
HEMORRAGIA DIGESTIVA ALTA AGUDA NO VARICOSA: TRATAMIENTO DE LA RECIDIVA

Magna Adolfina Maidana, Sandra Elizabet Sesin, Marcos Ormella
Dr. Fernando David Boudot

RESUMEN

La hemorragia digestiva alta es la pérdida de sangre hacia la luz del tubo digestivo, originada por lesiones localizadas entre el esfínter esofágico superior y el ángulo de treiz.

La recidiva, se la define como la presencia de hematemesis o de signos de actividad hemorrágica (aspirado gástrico hemático y/o melenas) asociados a signos de hipovolemia (PAS < 100mmHg y/o FC > 100 lat/min) y/o anemización (descenso de la hemoglobina > 2 g/l) en un periodo inferior a 12 horas, descenso de hematocrito 6 puntos o más en 24 horas, o pérdidas menores durante más de 2 días.

La hemorragia digestiva alta es una de las principales causas de ingreso hospitalario por enfermedad del tracto gastrointestinal, con una alta mortalidad, que está en relación directa con la propia recidiva, por lo cual se debe proceder a una rápida resolución de la lesión.

La úlcera péptica gastroduodenal, las lesiones agudas de la mucosa gástrica o duodenal son la etiología de hemorragia digestiva alta más frecuentemente halladas, pero también hay un elevado número de casos sin diagnóstico preciso.

Recientemente se encontró una asociación con la presencia del *Helicobacter pylori* y se demostró que la erradicación de esta bacteria reduce el riesgo de recidivas hemorrágicas a largo plazo.

El desarrollo de diferentes técnicas de terapéutica endoscópica ha condicionado un notable descenso de la incidencia de recidiva de la hemorragia y de la necesidad de tratamiento quirúrgico.

La hemorragia digestiva alta es autolimitada en la mayoría de los casos, pero puede evolucionar de manera impredecible y dramática llevando rápidamente a la muerte.

Por lo tanto, estos pacientes deben ser controlados en forma continua, preferentemente hospitalizados y tratados por un equipo multidisciplinario.

Palabras claves: hemorragia digestiva alta, diagnóstico endoscópico, recidiva, tratamiento.

ABSTRACT.

The upper gastrointestinal bleeding is the loss of blood into the light of digestive tract, caused by lesions, localized between the upper esophageal sphincter and the treiz angle.

The recurrence, is defined as the presence of haematemesis or haemorrhagic signs of activity (hemático gastric aspirates and / or melena) associated of hypovolaemia (PAS<100mmHg and / or FC> 100 lat. / Min.) and/or anemización (down hemoglobin> 2 g / l) in a period of less than 12 hours, drop in hematocrit 6 points or more in 24 hours or minor losses for more than 2 days.

The upper gastrointestinal bleeding is one of leading causes of hospitalization for gastrointestinal tract disease, with a high mortality, for which it must be proceeded to a fast resolution of the lesion.

The gastroduodenal peptic ulcer, the acute gastric or duodenal mucous lesions are the most frequent etiology of upper gastrointestinal bleeding, but there are also a large number of cases without an accurate diagnosis.

Recently, it was found an association with the presence of *Helicobacter pylori*, and it was demonstrated that the eradication of this bacterium reduces the risk of recurrent bleeding in the long term.

The development of differnt endoscopic techniques it conditions a remarkable reduction of the recurrence incidence of the hemorrhage and the necessity of surgical treatment.

The upper gastrointestinal bleeding is self-limiting in most cases, but may evolve so unpredictably and dramatically, leading quickly to death.

Therefore, these patients should be continuously monitored, preferably hospitalized and treated by a multidisciplinary team.

Keywords: upper gastrointestinal bleeding, endoscopic diagnosis, recurrence, treatment

INTRODUCCION

La Hemorragia Digestiva Alta es una emergencia médico-quirúrgica frecuente a pesar de los numerosos avances científicos y técnicos que se han producido en el campo del diagnóstico y tratamiento mantiene una elevada morbimortalidad⁽¹⁾. Es la pérdida de sangre hacia la luz del tubo digestivo, originada por lesiones localizadas entre el esfínter esofágico superior y el ángulo duodenoyeyunal⁽²⁻⁴⁾.

