



Hemorragia digestiva alta no varicosa

M. Betés* y M. Muñoz-Navas

Servicio de Digestivo. Clínica Universidad de Navarra. Pamplona. Navarra. España.

Palabras Clave:

- Hemorragia digestiva alta
- Terapéutica endoscópica
- Hematemesis
- Melenas

Keywords:

- Upper gastrointestinal haemorrhage
- Endoscopic therapy
- Haematemesis
- Melena

Resumen

Etiopatogenia: La patología ulcerosa es la principal causa de hemorragia digestiva alta no varicosa (originada por encima del ángulo de Treitz), aunque existen muchas otras.

Diagnóstico: Ante la sospecha clínica, se debe confirmar la presencia de la hemorragia, evaluar la magnitud del sangrado, comprobar si la hemorragia persiste activa, descartar que pueda ser causada por hipertensión portal y establecer el pronóstico.

Tratamiento: Las medidas de reanimación prevalecen sobre cualquier otra actitud médica. Se recomienda utilizar escalas clínicas para estratificar a los pacientes precozmente, suprimir la secreción gástrica de ácido y conocer el manejo de medicamentos que pueden modificar el curso de la hemorragia o estar relacionados con su inicio.

Endoscopia: Salvo en un pequeño grupo de pacientes de muy bajo riesgo, se aconseja realizar una endoscopia en las primeras 24 horas, identificando los casos que pueden beneficiarse de un alta precoz y seleccionando los que requieren terapéutica endoscópica, aplicando las técnicas oportunas en cada caso. El paciente tratado endoscópicamente requiere un ingreso mínimo de 72 horas. En caso de fracaso terapéutico puede estar indicado un tratamiento angiográfico o quirúrgico.

Abstract

Nonvaricose upper gastrointestinal bleeding

Aetiopathogenesis: Ulcerative disease is the main cause of nonvariceal upper gastrointestinal haemorrhage (originating above the angle of Treitz), although there are many other causes.

Diagnosis: If haemorrhage is suspected, clinicians should confirm its presence, assess the magnitude of the bleeding, determine whether the haemorrhage remains active, rule out portal hypertension as the cause and establish the prognosis.

Treatment: Resuscitation measures prevail over any other medical approach. Clinical scales should be employed to stratify patients early, gastric acid secretion needs to be suppressed, and the management of drugs that can change the course of the haemorrhage or are related to its onset needs to be understood.

Endoscopy: Except for a small group of patients at very low risk, it is advisable to conduct an endoscopy in the first 24 hours, identify the patients who can benefit from early discharge and select those who require endoscopic therapy, applying the appropriate technique in each case. Patients treated endoscopically require a minimum hospital stay of 72 hours. In the event of treatment failure, angiographic treatment or surgery might be indicated.

Introducción

La hemorragia digestiva (HD) es una de las urgencias médicas más frecuentes en nuestro medio¹. Según se origine por encima o por debajo del ángulo de Treitz, se clasifica en he-

*Correspondencia

Correo electrónico: mbetesi@unva.es

morragia digestiva alta (HDA) o hemorragia digestiva baja (HDB). Algunos autores diferencian también la HD media, originada en el intestino delgado distalmente al ángulo de Treitz.

Entre el 74 y el 80% de las hemorragias agudas digestivas corresponden a hemorragias digestivas altas, con una incidencia anual que fluctúa en torno a 50-150 casos por 100.000 habitantes/año².

La forma de presentación puede orientar sobre el origen alto o bajo de la hemorragia. Así, la HDA aguda se exterioriza fundamentalmente como hematemesis o melenas. Se denomina hematemesis al vómito de sangre fresca, coágulos sanguíneos o restos hemáticos oscuros (posos de café) y melenas a las heces blandas, de color negro intenso y brillante y muy malolientes. Para producirse las melenas se requiere al menos una pérdida de entre 50 y 100 ml de sangre² y es necesario que esta permanezca al menos 10 horas en el tubo digestivo sufriendo la degradación de la hemoglobina por las bacterias del colon. Sin embargo, el color de las heces no siempre es un indicador fiable del origen de la hemorragia. La melena puede aparecer en hemorragias procedentes del intestino delgado o del colon derecho si existe un tránsito lento. A su vez, la hematoquecia (heces entremezcladas con sangre roja, generalmente originada distalmente al ángulo de Treitz)² puede verse en una HDA cuantiosa, asociada a un tránsito rápido, o en pacientes con antecedentes de resección intestinal.

