

Actualidades en el manejo del sangrado de tubo digestivo alto

Seminario de Actualización en Gastroenterología – 18 de noviembre de 2021

Ponente: *Dr. Arreola-Cruz Alejandro*

Redactó: *Toyos-Rodríguez Jennifer Amalia*

El sangrado de tubo digestivo puede dividirse en tres zonas de acuerdo a su ubicación: alto (lo que se encuentra proximal a la ampulla de Vater), medio (de la ampulla de Vater a la válvula ileocecal) y bajo (de la válvula ileocecal al recto). A su vez, el sangrado de tubo digestivo alto puede subdividirse en variceal o no variceal dependiendo de la causa.

Existen datos clínicos que permiten reconocer una hemorragia de tubo digestivo alto (HTDA) como la melena, heces de color negro alquitranado con disminución de la y olor fétido característico, resultante de la degradación de la sangre a hematina por bacterias intestinales. La hematemesis o melanemesis es el vómito de sangre roja y fresca, coágulos sanguíneos o restos hematínicos oscuros que puede presentarse en “posos de café”. La hematoquecia se refiere a una mezcla de sangre con heces o solamente sangre a través del recto.



Figura 1. Gráfico "División del sangrado de tubo digestivo según zonas" (Autor: Karla Daniela Mayeda González).

Historia clínica

Existen muchas causas posibles de una HTDA, esto explica la importancia de realizar una buena historia clínica y elegir el tratamiento correcto.

Las principales causas a considerar son la enfermedad ulcerosa péptica en pacientes con el antecedente de infección por *Helicobacter pylori* o bien, que utilicen antiinflamatorios no esteroideos (AINE) o antitrombóticos. Las varices esofágicas o gástricas en pacientes hepatópatas (cirróticos). Una angiodisplasia en pacientes con enfermedad renal o estenosis aórtica. Una neoplasia en quienes tengan el antecedente de tabaquismo, consumo excesivo de alcohol o infección por *H. pylori*. Úlceras marginales, cuya incidencia va en aumento por las cirugías metabólicas donde se realiza anastomosis gastroentérica. Por último, una causa menos frecuente de sangrado es la fístula aortoentérica en pacientes con antecedente de aneurisma aórtico abdominal.

Además, los síntomas se pueden relacionar con la posible causa del sangrado, por ejemplo, dolor en el epigastrio ante una úlcera péptica. En presencia de una úlcera esofágica el paciente puede referir odinofagia, reflujo gastroesofágico y disfagia. El desgarro de Mallory Weiss precede de vómitos, arcadas o crisis de tos. Pacientes con posibles neoplasias suelen referir disfagia, saciedad temprana, pérdida de peso involuntaria y caquexia. Las causas que se mencionan se incluyen en el sangrado de tubo digestivo alto no variceal. Por otro lado, cuando el sangrado es variceal puede presentarse ictericia y ascitis, ya que normalmente son pacientes hepatópatas.

Exploración física

Es un componente clave para evaluar la estabilidad hemodinámica, por lo tanto es importante identificar los signos de hipovolemia. Se habla de una hipovolemia leve a moderada cuando existe una pérdida menor al 15 % del volumen sanguíneo, con presencia de taquicardia en reposo.



INFORMES DE CONFERENCIA

Se presenta hipotensión ortostática cuando hay una pérdida de volumen sanguíneo de al menos 15 % y existe un cambio de 20 latidos por minuto cuando se pasa de una posición de decúbito a supino. La hipotensión severa ocurre en posición supina, cuando hay una pérdida de al menos 40 % del volumen sanguíneo.

Al examinar el color de las heces es posible ubicar el sangrado, donde lo más característico de la HTDA es la exteriorización del sangrado por hematemesis, melanemesis o melena.

También se requiere tomar en cuenta la presencia de dolor abdominal, especialmente si es severo y se asocia con sensibilidad al rebote o protección involuntaria, ya que puede indicar perforación y la necesidad de cirugía.

