



REVISTA DE
GASTROENTEROLOGÍA
DE MÉXICO

www.elsevier.es



■ Estómago

Actualidades en hemorragia no variceal

Juan Miguel Abdo-Francis

Director General adjunto médico del Hospital General de México.

La hemorragia del tubo digestivo proximal es la causa más común de emergencia gastrointestinal con escenarios clínicos diversos, desde el paciente con hemorragia oculta y síndrome anémico secundario hasta aquel que ingresa a una unidad de medicina crítica con datos de descompensación hemodinámica grave y el consecuente efecto sobre la morbimortalidad y los costos de atención.

El estudio endoscópico es aceptado como el método estándar para el diagnóstico de la causa de la hemorragia. Sin embargo, durante el 18º Congreso Europeo de Gastroenterología realizado en Barcelona, España, en octubre de 2010, un grupo multicéntrico de trabajo encabezado por el Dr. Gralnek de Haifa, Israel, que incluyó al Hospital Universitario de Hong Kong,¹ evaluó la utilidad de la cápsula endoscópica (CE) antes de la endoscopia en 33 pacientes que acudieron por antecedentes de hemorragia de tubo digestivo proximal. La CE demostró ser altamente específica para determinar si el sangrado fue variceal o no variceal (100%) y tuvo un porcentaje mayor de efectividad (42% vs 18%) al compararse con la sonda nasogástrica para determinar la existencia de sangre en estómago. Los autores observaron 6% de falsos positivos y 27% de falsos negativos al contrastar los resultados con la endoscopia. En el 67% de los casos la CE pudo diagnosticar correctamente úlcera péptica. A pesar de lo promisorio de los datos anteriores, y de las conclusiones de los autores, se requieren más estudios para poder evaluar la relación costo-efectividad de la CE en un área de urgencias.

El grupo de trabajo del Dr. Magalhães, de Portugal,² realizó un estudio retrospectivo en el que

se analizaron los datos de 161 pacientes de 80 años o mayores sometidos a endoscopia por hemorragia aguda gastrointestinal en un periodo no mayor de 24 h tras su ingreso. Se revisaron las causas, empleo de tratamiento endoscópico y seguridad del procedimiento. El 62% de los individuos presentaba hemorragia del tubo digestivo proximal. Se documentó úlcera péptica en 44% de ellos y en 23% no se encontró una causa probable de hemorragia. El 32% de las lesiones se clasificó como Forrest Ia o Ib con tratamiento endoscópico y se logró una eficacia terapéutica de 93%, con necesidad de cirugía en 7% y sobrevida de 100% para los sujetos con hemorragia alta. Los autores concluyen que la endoscopia es segura y efectiva en este grupo de pacientes estudiados cualquiera que sea su edad. A pesar de sus buenos resultados, deben considerarse siempre los posibles sesgos metodológicos propios de un estudio retrospectivo, la comorbilidad de los pacientes y el seguimiento, que en este caso no se informó.

La terapia endoscópica con inyección de adrenalina es la técnica más utilizada en la actualidad para el control de la hemorragia. Sin embargo, algunos estudios de meta-análisis han establecido que la combinación de esta técnica con métodos térmicos o mecánicos es más efectiva. El Dr. Soncini, en Milán, Italia, llevó a cabo un estudio en 389 pacientes atendidos en nueve centros de endoscopia de Italia en el denominado estudio RING por signos de hemorragia del tubo digestivo alto.³ Sus resultados permiten observar que la úlcera péptica ocupa el primer lugar como causa de hemorragia (68%), seguida de la gastroduodenitis

Correspondencia: Tlacotalpan No. 59-1702, Col. Roma, C.P. 06760, México, D.F. **Correo electrónico:** drjuanmiguelabdo@yahoo.com.mx

hemorrágica (8%). En 46% de los individuos se observaron estigmas mayores (Forrest Ia o Ib) y se instituyó terapia endoscópica. En 80% de los sujetos sólo se realizó inyección con adrenalina; la terapia mecánica se utilizó en 36% de los enfermos y en 14% el método fue térmico. Sólo en 30% de los casos se empleó terapia endoscópica combinada. El 70% de los pacientes recibió al menos un paquete globular y la recidiva de la hemorragia fue de 4.1% y la mortalidad de 4%. Con estos resultados, los autores concluyeron que la monoterapia es efectiva para tratar a personas con hemorragia del tubo digestivo proximal y que el tratamiento combinado se reserva para los casos graves. Por su parte, el Dr. Lim, del *Royal Adelaide Hospital* de Australia,⁴ presentó un trabajo muy interesante en el que analizó la terapia de inyección de adrenalina con volúmenes mayores o menores a 10 ml (alto o bajo volumen, respectivamente) en el tratamiento combinado con métodos térmicos o mecánicos y las consecuencias que el volumen aplicado podría tener en los resultados. Analizó a 195 pacientes (Forrest I, 41%; Forrest II, 59%). La inyección de adrenalina se combinó con sonda caliente (90%), *clips* (4%), argón-plasma (1.5%) o más de dos métodos (4.5%). La media de volumen inyectado en el grupo de “bajo volumen” fue de 8.3 ml y en el de “alto volumen” de 17.9 ml. Se observó recidiva de la hemorragia en 14% y necesidad de cirugía en 10%. La mortalidad relacionada fue de 7%. Se pudo identificar una mayor recidiva de hemorragia ($p = 0.03$), necesidad de cirugía ($p = 0.005$) y mortalidad ($p = 0.02$) en aquellos pacientes en los que se aplicó “alto volumen” de adrenalina sin diferencia entre los grupos Forrest I o II. Los autores concluyeron que cuando se utiliza terapia endoscópica combinada, la aplicación de volúmenes mayores de 10 ml de adrenalina produce un marcado edema de los tejidos, lo cual ocasiona que la efectividad de los métodos térmicos o mecánicos se vea afectada en forma considerable. Estos resultados que parecen ser sólidos exigen estudios futuros que los sustenten, aunque tienen en apariencia una base fisiopatológica adecuada.

