

Hemorragia no variceal

Dr. Walter Kettenhofen Enríquez*

* Hospital de Especialidades, Miguel Hidalgo, S.S. Aguascalientes, Ags.

Correspondencia: Dr. Walter Kettenhofen Enriquez. Blvd. Luis Donaldo Colosio No. 208 PH, Fracc. Lomas Campestre, C.P. 20129, Aguascalientes, Ags.

La hemorragia de tubo digestivo alto continúa siendo un problema frecuente y relevante que pone en graves aprietos tanto la vida del enfermo como al médico que lo trata. Todavía en la década de los setenta el manejo era de mantenimiento y quirúrgico de ser necesario. En los últimos años se han presentado cambios en gran parte por la aparición de la endoscopia, primero diagnóstica y luego terapéutica. Asimismo, el desarrollo de potentes medicamentos bloqueadores del ácido ha permitido mejorar el tratamiento y pronóstico en estos pacientes.¹ A pesar de avances importantes la morbimortalidad se ha mantenido en alrededor de 7-10%,² reflejo principalmente de la edad y comorbilidad que presenta la población con hemorragia no variceal.

ETIOLOGÍA

Las causas más frecuentes varían dependiendo del tipo de hospital y población a tratar. En la mayoría de los centros las úlceras pépticas constituyen 50% de las causas de hemorragia no variceal seguidas por la gastritis erosiva (25-30%), Mallory-Weiss (8%) y algunas otras más raras como los carcinomas o el vaso de Dieulafoy con 1-2%.³ Los principales factores de riesgo son la infección por *Helicobacter pylori* y la ingesta de medicamentos antiinflamatorios no esteroideos no cicloxigenasa selectivos.

EVALUACIÓN CLÍNICA

Durante la entrevista inicial es indispensable llevar a cabo una historia clínica y exploración física completas que debe incluir la ingesta de medicamentos antiinflamatorios no esteroideos, aspirina y alcohol. Se debe buscar hipotensión ortostática, estigmas de hepatopatía y realizar un tacto rectal para investigar si es sangre fresca o se trata de melena. Es muy conveniente tomar exámenes generales como biometría hemática, tiempos de coagulación, así como grupo sanguíneo y Rh. En pacientes susceptibles, especialmente mayores de 60 años, electrocardiograma. La evaluación inicial busca orientar sobre si se trata de una hemorragia de tubo digestivo alto o

bajo. La presencia de melena usualmente indica una fuente alta aunque ocasionalmente puede originarse en el intestino delgado o colon. Como maniobra diagnóstica un lavado con sonda nasogástrica puede ser de utilidad especialmente en aquellos sitios donde no hay endoscopia disponible, porque el encontrar sangre implica una causa alta, sin embargo, un aspirado negativo no lo descarta, porque hasta 16% de los enfermos pueden tener úlceras duodenales. Por otro lado, una hemorragia rectal fresco puede ser consecuencia de una hemorragia profusa alta con tránsito acelerado. Están identificados factores pronósticos negativos como son: edad mayor de 60 años, presencia de comorbilidad, inicio intrahospitalario de la hemorragia, más de cinco hemotransfusiones y hemorragia recurrente.

DIAGNÓSTICO

Es ampliamente aceptado que la endoscopia es el mejor examen para determinar la localización y naturaleza de la lesión. La endoscopia da además información pronóstica acerca de la probabilidad de resangrado, complicaciones y muerte. Lo más importante es que permite realizar maniobras terapéuticas que disminuyen resangrado. La endoscopia debe ser practicada lo más tempranamente posible. Existen algunas recomendaciones generales antes de realizarla como son: proteger la vía aérea intubando a pacientes con hemorragia torrencial para disminuir los riesgos de broncoaspiración y permitir al endoscopista trabajar con mayor tranquilidad. Es importante resucitar primero al enfermo para que tenga idealmente una presión sistólica de 100 mm/hg, corregir coagulopatías con plasma y/o plaquetas para tener un tiempo de protrombina < de 15 segundos y plaquetas > 50,000. Es indispensable contar con todo lo necesario para poder controlar la hemorragia como aguja de escleroterapia, sondas térmicas y epinefrina listas en el momento del estudio. Es de gran trascendencia tener por lo menos dos enfermeras entrenadas de preferencia en endoscopia terapéutica, una de ellas se encarga de sedar y vigilar al enfermo y la otra a auxiliar al endoscopista. Resulta preferible evitar procedimien-

tos en la madrugada sin ayuda de equipo adecuado o enfermeras con experiencia. Es bien conocido que el lavado con agua helada no tiene ninguna indicación.⁴ Resulta mejor utilizar un endoscopio terapéutico con doble canal si se tiene disponible. La endoscopia de urgencia puede tener complicaciones como perforación, broncoaspiración o hemorragia hasta en 1% de los casos.