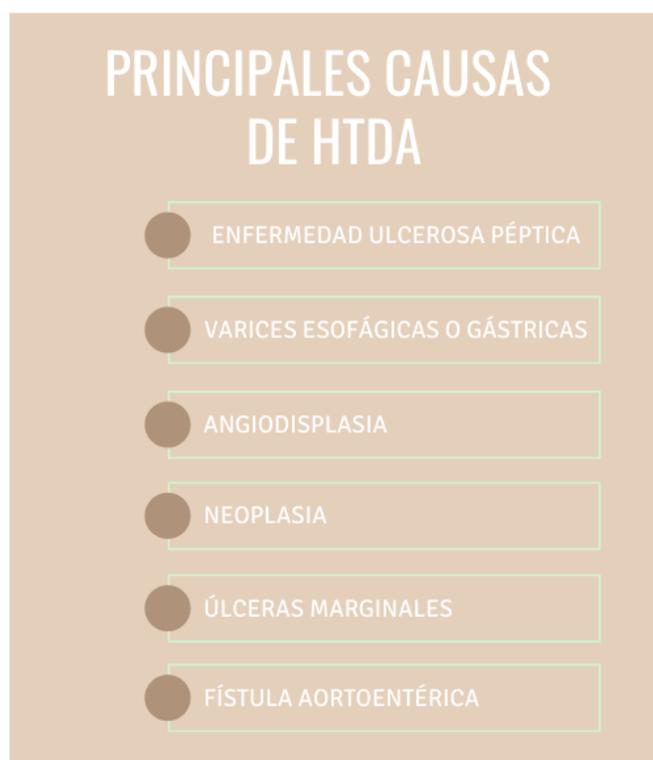


Figura 2. "Principales causas de HTDA" (Autor: Karla Daniela Mayeda González).

Laboratorios

Los objetivos incluyen evaluar la gravedad del sangrado, identificar las posibles causas y determinar si existen condiciones que puedan afectar el tratamiento posterior.

Inicialmente se debe obtener una biometría hemática completa, química sanguínea, perfil hepático, tiempos de coagulación y grupo Rh. El nivel de hemoglobina se evalúa inicialmente cada 2 a 8 horas, según la gravedad de la hemorragia y es necesario medirla después de cada evacuación.

La relación BUN-creatinina, igual o mayor a 30, sugiere hemorragia digestiva alta y cuanto mayor sea la proporción es más confirmatorio.

Lavado nasogástrico

La colocación de una sonda nasogástrica no es recomendable de manera rutinaria. Es útil ante la sospecha diagnóstica, ya que la presencia de restos hematínicos o en "posos de café" confirman la HTDA. Por otra parte, la aspiración de líquido bilioso no sanguinolento sugiere que el píloro está abierto y que no hay hemorragia digestiva alta activa distal a este. Un sangrado es indeterminado cuando salen secreciones hialinas y negativo ante secreciones biliares.

Manejo inicial

La prioridad es recuperar la estabilidad hemodinámica del paciente. Si presenta alteración del estado de conciencia y hematemesis, se debe colocar en decúbito lateral y considerar intubarlo para evitar el riesgo de aspiración.

Se tienen que colocar dos catéteres venosos periféricos gruesos para iniciar la reposición de volumen. No es necesario un catéter venoso central, ya que los periféricos tienen mayor velocidad de infusión. No se debe olvidar la administración de oxígeno mediante cánulas nasales y la reanimación hídrica inmediata con soluciones cristaloides.

Manejo pre-endoscópico

Se basa en el uso de inhibidores de la bomba de protones (IBP) a dosis altas, un bolo intravenoso de 80 mg y posteriormente infusión continua a 8 mg/hr o cada 12 horas. El fundamento es el siguiente: el medio ácido dificulta la agregación plaquetaria e impide la estabilidad de un potencial coágulo que pueda detener la hemorragia; la idea es mantener el estómago libre de secreción ácida.

Previo al estudio, se utiliza eritromicina intravenosa de 250 mg o metoclopramida de 30 a 120 minutos, puesto que mejora la visualización, implica menor necesidad de endoscopia subsecuente, disminuye la cantidad de paquetes globulares que se transfunden y los días de hospitalización.