Las dos causas más habituales de hemorragia digestiva alta son las lesiones agudas de la mucosa gastroduodenal y las úlceras duodenales. En tercer lugar se encuentran las úlceras gástricas⁽²⁾. Cabe aclarar que la causa más común de la hemorragia digestiva alta no varicosa es la úlcera péptica gastroduodenal, que representa alrededor del 70% de los casos, pero también puede ser debido a lesiones agudas de la mucosa gástrica, esofagitis, sín-

drom7e de Mallory-Weiss, tumores o lesiones vasculares ^(4, 5). Cuando se habla de lesiones agudas, se engloba a una serie de patologías agudas, caracterizadas por exulceraciones múltiples de la mucosa gastroduodenal (gastritis aguda hemorrágica, estrés, medicamentos, sepsis, úlcera de Cushing de los quemados, antroduodenitis erosiva, etc.).

La HDA es una de las urgencias gastroenterológicas más frecuentes. Representa entre el 1 y 3.5% de las internaciones en los servicios de emergencia ⁽²⁾. La incidencia es de 100 a 150 casos por 100.000 habitantes al año, con una mortalidad del 10 al 14% ^(1, 3, 4). Es autolimitada en la mayoría de los casos. Hasta en un 20% de ellos la hemorragia persiste o recidiva tras el ingreso en el hospital, y es en este grupo de pacientes donde se concentra la mortalidad ⁽⁴⁾.

Desde el punto de vista de su gravedad, la hemorragia gastrointestinal puede abarcar desde la forma masiva aguda hasta las pérdidas sanguíneas crónicas e intermitentes, pudiendo la hemorragia digestiva alta aguda manifestarse de tres maneras ⁽¹⁾: hematemesis de sangre fresca, de melenas, de ambas o, con menor frecuencia, como hematoquecia ^(1-3, 5), estas formas de presentación dependen de la magnitud del sangrado, evidenciándose a través de manifestaciones clínicas y del compromiso hemodinámico ⁽¹⁾.

En la actualidad hay una elevada prevalencia en la población añosa, entre la sexta y la octava década de la vida.

Los principales factores de riesgo de las complicaciones ulcerosas relacionadas con el uso de AINE: son la edad, antecedentes de episodios ulcerosos, el AINE usado, altas dosis.

La infección por *Helicobacter pylori* no parece aumentar el riesgo de hemorragia, sin embargo varios estudios aleatorios han demostrado ⁽²⁾ que la erradicación de la infección por *Helicobacter Pylori* en pacientes con HDA de origen péptico se acompaña de un descenso de la tasa de recidiva hemorrágica a largo plazo ⁽⁶⁾.

La hemorragia digestiva alta no varicosa se mantiene como una causa frecuente de consulta en las unidades de emergencia. Su enfrentamiento y terapéutica son esencialmente endoscópica ⁽⁷⁾, por lo que requiere un manejo interdisciplinario por el internista, el gastroenterólogo y el cirujano que atiende los servicios de urgencias, con apoyo del endoscopista y del radiólogo intervencionista ⁽⁸⁾.

Objetivos. Revisar el tratamiento de la recidiva en la hemorragia aguda no varicosa.

MATERIAL Y METODOS

Para la realización de éste trabajo se tomo en cuenta el material bibliográfico extraído de

libros de medicina, artículos obtenidos del Medline por Internet a través del buscador PUBMED, Google, bases de datos Bireme usando como palabras claves: hemorragia digestiva alta, diagnóstico endoscópico, recidiva, tratamiento; considerando páginas pertenecientes a universidades, asociaciones científicas de gastroenterología.

DESARROLLO

No hay una definición clara de recidiva o persistencia de la hemorragia digestiva alta y se observa una cierta heterogeneidad de criterios en los diferentes estudios clínicos publicados. Se puede definir la persistencia o recidiva de la hemorragia digestiva alta, como la presencia de hematemesis o de signos de actividad hemorrágica (aspirado gástrico hemático y/o melenas) asociados a signos de hipovolemia (PAS <100mmHg y/o FC > 100 lat/min.) y/o anemia (descenso de la hemoglobina >2 g/l) en un periodo inferior a 12 horas ⁽⁵⁾, descenso de hematocrito 6 puntos o más en 24 horas, o pérdidas menores durante más de 2 días. ⁽⁴⁾

Las características endoscópicas constituyen la información más útil para predecir la recurrencia hemorrágica. ⁽⁵⁾

Tratamiento.