MODALIDADES DE TRATAMIENTO ENDOSCÓPICO

En la actualidad contamos con múltiples métodos

Térmicos

- Sondas bipolares.
- Coagulación con argón plasma.
- Láser.
- Microondas

Inyección

- Epinefrina.
- Alcohol.
- Etanolamina.
- Cianoacrilato.
- Polidocanol.
- Trombina.
- Fibrina.

Mecánicos

- Hemoclips.
- Sutura.
- Ligadura con banda.
- Endoloop.

El tipo de modalidad terapéutica aplicada depende en gran parte de la preferencia, experiencia y entrenamiento del endoscopista, así como de los recursos disponibles en la unidad médica. En general, en nuestro país se aplica terapia con inyección acompañada o no de alguna modalidad térmica dependiendo de los recursos de cada hospital. Todas estas técnicas endoscópicas disminuyen la tasa de resangrado, intervención quirúrgica y muerte hasta en 80% de los casos.

QUÉ TERAPIA ENDOSCÓPICA UTILIZAR

Múltiples terapias han sido evaluadas en estudios randomizados, prospectivos. Es importante mencionar que es difícil demostrar que un tratamiento nuevo es mejor que uno ya existente debido a los buenos resultados de éstos.⁵ Por ejemplo, para probar que una terapia que da

80% de éxito vs. otra que potencialmente da 90%, serían necesarios 572 pacientes y, por lo tanto, los protocolos tienen que ser muy grandes o tener resultados pobres con las intervenciones antiguas, por lo tanto se declaran iguales desde el punto de vista estadístico sin serlo necesariamente. La mayoría de los protocolos demuestran que la inyección más terapia térmica es la mejor alternativa en pacientes con vasos visibles con hemorragia activa no obstante en nuestro medio frecuentemente la única opción es la inyección.

QUIÉN DEBE RECIBIR TRATAMIENTO ENDOSCÓPICO

Los pacientes con vasos visibles con o sin hemorragia activa deben recibir tratamiento endoscópico. Lo anterior con base en que los enfermos con este tipo de ulceración presentan un mayor riesgo de resangrado, cirugía y muerte⁶ (*Cuadro 1*).

En cuanto a la frecuencia de los diferentes estigmas endoscópicos,⁷ lo más usual es encontrar ulceraciones con base limpia (*Cuadro 2*).

Desde el punto de vista de definición un vaso visible es una protuberancia de 1-2 mm discretamente pigmentada que puede ser pulsátil o presentar hemorragia arterial, un coágulo adherente se define con un coágulo amorfo mayor de 5 mm que persiste a pesar de irrigación. Los resultados de un metanálisis de 30 estudios randomizados de hemostasis endoscópica con láser, inyección o métodos térmicos confirman que reducen el riesgo de resangrado y cirugía.⁸ Sólo los enfermos con estigmas de alta recurrencia con vasos visibles o coágulo adherente se benefician de la terapia endoscópica, lo que no incluye aquellos con manchas planas o bases limpias. Por otro lado, existen por lo menos dos estudios donde se demuestra que la hemorragia arterial activa se controla mejor con inyección más coagulación térmica que

CUADRO 1
RIESGO DE RESANGRADO, CIRUGÍA Y HEMORRAGIA DE ACUERDO CON ESTIGMA ENDOSCÓPICO

Imagen	Resangrado	Cirugía	Mortalidad
Endoscópica	%	%	%
Base limpia	5	0.5	2
Mancha plana	10	6	3
Coágulo adherente	22	10	7
Vaso visible	43	34	11
Vaso visible con hemorragia activa	55	35	11

