
Hemorragia digestiva alta: revisión bibliográfica

High digestive hemorrhage: bibliographical review

Jhon Carlos Zambrano Bonilla *
María Elena Vera Gordillo *
Viviana Elizabeth León Tiluano *

Resumen

Hemos realizado esta **revisión bibliográfica** teniendo como **objetivos** principales: aclarar conceptos básicos y actualizar los conocimientos en cuanto al diagnóstico y tratamiento de la hemorragia digestiva alta (HDA).

Esta patología sigue siendo una de las complicaciones más graves del aparato digestivo; su incidencia es de aproximadamente 50-150 pacientes por 100.000 habitantes/año que precisan ser hospitalizados.

Entre las causas habituales que desencadenan un cuadro de HDA podemos citar a: la úlcera péptica, la gastritis erosiva relacionada con la ingesta reciente de alcohol o con el empleo de antiinflamatorios tales como la aspirina, desgarramiento de la mucosa esófago-gástrica y la ruptura de várices esofágicas.

Los recientes avances en el tratamiento endoscópico de la HDA, han demostrado que es una medida útil y altamente recomendable, así como el tratamiento erradicador de *Helicobacter Pylori* ya que mejoran notablemente el pronóstico de estos pacientes y su evolución clínica.

Luego de haber elaborado esta revisión bibliográfica podemos **concluir** que la HDA es una emergencia médica quirúrgica que tiene una elevada mortalidad, a pesar de los avances terapéuticos de los últimos años.

Palabras claves: Hemorragia Digestiva Alta (HDA), Várices esofágicas, Úlcera péptica, Gastritis erosiva, Aspirina

Summary

We have carried out this bibliographical review having as fundamental purposes: to clear basic concepts and to refresh knowledge as to diagnosis and treatment of high digestive hemorrhage (HDH).

This pathology is still one of the most serious complications in the digestive system. Its incidence is approximately 50 to 150 patients from 100.000 inhabitants/year who need to be hospitalized.

After making this bibliographical review we could conclude that HDH is a medical emergency with a high mortality rate, despite the latest therapeutic advances.

Among the most frequent causes of HDH we can recall: the peptic ulcer, erosive gastritis related to the recent ingest of alcohol or with the use of AINES such as: aspirin; the tear of the esophago gastric mucous and the rupture of esophageal varices.

The recent advances in the endoscopic treatment of HDH, have proved that it is an useful and highly recommended method, as well as the anti*Helicobacter pylori* treatment because they improve widely the prognosis and clinic evolution of these patients.

Definición

Se define a la HDA como un sangrado que tiene su origen en algún punto del tubo digestivo desde la boca, bucofaringe, esófago estómago y duodeno hasta el ligamento de Treitz (1).

Epidemiología

El sangrado del aparato digestivo alto es un problema común a nivel mundial y una causa frecuente de hospitalización así como de mortalidad y morbilidad. Estudios de incidencia

realizados internacionalmente señalan a la enfermedad ácido-péptica con el 35% del total de admisiones hospitalarias por hemorragia gastrointestinal, siendo el total de los ingresos hospitalarios calculados aproximadamente en 150 por cada 100000 habitantes o un total de más de 300000 ingresos anuales, no tomando en cuenta los sangrados gastrointestinales ocurridos durante una hospitalización por otros motivos, evaluaciones recientes sugieren que el 50% de las hemorragias gastrointestinales se desarrollan en hospitales (3, 7).

El incremento de sangrado por úlcera gástrica se la atribuye al uso y abuso de analgésicos y antiinflamatorios no esteroides (AINEs); y la disminución de los ingresos hospitalarios a la disponibilidad de bloqueadores H2. Estos dos hechos epidemiológicos explican porque la tasa por hemorragia gastrointestinal permanece sin cambios y oscila entre el 10 y 20% (10).

Entre los principales factores de riesgo identificados en la hemorragia del aparato digestivo alto encontraremos:

- ◆ Edad mayor de 60 años
- ◆ Enfermedades adjuntas
- ◆ Coagulopatías
- ◆ Inmunosupresión
- ◆ Diagnóstico erróneo
- ◆ Recidiva del sangrado

Etiología

Los diferentes estudios realizados han determinado que las principales causas de hemorragia digestiva alta son las siguientes:

- ◆ Enfermedad ácido péptica
- ◆ Rotura de várices esofágicas
- ◆ Gastropatía erosiva y hemorrágica (gastritis, esofagitis y hernia hiatal)
- ◆ Síndrome de Mallory Weiss
- ◆ Neoplasias esofágicas y gástricas
- ◆ Fístulas aorto-entéricas
- ◆ Hemobilia
- ◆ Duodenitis
- ◆ Malformaciones arteriovenosas (1)

Manifestaciones clínicas

HEMATEMESIS: Corresponde al vómito con sangre. Casi siempre corresponde a una HDA debido a que es muy raro que un sangrado distal al duodeno ingrese al estómago. La coloración de la sangre va a depender de la concentración de HCl en estómago y de la duración del contacto de este último con la sangre, de esta manera, cuando el vómito ocurra poco tiempo después de iniciado el sangrado, la sangre será roja y si ocurre mas tarde la apariencia será roja oscura, café, negra o incluso con coágulos (como granos de café).

