



Hemorragias digestivas no traumáticas del adulto

D. Pateron, J.-L. Pourriat, N. Carbonell, X. Dray

La hemorragia digestiva aguda no traumática es una de las principales urgencias digestivas. El pronóstico de esta patología cuya mortalidad es del orden del 5-10% ha mejorado gracias a los progresos terapéuticos farmacológicos y endoscópicos. Una hemorragia digestiva es grave cuando se produce en pacientes con deterioro de su estado general. La patología ulcerosa gastroduodenal y la hipertensión portal son las dos causas principales de hemorragia digestiva aguda. Se deben instaurar medidas comunes a todas las hemorragias, así como otras específicas en función de la causa. El cuadro se orienta en función de la historia natural de la hemorragia y de los factores pronósticos.

© 2015 Elsevier Masson SAS. Todos los derechos reservados.

Palabras clave: Hemorragia digestiva; Endoscopia; Úlcera gastroduodenal; Hipertensión portal; Cirrosis; Urgencia.

Plan

■ Introducción	1
■ Epidemiología de las hemorragias digestivas altas	2
Frecuencia	2
Pronóstico	2
Etiología	2
■ Epidemiología de las hemorragias digestivas bajas	4
■ Diagnóstico	4
Diagnóstico positivo: identificación de la hemorragia	4
Diagnóstico de gravedad	4
Orientación clínica	5
■ Tratamiento	5
Reglas generales	5
Tratamientos etiológicos	6
Criterios de orientación en urgencias	10
Hemorragias digestivas bajas	10
■ Conclusión	11

■ Introducción

La hemorragia digestiva aguda no traumática del adulto es una de las principales urgencias digestivas y conlleva una morbimortalidad elevada, a pesar de los progresos terapéuticos^[1]. Se distinguen las hemorragias digestivas altas y bajas desde el punto de vista anatómico, dependiendo de si su origen es proximal o distal al ángulo de

Treitz y, sobre todo, porque su tratamiento es distinto. La hemorragia digestiva es un síntoma que motiva que el paciente acuda a urgencias. Las principales patologías subyacentes son las úlceras y ulceraciones, así como las varices y lesiones vasculares debidas a la hipertensión portal. La utilización creciente de antiinflamatorios no esteroideos (AINE) y el envejecimiento de la población explican que la incidencia se mantenga elevada, así como la lenta mejora del pronóstico. La estrategia diagnóstica y terapéutica está influida por la necesidad de un manejo inicial que permita una evaluación precoz de la gravedad y la instauración de medidas de urgencia que permitan la realización de exploraciones endoscópicas. Éstas han mejorado sensiblemente la eficacia del diagnóstico y del tratamiento.

La individualización de los criterios pronósticos clínicos y endoscópicos agrupados en forma de escalas^[2] permite la identificación de grupos de pacientes con alto riesgo de recidiva, que requieren una vigilancia estrecha o, por el contrario, de grupos de pacientes de bajo riesgo, cuyo período de hospitalización puede ser corto. Las enfermedades concurrentes en caso de hemorragia ulcerosa y las complicaciones relacionadas con la insuficiencia hepática en caso de cirrosis son los elementos pronósticos determinantes^[3,4].

Las hemorragias digestivas bajas plantean problemas diagnósticos a menudo más complejos. En caso de rectorragias abundantes o de melena, es obligatorio descartar un origen alto antes de continuar las investigaciones; la estrategia diagnóstica, que se basa sobre todo en la colonoscopia y la tomografía computarizada (TC), depende

estrechamente del carácter activo o no de la hemorragia y de las capacidades del centro para la preparación y realización de una colonoscopia de urgencia.

El desarrollo de tratamientos endoscópicos, que evitan tener que recurrir a la cirugía de urgencia, ha transformado el tratamiento de las hemorragias digestivas. De este modo, la hemostasia endoscópica se ha convertido en el tratamiento de primera línea de las úlceras y ha disminuido el número de transfusiones y la realización de cirugías de urgencia^[5]. El tratamiento precoz con vasopresores forma parte integrante de la estrategia terapéutica en las hemorragias en pacientes con cirrosis^[6]. Se complementan con la hemostasia endoscópica de urgencia de las varices esofagogástricas mediante ligadura. El conjunto de estos progresos terapéuticos ha mejorado el pronóstico de las hemorragias y requiere la colaboración indispensable entre los equipos de urgencias, de reanimación, de gastroenterología, de radiología y de cirugía en el tratamiento de las hemorragias digestivas agudas no traumáticas del adulto.

■ Epidemiología de las hemorragias digestivas altas

Frecuencia

La incidencia anual de las hemorragias digestivas agudas del adulto se ha estimado en 100-150 episodios por 100.000 habitantes en los estudios epidemiológicos anglosajones^[7]. El principal estudio francés realizado en la región Ouest muestra una incidencia anual de 146 por 100.000 habitantes^[1]. Esta incidencia parece estar en descenso desde la década de 2000^[8]. La hemorragia digestiva provoca la hospitalización en el 79% de los casos y se produce en el hospital en el 20% de los pacientes. El promedio de edad de aparición de las hemorragias es de 61-71 años, y el riesgo es más elevado en los varones, con una proporción 1,35-1,79 veces mayor.