CUADRO 2
FRECUENCIA DE ESTIGMAS
DE HEMORRAGIA EN PACIENTES CON HEMORRAGIA POR
ÚLCERAS DUODENALES O GÁSTRICA

Imagen endoscópica	Úlcera duodenal (N = 2003) %	Úlcera gástrica (N = 2057) %
Base limpia	54.8	62.9
Mancha plana	9.2	10.8
Coágulo adherente	8.7	8.1
Vaso visible sin hemorragia	13.5	11.2
Vaso visible con hemorragia	13.8	7.0

con cualquiera de estas modalidades aisladas.^{9,10} En contraste con la hemorragia arterial activa no hay diferencia entre la terapia térmica sola vs. la terapia térmica más inyección para los vasos visibles sin hemorragia activa. En cuanto al coágulo adherente su aplicación es controversial, porque aunque su remoción puede ayudar a identificar un vaso visible en la base también puede precipitar hemorragia al retirarlo, sin embargo, la mayoría de los estudios muestran una disminución del riesgo de resangrado en relación con los tratados médicamente (5% vs. 34%).¹¹ Si el endoscopista decide retirar el coágulo tiene que estar bien preparado y listo para cohibir la hemorragia de presentarse ésta. El caso de hemorragia mínimo persistente de los bordes de una úlcera sin otros estigmas puede ser indicación de tratamiento con inyección de adrenalina, porque disminuye el resangrado de 27% a menos de 5%.⁹

RESANGRADO POSTERIOR A TERAPIA ENDOSCÓPICA

El resangrado varía entre 9-25%.¹² Un estudio asiático mostró que la terapia endoscópica repetida en pacientes que resangran disminuye la probabilidad de cirugía y complicaciones. Los factores predictores de resangrado son hipotensión, Hb < de 10, hemorragia activa y úlcera > de 2 cm.¹³ En cuanto a si se debe repetir la endoscopia (second-look endoscopy) no hay un acuerdo absoluto, pero la mayoría de los autores recomiendan sólo realizarla en caso de resangrado.

TERAPIA ANTISECRETORA

Los medicamentos antiácidos han sido estudiados en forma extensa. Se indican no para que sane la úlcera rápidamente, sino con el objeto de aumentar el pH de una manera sostenida a niveles mayores de seis, necesarios

para estabilizar el coágulo. Existen varios estudios randomizados en la literatura¹⁴ de bloqueadores de bomba a altas dosis que demuestran disminución del resangrado, mas no de la mortalidad. La administración de altas dosis de bloqueadores de bomba sólo está indicada con estigmas de alto riesgo de resangrado. Usualmente se indica omeprazol 80 mg IV en bolo y posteriormente 8 mg por hora en infusión por 72 horas. En cuanto al tiempo en el cual los vasos visibles desaparecen existe un estudio donde se siguió a los enfermos con endoscopias diarias y se concluyó que tardan aproximadamente cuatro días,¹⁵ asimismo, el riesgo de resangrado es de sólo 3% después de transcurrido este tiempo por lo que un paciente con estigmas de resangrado debe ser observado en el hospital por lo menos 72 horas.

CIRUGÍA

La cirugía se reserva actualmente para aquellos pacientes que persistan con hemorragia a pesar de tratamiento endoscópico y médico adecuado, así como cuando exista recurrencia de la hemorragia. El cirujano siempre deber estar avisado y listo para intervenir en forma urgente dado el caso. Es importante no esperar a que el paciente se encuentre en pésimas condiciones para solicitar la interconsulta quirúrgica.

CONCLUSIONES

La hemorragia de tubo digestivo alto no variceal es un problema frecuente en la práctica diaria. Con el advenimiento de la endoscopia terapéutica y potentes drogas antisecretoras el resangrado, la necesidad de cirugía y la mortalidad han disminuido. En los casos graves es indispensable una estrecha colaboración entre gastroenterólogo, endoscopista, cirujano y terapeuta para ofrecer a los enfermos las mejores posibilidades de sobrevida.

REFERENCIAS

- Peterson. *N Engl J Med* 1981; 304: 925-9.
- Yavorski R. *Am J Gastroenterol* 1995; 90: 568-73.
- Fleischer DE. *Med Clin North Am* 1993; 77: 973-92.
- Gilbert DA. *Gastrointest Endosc* 1981; 27: 94.
- Andrus CH. *Am J Gastroenterol* 1987; 82: 1062-4.
- Katon RM. *Dig Dis Sci* 1981; 26: 475-54S.
- Laine. *N Engl J Med* 1994; 331: 717.
- Jensen. *Gastroenterology* 2003; 124: A 127.
- Cook. *Gastroenterology* 1992; 102: 139.
- Chung. *BMJ* 1997; 314: 1307-11.
- Jensen. *Gastrointest Endosc* 1994; 40: 25.
- Bleu BF. *Gastrointest Endosc* 1997; 45: 251.
- Lau JY. *N Engl J Med* 1999; 340: 751-65.
- Wong. *Gut* 2002; 50: 322.
- Jau JY. *N Engl J Med* 2000; 343: 310.
- Yang. *Gastroint Endosc* 1994; 40: 562-6.