Ante un paciente con recidiva nos debemos plantear, si recurrir de inmediato a la cirugía o realizar nuevamente una endoscopia, y si ello acarreará peores resultados. ⁽⁵⁾ Chiu PW, Joeng HK, Choi CL, Kwong KH, y col. ⁽⁹⁾, publicaron un estudio que incluyo 249 pacientes con recidiva de la hemorragia por úlcera péptica los cuales fueron sometidos a una segunda endoscopia dentro de las 24 horas a los cuales se los evaluó en función de tres variables: el resangrado, la necesidad de cirugía y la mortalidad, en los cuales se observo una alta incidencia de resangrado entre los que no habían recibido un segundo tratamiento endoscópico. Entre los pacientes en que la endoscopia no es eficaz como método diagnóstico, el pronóstico es más grave y entre los pacientes que resangraron, la mortalidad fue menor entre los que recibieron tratamiento quirúrgico. Esto sugiere que tras la recidiva de la hemorragia es necesario realizar un nuevo tratamiento endoscópico que conseguirá el control en la mayoría de los casos. Ante un segundo fallo del tratamiento endoscópico deberemos indicar la cirugía.

Por lo tanto, tal como se representa en el algoritmo de la figura 1, el tratamiento recomendado para la recidiva hemorrágica es ⁽⁵⁾:

1. El tratamiento endoscópico será de primera elección ^(4, 7, 10,11) en el paciente que presenta recidiva de la hemorragia, tanto si

había estado tratado inicialmente como si no.

2. No se recomienda hacer más de dos tratamientos endoscópicos en el mismo episodio de hemorragia.
3. La cirugía urgente, como tratamiento de la recidiva de la hemorragia, estará indicada en las siguientes situaciones: ⁽⁵⁾
 - Recidiva hemorrágica asociada a hipovolemia grave (PAS < 100mmHg y FC > 100lat/min.) ^(4, 5) mantenida a pesar de una reposición adecuada de la volemia ⁽⁵⁾.
 - Recidiva hemorrágica tras un primer tratamiento endoscópico si la úlcera presenta alguna característica como tamaño > 2 cm. o ciertas localizaciones como la cara posterior del bulbo duodenal. ⁽⁴⁾.
 - Valorar la indicación de cirugía si la úlcera tiene alguno de los factores predictivos de fracaso del tratamiento endoscópico ⁽⁵⁾.
 - Recidiva después de un segundo tratamiento endoscópico. ^(4,5).

Ante un episodio de resangrado, se debe realizar una segunda endoscopia para intentar el control de la hemorragia y lograr la estabilidad hemodinámica como parte de la preparación para cirugía ⁽⁸⁾.

Tratamiento quirúrgico.

Actualmente conseguimos la curación de la casi totalidad de las úlceras pépticas y la prevención de la recurrencia mediante el tratamiento antisecretor con inhibidores de la bomba de protones (IBP) y la erradicación del *Helicobacter pylori*. En esta época, la indicación del tratamiento quirúrgico, en la úlcera péptica complicada con hemorragia, se ha visto reducida a un pequeño porcentaje de estos pacientes, que suele ser inferior al 5%. En estos casos, el objetivo principal de la cirugía es conseguir el control de la hemorragia. Por este motivo, la cirugía en estos pacientes cada vez es más conservadora y limitada a conseguir la hemostasia.

Indicaciones de la cirugía. Las indicaciones del tratamiento quirúrgico en pacientes con hemorragia digestiva alta son las siguientes:

1. Hemorragia masiva.
2. Hemorragia arterial activa que no se controla con el tratamiento endoscópico.
3. Fracaso del tratamiento endoscópico.

La clase de operación varía de acuerdo con la causa de la hemorragia y las enfermedades asociadas.

Tipo de tratamiento ⁽⁵⁾. El tipo de tratamiento dependerá de la lesión responsable de la hemorragia y de su localización:

- *Úlcera gástrica*. Se realizará la sutura simple o una resección en «cuña» de la lesión con posterior sutura del defecto gástrico. En algunos casos puede ser necesario realizar una gastrectomía parcial con reconstrucción del tránsito intestinal mediante una gastroenteroanastomosis en Y de Roux. Siempre se realizará una biopsia peri operatoria de la úlcera, si no se había realizado con anterioridad.
- *Neoplasia gástrica*. Durante la intervención deberemos realizar el estudio macroscópico de extensión tumoral. Dependiendo del grado de afección y de la localización de la neoplasia, se realizará una gastrectomía parcial o total, y una reconstrucción del tránsito intestinal con una gastroenteroanastomosis o esofagoenteroanastomosis en Y de Roux.
- *Úlcera duodenal*. Tras realizar una pilorotomía o duodenotomía, se sutura la úlcera. El cierre del duodeno se realizará de forma longitudinal o bien con una piloroplastia, dependiendo de la localización de la lesión y las condiciones locales (fibrosis o estenosis del duodeno, tumefacción causada por el tratamiento endoscópico). Cuando se realiza piloroplastia, es necesario asociar una vagotomía troncular. Si existen dudas sobre la eficacia de la hemostasia, se puede realizar la ligadura de la arteria gastroduodenal.
- *Angiodisplasia gástrica y lesión de Dieulafoy*. Al tratarse de lesiones vasculares que no protruyen al exterior de la pared gástrica, puede ser de gran utilidad la localización de la lesión mediante endoscopia peri operatoria, la cual puede indicar la localización exacta de la lesión, y permitir el tratamiento con resección en «cuña» o gastrectomía parcial. ⁽⁵⁾

CONCLUSION.