Clasificación de las lesiones causantes de hemorragia digestiva alta

Se pueden clasificar según el lugar de origen, la causa que lo origina, la visibilidad de la hemorragia o su cuantía. Es práctica la clasificación en dos grandes grupos según esté o no relacionada con la hipertensión portal (HTP).

En esta actualización trataremos la HDA alta no relacionada con la HTP.

Causas de hemorragia digestiva alta no secundaria a hipertensión portal

Úlcera péptica

Es la causa más frecuente de HDA, aproximadamente es la responsable en un 40%, (fig. 1A). Es más frecuente el sangrado procedente de la úlcera duodenal que de la úlcera gástrica. Los principales factores etiológicos de la hemorragia secundaria a úlcera péptica (UP) son la infección por *Helicobacter pylori* y la ingesta de antiinflamatorios no esteroideos (AINE). Tiene una tasa de mortalidad entre el 5-10%¹.

Síndrome de Mallory-Weiss

Es el desgarro en la unión gastroesofágica producido tras náuseas o vómitos intensos. Constituye alrededor de un 5% de los casos de HDA¹. Es característica la historia de náuseas y vómitos precediendo a la hematemesis; el sangrado es au-

tolimitado en un 90% de los casos y el resangrado es poco frecuente.

Lesiones agudas de la mucosa gástrica (erosiones y gastritis hemorrágica)

Se originan fundamentalmente en situaciones de ingesta de AINE, alcohol y estrés (cirugía mayor, quemaduras importantes). En general, no ocurren sangrados significativos, ya que las lesiones están confinadas a la mucosa, donde no hay vasos de calibre grueso.

Otras causas

La hernia de hiato, la esofagitis o las neoplasias provocan un sangrado frecuentemente crónico, aunque pueden originar episodios de HD aguda.

La hemobilia (sangrado procedente de la vía biliar, exteriorizada a través de la papila de Vater) puede ser secundaria a traumas, biopsia hepática, litiasis, etc.; el paciente puede presentar ictericia, cólico biliar y hematemesis o melenas.

Otra causa poco frecuente de HDA son las fístulas aortoentéricas, que se clasifican en primarias (originadas a partir de un aneurisma aórtico) y secundarias (más frecuentes y originadas a partir de prótesis aórticas) (fig. 1B). Comunican en el 75% de los casos con el duodeno. Es característica la “hemorragia heráldica” en la que un sangrado autolimitado precede a una hemorragia masiva con un intervalo de tiempo variable (horas, incluso meses).

Las malformaciones vasculares son causa de menos del 5% de las HDA (fig. 1C). Pueden ser heredadas o adquiridas. Se trata de aberraciones de la arquitectura vascular normal que afectan a arterias, venas y/o capilares, y pueden localizarse en cualquier tramo del tubo digestivo³.

La lesión de Dieulafoy es una anomalía vascular localizada generalmente en el estómago proximal y consiste en una arteria de gran calibre situada en la submucosa o en la mucosa que se rompe hacia la luz. La hemorragia puede ser masiva o recurrente. Su identificación es difícil, salvo cuando está sangrando activamente o presenta un coágulo adherido.

Actitud médica ante el paciente con hemorragia digestiva alta aguda

Ante la sospecha de HDA, se debe confirmar la presencia de la hemorragia, evaluar la magnitud del sangrado, comprobar si la hemorragia persiste activa, conocer si puede estar causada por HTP, y buscar factores clínicos de importancia para el pronóstico.

Las medidas de reanimación prevalecen sobre cualquiera otra actitud médica^{4,5}. En una hemorragia masiva, el paciente no puede proporcionar información y es prioritario iniciar las maniobras que restituyan la estabilidad cardiovascular y aseguren la perfusión adecuada de los órganos vitales, obteniendo la información de los acompañantes. También las medidas diagnóstico-terapéuticas como la endoscopia deben

Download English Version:

<https://daneshyari.com/en/article/3806366>

Download Persian Version:

<https://daneshyari.com/article/3806366>

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