MELENA: Corresponde a las deposiciones negras y viscosas debido a la presencia de sangre degradada. En general la melena se observa cuando el sangrado es proximal al duodeno, pero también puede observarse en sangrados más distales si el tránsito intestinal es lo suficientemente rápido. Se requieren aprox. 60 ml. de sangre para que haya melena, y si hay pérdidas mayores (>100 ml.) se puede observar melena hasta por 7 días después de terminado el sangrado.

Cabe destacar que mientras casi todos los pacientes con hematemesis sangran lo suficiente como para presentar melena, pero solo la mitad de los que presentan melena se acompañan de hematemesis (2, 6).

HEMATOQUEZIA: Corresponde a la presencia de sangre fresca en las deposiciones, generalmente asociado a una hemorragia digestiva baja. Sin embargo una HDA con sangrado importante y un tránsito acelerado también lo puede producir (o 1000 ml.).

Las manifestaciones de una HDA van a depender de la fuente y magnitud del sangrado y de las enfermedades de base del paciente. La magnitud del sangrado va a determinar el compromiso hemodinámico del paciente, así podremos tener desde un sujeto sin alteraciones hemodinámicas, hasta uno hipotenso y taquicárdico en shock hipovolémico.

Por otro lado, un paciente con enfermedad coronaria podría presentar, aparte de los signos típicos de una HDA, angina o un IAM luego de un sangrado importante (4).

Manejo y recursos terapéuticos

Es importante tener en mente que el manejo de una HDA variará de acuerdo a su origen, para fines prácticos las dividiremos en "por varices esofágicas" o no.

De esto se desprende la necesidad de determinar, al ingreso del paciente, si su sangrado puede o no deberse a várices esofágicas.

Manejo inicial

Consiste principalmente en medidas de reanimación, que son comunes a ambos tipos de sangrados:

1. Instalación de vía venosa periférica gruesa, preferiblemente en brazo derecho (por la endoscopia). Generalmente no es necesario instalar vía venosa central.
2. Reposición de volumen con un cristaloiide isotónico (NaCl al 0.9% o Ringer lactato).
3. Transfusión de glóbulos rojos para mantener un hematócrito sobre el 30%, o en un sangrado profuso con hematócrito sobre 30%.
4. Plasma fresco congelado en sangrado activo si el tiempo de protrombina es 1.5 veces mayor que el rango de control.
5. Transfusión de plaquetas si bajan de 50 mil/mm³. Es discutible el uso de plaquetas en pacientes con conteo normal y uso de aspirina.
6. Manejo de vía aérea por riesgo de aspiración especialmente en pacientes con alteración de conciencia por la hipovolemia, encefalopatía portal o por drogas.
7. Presión arterial y frecuencia cardíaca

HDA de origen no varicoso

- El 70-80% de estas HDA se detienen espontáneamente.
- Por esto, generalmente se ingresa al paciente a Unidad de Cuidados Intermedios y se monitoriza. Al estabilizarse hemodinámicamente se puede dar agua por boca para limpiar el estómago y mejorar la visualización por endoscopia. Si el sangrado no se detiene o existe una sostenida inestabilidad hemodinámica se realiza una endoscopia inmediata.
- La endoscopia alta precoz es la piedra angular del tratamiento de la HDA, tanto para diagnóstico, tratamiento y evaluación de riesgo vital.
- Los dos tratamientos mas utilizados son:
 1. **Térmicos:** Heat Probe (usado en la UC), Bicap o Láser. Con estos métodos se intenta calentar el tejido hasta su coagulación.

2. **Inyección de agentes esclerosantes** (ej.: alcohol) o de adrenalina diluida en la zona de sangrado.

- Ambos métodos parecen ser igualmente efectivos, por lo que se recomienda utilizar aquel en que se tenga mayor experiencia y destreza. Algunos gastroenterólogos prefieren utilizar ambas técnicas combinadas, lo que no ha sido determinado como más efectivo. La efectividad de estas técnicas es limitada durante el sangrado activo o al encontrarse un "vaso visible" en la endoscopia.
- La cirugía será necesaria sólo en los casos en que el tratamiento endoscópico no fuera efectivo para detener el sangrado, o en casos en que la magnitud de la hemorragia no permita realizar una endoscopia (muy poco frecuente).
- En estos casos se puede:
 1. Suturar el punto sangrante. Técnica simple, pero con 30% de resangrado que a su vez tiene una mortalidad de 50%.
 2. Resecar el segmento comprometido, reconstituyendo el tránsito con un Billroth I ó II.
 3. La embolización del punto sangre tras una arteriografía puede ser útil en casos especiales en que no se pueda realizar ninguna de las anteriores.