La hemorragia digestiva alta aguda no varicosa se mantiene como una causa frecuente de consulta en las unidades de emergencia.

El tratamiento de elección de la recidiva de la hemorragia es el tratamiento hemostático endoscópico.

Ante un episodio de recidiva, se debe considerar la posibilidad de realizar un segundo tratamiento endoscópico para intentar el control de la hemorragia y lograr la estabilidad hemodinámica, por lo que en la actualidad sólo van a cirugía aquellos pacientes que no logran ser tratados por el endoscopista.

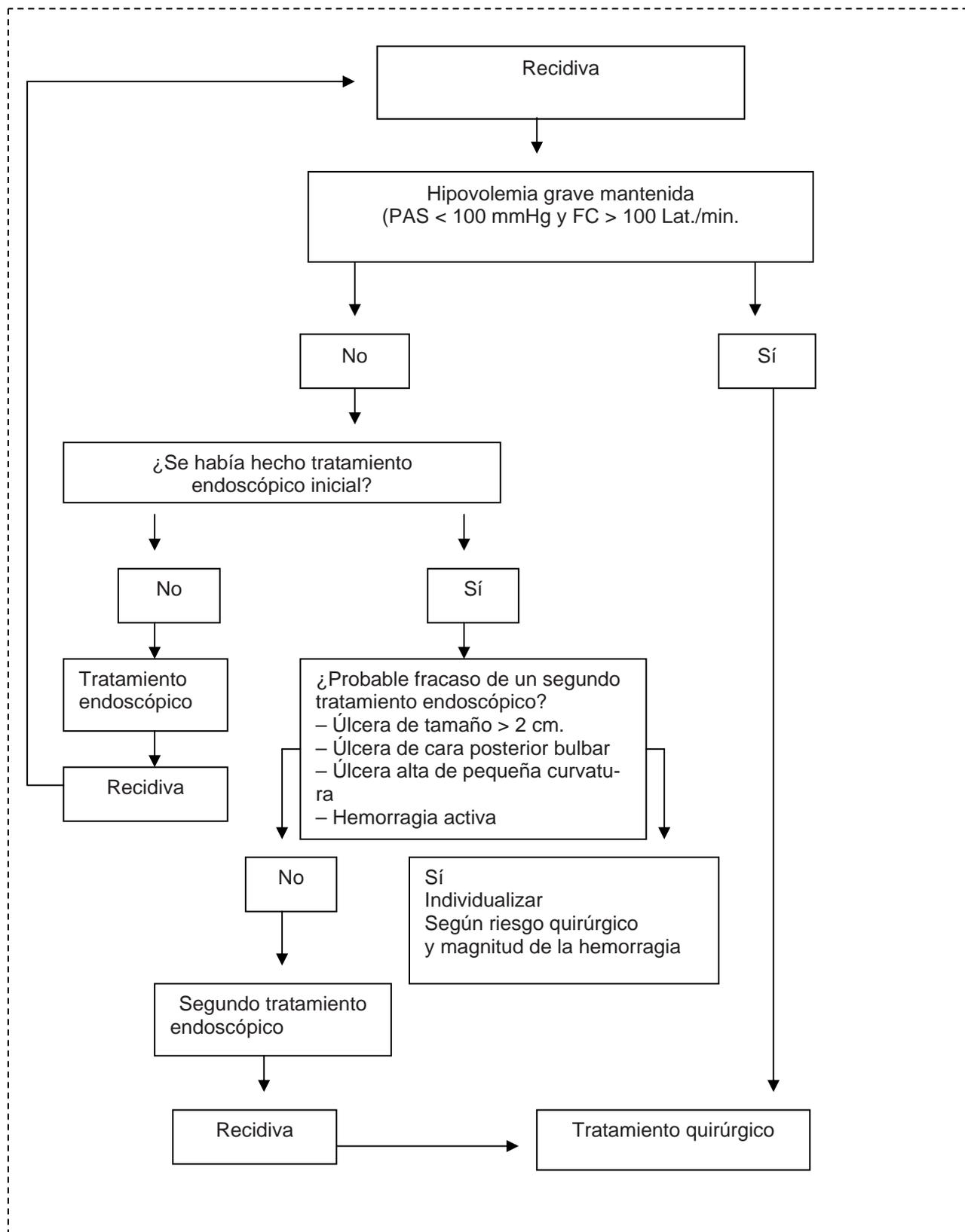


Figura 1: Algoritmo para el tratamiento de la persistencia o recidiva de la hemorragia.