De Groot presentó en la Semana de Enfermedades Digestivas de Estados Unidos celebrada en Chicago⁵ una revisión sistemática para determinar la calidad de los sistemas de puntuación que predicen hemorragia gastrointestinal más utilizados (Rockall y Blatchford) y consideraron de alta calidad los que obtuvieron una puntuación mayor de

25 en un rango de 0 a 29. Se revisaron 372 estudios de los cuales 15 cumplieron con los criterios para su inclusión. Ninguno de los sistemas de predicción fue de alta calidad, sin mostrar mejoría con el paso del tiempo. Los errores metodológicos más relevantes fueron la ausencia de validación o la falta de análisis de impacto. La validación interna y externa se realizó en 4 (27%) y 7 (47%), respectivamente. En cuatro estudios (27%) esta validación no se llevó a cabo. Los autores concluyeron que ninguno de los sistemas de puntuación de predicción identificados pudo demostrar calidad incuestionable, por lo que sugirieron la necesidad de diseñar nuevos sistemas validados para pacientes con hemorragia gastrointestinal.

La Dra. Aguas y su grupo de colaboradores⁶ estudiaron la influencia de las anomalías en la coagulación en el pronóstico de la hemorragia del tubo digestivo no variceal y presentaron sus resultados. Este grupo evaluó el pronóstico de la hemorragia del tubo digestivo alto no variceal en sujetos con alteraciones de los parámetros hemostáticos (INR, *international normalized ratio*), divididos en tres grupos: a) INR < 1.3; b) INR, 1.3 – 2.5; y c) INR > 2.5. Los indicadores de pronóstico fueron días de estancia hospitalaria, tasa de mortalidad, necesidad de cirugía urgente, recurrencia de la hemorragia, ingreso a la unidad de cuidados intensivos (UCI) y unidades de concentrados eritrocitarios transfundidas. Encontraron que los días de estancia hospitalaria, la recurrencia de hemorragia y las unidades transfundidas fueron mayores en pacientes con INR > 2.5. En la mortalidad, admisión a UCI o necesidad de cirugía no hubo diferencia entre los tres grupos.

Por último, el Dr. Sung y sus colaboradores⁷ presentaron en la Semana de Gastroenterología de la Unión Europea, celebrada en Barcelona, un trabajo muy interesante en el cual evaluaron la eficacia y seguridad de un aerosol hemostático desarrollado con nanotecnología en el tratamiento de la úlcera activa con hemorragia Forrest Ib. En 15 pacientes (10 con úlcera duodenal y cinco con úlcera gástrica) se utilizó este producto, identificado como TC325, y se consiguió el control de la hemostasia en 14 de ellos (93.3%). Una segunda endoscopia a las 72 h mostró hemostasia satisfactoria en 13 pacientes y sólo en 1 (7.1%) la hemorragia recurrió. Este estudio concluyó que el uso de este aditamento es seguro y efectivo en el control de la hemorragia relacionada con la úlcera péptica

y logra 93% de hemostasia. Es conveniente destacar que estos resultados al parecer promisorios requieren estudios futuros con muestras mayores y de tipo multicéntricos para confirmar su efectividad y determinar su verdadera utilidad dentro del arsenal terapéutico de la hemorragia de origen no variceal.

Referencias

1. Gralnek I, Ching J, Maza I, et al. A feasibility study evaluating capsule endoscopy (CE) in persons presenting with acute upper gastrointestinal hemorrhage (UGIH). *Endoscopy* 2010; 42 (suppl 1): A275.
2. Magalhaes R, Pedrotto I, Salgueiro P, et al. Acute gastrointestinal bleeding in the elderly aged 80 years or older. *Gut* 2010; 59 (suppl III): A257.
3. Soncini M, Chilovi F, Triossi O, et al. Appropriateness for endoscopic therapy in patients with non variceal upper gastrointestinal hemorrhage. *Gut* 2010; 59 (suppl III): A367.
4. Lim K, Nguyen N. Adjunct endoscopic injection of adrenaline for high-risk bleeding peptic ulcers: Is too much good for you. *Gut* 2010; 59 (suppl III): A333.
5. Groot N, Siersema P, Van Oijen M. The quality of prediction scores in gastrointestinal bleeding. A systematic review and quantitative appraisal. Sesión de carteles presentada en DDW; 2011, mayo 7-10; Chicago, IL, USA. Tu 1097.
6. Aguas M, Ortiza V, Sanchez C, et al. Influence of coagulation abnormalities on the prognosis of non-variceal upper gastrointestinal bleeding (UGB). Sesión de carteles presentada en DDW; 2011, mayo 7-10; Chicago, IL, USA. Tu 1093.
7. Sung J, Luo D, Wu J, et al. **Safety and efficacy on nanopowder TC325 (hemostatic spray) in the treatment of active ulcer bleeding.** *Gut* 2010; 59 (suppl III): A44.