Pronóstico

La mortalidad de las hemorragias digestivas altas es del 5-10%, pero el fallecimiento sólo puede atribuirse directamente a la pérdida de sangre en el 25% de los casos. El 75% de las hemorragias se detienen espontáneamente. En cambio, la mortalidad de los pacientes que siguen sangrando o que presentan una recidiva es elevada, del orden del 40%. La incidencia de las hemorragias digestivas agudas se mantiene relativamente estable y no se ha visto influida por los progresos terapéuticos de la enfermedad ulcerosa hasta hace poco, mientras que la hospitalización de los episodios agudos de enfermedad ulcerosa gastroduodenal sin hemorragia casi ha desaparecido desde hace 20 años. Este hecho se explica probablemente por el envejecimiento de la población y por el mayor uso de AINE, que han aumentado la incidencia y la morbilidad de estas hemorragias^[7]. La mortalidad varía en función de la causa. Las hemorragias relacionadas con la hipertensión portal tienen una mortalidad del orden del 15%, mientras que la mortalidad de la hemorragia ulcerosa es del orden del 5%. La mortalidad no suele deberse a la propia pérdida de sangre, sino a la descompensación de patologías preexistentes, como una cardiopatía isquémica, una insuficiencia renal, una hepatopatía o una insuficiencia respiratoria crónica.

El estudio de los factores pronósticos de la hemorragia por úlcera gastroduodenal muestra que la recidiva se relaciona con la cuantía de la hemorragia inicial, la existencia de un estado de shock, la edad elevada de los pacientes y los criterios endoscópicos de la úlcera^[3,9]. En lo que respecta a la mortalidad, los factores de riesgo son la edad,

Cuadro 1.

Causas encontradas en los principales estudios epidemiológicos sobre la hemorragia digestiva aguda alta.

Úlceras/gastritis	40-70%
Rupturas de varices	5-25%
Esofagitis	5-15%
Síndrome de Mallory-Weiss	5-10%
Otras lesiones	5-20%
Ausencia de diagnóstico	5-20%

la existencia de un colapso cardiovascular inicial, una patología asociada y los criterios endoscópicos de recidiva hemorrágica de la úlcera.

El estudio del pronóstico de los pacientes con cirrosis en los meses posteriores a un episodio de la hemorragia digestiva muestra que el factor pronóstico esencial es la gravedad de la hepatopatía en el momento de la hemorragia^[4]. La mortalidad global de las hemorragias en los pacientes con cirrosis es de alrededor del 15%. En los que se incluyen en el grupo C de la clasificación de Child, la mortalidad alcanza el 30%. La mortalidad de las hemorragias relacionadas con la hipertensión portal ha disminuido en los últimos años. Esta mejora, que se observa con independencia de cuál sea la gravedad de la cirrosis, se debe probablemente a la mejora del tratamiento^[10]. La pérdida de sangre pocas veces es la responsable directa del fallecimiento, pero la hemorragia digestiva aguda en pacientes con cirrosis se acompaña de complicaciones en ocasiones mortales, como infecciones, encefalopatía, así como insuficiencia hepática y renal. El riesgo de fallecimiento es mayor durante el mes posterior al episodio hemorrágico. Después de 6 semanas, la curva de supervivencia vuelve a coincidir con la de los pacientes con cirrosis que no han sangrado^[6]. La recidiva hemorrágica es frecuente y constituye un elemento pronóstico importante. Sin embargo, la gravedad de la afectación hepática es el factor pronóstico principal de la supervivencia a corto plazo y de la aparición de complicaciones relacionadas con los tratamientos^[11]. La edad y la función renal tendrían un valor pronóstico independiente. Los antecedentes hemorrágicos, el número de concentrados de eritrocitos transfundidos y la causa de la cirrosis no parecen ser factores pronósticos independientes. Por último, en un metaanálisis se ha demostrado que la infección era un factor pronóstico independiente de mortalidad en caso de hemorragia en pacientes con cirrosis^[12].

Etiología

Las hemorragias digestivas altas suponen más del 75% de todas las hemorragias. El 75% se manifiestan por una hematemesis y el 20% por una melena aislada. En menos del 5% de los casos, se produce una rectorragia, que señala una hemorragia pospilórica muy activa. En el 10% de los casos de hemorragia digestiva alta no hay exteriorización del sangrado. La eficacia diagnóstica de la endoscopia es del 90% y aumenta con la precocidad de la exploración. Se recomienda realizarla en las primeras 24 horas^[13]. La causa principal de hemorragia digestiva aguda en Francia es la enfermedad ulcerosa gástrica y duodenal, así como las ulceraciones agudas gastroduodenales^[14]. La toma de AINE favorece la aparición de hemorragias digestivas, sobre todo gástricas. La enfermedad ulcerosa gastroduodenal provoca el 35-40% de estas hemorragias. Las principales causas de hemorragia digestiva se muestran en el Cuadro 1.

Enfermedad ulcerosa

En la enfermedad ulcerosa gastroduodenal, la hemorragia es la consecuencia de una ruptura arterial o arteriolar

Download English Version:

<https://daneshyari.com/en/article/2756613>

Download Persian Version:

<https://daneshyari.com/article/2756613>

[Daneshyari.com](https://daneshyari.com)