BIBLIOGRAFIA

1- Valencia M, Cárdenas G, Chaparro P. Factores de riesgo que incrementan la Morbimortalidad en Pacientes con Hemorragia Digestiva Alta en el Hospital Nacional "Arzobispo Loayza" 1980-2003. Rev. Gastroenterol. Perú. Universidad Nacional Mayor de San Marcos. [en línea] 2005 [fecha de acceso 14/03/2008.]

25:259-267 URL disponible en: <http://sisbib.unmsm.edu.pe/BVRevistas/gastro/vol25N3/Pdf/a05.pdf>

2- Rubinstein A, Terrasa S y col. Medicina Familiar y Práctica ambulatoria 2º edición. Madrid- España. Editorial Médica Panamericana. 2006: 1068- 1075.

- 3- Farreras P, Rozman C, Medicina Interna. 13 ed. España: Editorial Harcourt Brace; 1996: 249.
- 4- Saperas E. Hemorragia Digestiva Alta No Varicosa. Estrategias Clínicas en Digestivo Protocolos. [en línea] 23/08/2004. [Fecha de acceso 14/03/2008.] URL disponible en: http://www.prous.com/digest/protocolos/view_protocolo.asp?id_protocolo=16#t2
- 5- Feu F, Brullet E, Calvet X, y col. Recomendaciones para el diagnóstico y el tratamiento de la hemorragia digestiva alta aguda no varicosa. Asociación Española de Gastroenterología [en línea] 2003 [Fecha de acceso 14/03/2008.] 26(2):70-85 URL disponible en: <http://www.aegastro.es/MBE/14v26n02a13042813pdf001.pdf>
- 6- Ruiz Gómez F, Sánchez Serrano F, Martínez Egez A, y col. Alta eficacia erradicadora de la infección por Helicobacter Pylori de una pauta terapéutica intravenosa de 3 días de duración en pacientes con ulcera péptica sangrante. Sección de medicina digestiva. Servicio de medicina interna. Hospital Universitario San Juan de Alicante. Gastroenterol. Hepatol 2002; 25(6): 383- 6.
- 7- Cárcamo C, López J, Cardemil D. Cirugía de la hemorragia digestiva alta no variceal / Surgery of the non variceal upper digestive bleeding. tab graf Cuad cir. 2005; 19(1):11-16.
- 8- Mariño S, Hemorragia digestiva alta. Federación Panamericana de Asociaciones de Facultades y Escuelas de Medicina. [en línea] 1962 [Fecha de acceso 14/03/2008.] URL disponible en: http://www.fepafem.org.ve/Guias_de_Urgencias/Alteraciones_Gastrointestinales/Hemorragia_digestiva_alta.pdf
- 9- Chiu PW, Joeng HK, Choi CL, Kwong KH, Ng EK, Lam SH. Predictors of peptic ulcer rebleeding after scheduled second endoscopy: clinical or endoscopic factors? National Center for Biotechnology Information. [En línea] 2006Jul. [Fecha de acceso 14/03/2008.] 38(7):726-9 URL disponible en: http://www.ncbi.nlm.nih.gov/sites/entrez?Db=pubmed&Cmd=ShowDetailView&TermToSearch=16810597&ordinal_pos=3&itool=EntrezSystem2.PEntrez.Pubmed.Pubmed_ResultsPanel.Pubmed_RVDocSum
- 10- Covaro J, Leiro F, Bozo W, Casares P, Barredo C. La endoscopia en la Hemorragia digestiva alta: la visión del cirujano/Upper gastrointestinal endoscopy in patients with bleeding. tab. Rev. argent. cir. mayo 2005; 88(5/6):195-205.
- 11- Porfilio Guiarte G, Parquet R, Bugallo M, Nakamura J, Alegre R. Hemorragia digestiva alta, nuestra casuística en los últimos cinco años / Upper gastrointestinal bleeding. , Rev. Fac. Med. Univ. Nac. Nordeste. 2004; 22(1/2):19-21