http://med.unne.edu.ar/revista/revista158/2_158.pdf)
3. Firman G. Algoritmo diagnóstico y terapéutico de la hemorragia gastrointestinal alta. Intermedicina.com [en línea] 2002 [14 de abril de 2008] URL disponible en: <http://www.intermedicina.com/Avances/Cirugia/ACI29.htm>
4. Espinet E, Muñoz Navas M, Súbtil JC. Utilidad de la endoscopia en la hemorragia digestiva por vasculitis. Gastroenterología y Hepatología. España. 2004; 27 (7):403-407.
5. Ibáñez LA. Hemorragia Digestiva Alta. Manual de Patología Quirúrgica. Pontificia Universidad Católica de Chile : Escuela de Medicina. [en línea] 2005 [15 de noviembre de 2005] URL disponible en: [http://escuela.med.puc.cl/paginas/publicaciones/patolquir/patolquir\\_019.html](http://escuela.med.puc.cl/paginas/publicaciones/patolquir/patolquir_019.html)
6. Ferraina P, Oria A Cirugía de Michans 5ª ed. Buenos Aires. Editorial El Ateneo;2003:730-736.
7. Kasper LD, Fauci AS, Braunwald E, Hauser SL, Longo DL, Jameson JL et al. Harrison: Principios de Medicina Interna. 14ª ed. Madrid. Editorial Ultra 1998: vol 2:1798-1803.
8. Adrover R ,Cocozzella D, Borzis A y col. Cuando sería más rentable realizar una endoscopia digestiva alta para establecer la presencia de várices esofágicas en pacientes con cirrosis. Gastroenterología y Hepatología. España. 2004; 27(6):353-356.
9. Tornero Estebanez C; Mesias Zafras A, Guillén Rico M, Morata Alba L. Influencia del especialista en el coste del tratamiento de la hemorragia digestiva alta no varicosa en un hospital comarcal. Gastroenterología y Hepatología. España. 2004;27(8):499-500.
10. Martínez Cerezo FJ, Garreta J, Miralbés M. Resección endoscópica con asa combinada con electrocoagulación con argón en plasma de un paciente con alto riesgo quirúrgico. Gastrología y Hepatología. España. 2004;(7):411-413.
11. Cimmino D. Hemorragia digestiva. Sociedad de Medicina Interna de Buenos Aires [en línea] 2007 [14 de abril de 2008] URL disponible en: [http://www.smiba.org.ar/cursos\\_2007/Hemorragia%20digestiva.ppt](http://www.smiba.org.ar/cursos_2007/Hemorragia%20digestiva.ppt)
12. Martínez H. Terapéutica endoscópica de la hemorragia digestiva alta por várices esofágogástricas. GastroEn-LaRed. [en línea] 2005 [8 de febrero de 2008] URL disponible en: [http://www.gastroenlared.com.ar/template.php?pagina=~/Articulos/V\\_9/HemorragiaDigestivaAlta.html](http://www.gastroenlared.com.ar/template.php?pagina=~/Articulos/V_9/HemorragiaDigestivaAlta.html)
13. Campo R, Brullet E, Junquera F y col. Sedación en la hemorragia digestiva. Resultados de una encuesta hospitalaria en Cataluña. Gastroenterología y Hepatología. España. 2004;27(9):503-507.