HDA de origen varicoso

- Este grupo de pacientes tiene un mayor índice de gravedad por lo que es necesario tener ciertos cuidados especiales. Presentan mayor probabilidad de seguir sangrando o de resangrado.
- Es importante recordar que **no** toda HDA en un paciente con daño hepático crónico o sus estigmas, es de origen varicoso pues estos pacientes también presentan con mayor frecuencia gastritis alcohólica o úlceras pépticas.
- Además de todas las medidas de reanimación ya mencionadas será importante tener una apreciación del nivel de Child Pugh (factores que determinan la supervivencia del cirrótico) del paciente pre y post episodio.
- Si la várice está sangrando debe inyectarse el paquete varicoso con una sustancia

esclerosante como el Histoacril. Esto es muy efectivo en detener el sangrado.

- Si se encuentran signos de sangrado reciente (tapones de fibrina) se realiza escleroterapia o ligadura.
- La ligadura es el tratamiento de erradicación de elección de las de las várices esofágicas, porque es tan efectivo y seguro como la esclerosis pero con menos resangrado.
- Si ninguno de estas terapias se puede utilizar, se instala una sonda de Sungstaken-Blackmore mientras tanto.
- Para várices de fondo gástrico o localizaciones de difícil acceso, se utiliza un TIPS (Shunt Portosistémico intrahepático Transyugular).
- Existen estudios que muestran que el uso de somatostatina o un análogo de ella, por vía sistémica, ha sido tan eficiente en detener el sangrado por várices como la escleroterapia. Otros muestran que el uso de ésta junto con la escleroterapia o la ligadura disminuye el riesgo de resangrado
- La dosis estudiada es de: bolo de 50 ug + 50 ug/hr (5, 8, 9).

Conclusiones

La hemorragia de la porción superior del aparato digestivo es un padecimiento frecuente que se vincula en un buen número de casos (como consecuencia de la edad de los pacientes) con trastornos concomitantes. La enfermedad péptica y los sangrados por AINEs son sin duda las primeras causas.

El diagnóstico de la hemorragia digestiva alta es clínico, así como sus repercusiones hemodinámicas, y la identificación del origen se realiza por medio de la endoscopia.

Cuando se controla la hemorragia es indispensable identificar a los pacientes con riesgo de una recidiva o los lechos ulcerosos que por sus características endoscópicas tienen una alta probabilidad de recidiva del sangrado.

En las hemorragias, por gastritis erosiva, el tratamiento es médico y endoscópico, al igual que en el sangrado por varices esofágicas; la operación en estos casos tiene una mortalidad elevada por lo que se indica sólo como último recurso.

En el sangrado originado por una úlcera gástrica el tratamiento quirúrgico de elección es la resección de la lesión con una gastrectomía parcial y una reconstrucción tipo Billroth. Cuando la úlcera es duodenal o gástrica, pero con malas condiciones del paciente, la cirugía de elección es la vagotomía troncular con piloroplastia y ligadura del vaso sangrante.

En la hemorragia digestiva alta se deben conjugar los esfuerzos de médicos: clínicos, endoscopistas, radiólogos, intensivistas y cirujanos, para poder disminuir la mortalidad en pacientes cada vez mayores y con diferentes trastornos adjuntos.

Referencias bibliográficas

1. Asociación Mexicana de Cirugía General: Tratado de Cirugía General. 1ª ed, Ed El Manual Moderno, México DF, Capítulo 81: 663-671, 2003
2. Bockus HL: Gastroenterología. 3ª ed, Ed Revolucionaria, Cuba Capítulo 32: 975-985, 1977
3. Finkestein M: Úlcera gástrica. Rev Med Salud, Buenos Aires Argentina, 2: 7, 18-12, 2001
4. Harrison: Principios de Medicina Interna. 13ª ed, Ed. Interamericana Mc Graw-Hill, España: 1580-1590, 1994
5. Lawrence M. Tierney, Jr : Diagnóstico Clínico y Tratamiento. 37ª ed, Ed El Manual Moderno, México DF: 573-576, 2002
6. Llamada C: Gastroenterología. 2ª ed, Ed J.V. Lippincot CO, USA: 545-555, 1977
7. Rodríguez HH, Laera OE, Almaraz: Úlcera Péptica con Hemorragia. Análisis de egresos hospitalarios. Rev. Gastroenterol, México, 64: 6-11, 1999
8. Shwartz Seymour I : Principios de Cirugía. 7ª ed. Ed Panamericana, México: Vol I: 1137-1141, 2000
9. Singer AA: Value of CT in localizing site of Gastrointestinal Haemorrhage following negative angiography. Rev Imaging, USA, 10:31, 1995
10. Villalobos PJ, Quiñonez MN, Cruz LG et al: Epidemiología de la úlcera péptica en el Instituto Nacional de la Nutrición "Salvador Zubiran"; Chile, 55:55-59, 1990

Dr. Jhon Carlos Zambrano Bonilla
Teléfono: 593-04-2496524