Estratificación del riesgo

Los principales sistemas de puntuación para valorar a estos pacientes son la escala de Blatchford (previa a la endoscopia) y la puntuación de Rockall (posterior al estudio).

En la escala de Blatchford, una puntuación menor o igual a 1 indica un riesgo muy bajo de resangrado o mortalidad; los pacientes con esta puntuación pueden ser considerados para tratamiento ambulatorio y egreso. Se considera de bajo riesgo si es una puntuación menor de 4 y de alto riesgo cuando supera los 4 puntos. Este sistema de puntuación también predice el riesgo de intervención, ya sea transfusiones, tratamiento endoscópico o quirúrgico, incluso la muerte.

La puntuación de Rockall se basa en la edad, la presencia de shock, las comorbilidades, el diagnóstico y los estigmas endoscópicos de una hemorragia reciente. Una puntuación igual o menor a 2 indica riesgo bajo, de 3 a 4 puntos un riesgo intermedio y a partir de 5 puntos se considera de riesgo alto.

Ambas escalas nos permiten dirigir el tratamiento del paciente ya sea intrahospitalario o ambulatorio.

La clasificación de Forrest es de gran utilidad en casos de sangrado no variceal. Esta incluye los siguientes subgrupos:

- Alto riesgo:
 - Ia: sangrado activo arterial en “chorro”. De no tratarse, indica un porcentaje de recidiva del 90 %.
 - Ib: sangrado rezumante, en “sabana” o en capa.
 - IIa: existe un vaso visible no sangrante en el lecho de la lesión.
- Bajo riesgo:
 - IIb: presencia de un coágulo fresco adherido, el 25 al 30 % pueden quitarse, según la evolución puede empeorar y avanzar a la clasificación de alto riesgo.

- IIc: se observan manchas hemáticas.
- III: es una lesión con base limpia, cubierta por fibrina.

Tratamiento endoscópico

Se realiza hemostasia endoscópica ante la presencia de úlceras pépticas que se clasifican en Forrest Ia, Ib y IIa. En un Forrest IIb se tiene que considerar el retiro del coágulo y de acuerdo a los hallazgos, deberá recibir tratamiento endoscópico. En Forrest IIc y III no se recomienda hemostasia endoscópica.

Forrest Ia y Ib requieren, forzosamente, doble epinefrina con una segunda modalidad que puede ser térmica, mecánica o esclerosante. La IIa puede ser térmica, mecánica o esclerosante como monoterapia o en conjunto con epinefrina. Esta última no se debe manejar como monoterapia por su alta tasa de recidiva.

Una vez que se realiza la hemostasia endoscópica se debe continuar con la administración de IBP por 72 horas, siendo posible iniciar una dieta clara tan pronto como termine la endoscopia, pero es necesario tomar muestras para la identificación de *Helicobacter pylori*.

Métodos terapéuticos endoscópicos para casos no variceales

La adrenalina no debe de utilizarse como monoterapia debido a su efecto hemostático por taponamiento. Entre los métodos mecánicos se encuentran la hemostasia por compresión y tamponade sola o en combinación con epinefrina o terapia térmica, los cuales son útiles en sangrados no variceales. La terapia térmica puede ser de contacto o no, en esta se coloca la sonda directamente sobre la úlcera y se libera energía eléctrica o calor, tiene un riesgo del 10 % de ocasionar un nuevo sangrado. Los agentes esclerosantes (p. ej. etanol, etanolamina, polidocanol) causan inflamación tisular aguda, fijación química, edema agudo, necrosis y fibrosis.



Métodos no endoscópicos

Es preciso considerar en quienes no son candidatos a procedimientos endoscópicos o después de dos intentos fallidos. Estos métodos incluyen la gammagrafía con tecnecio 99, la angiotomografía y la angiografía. En casos difíciles de controlar hay que considerar la evaluación quirúrgica, ya que puede haber vasos sangrantes de gran tamaño y de difícil acceso para el endoscopista.

Hemorragia variceal esofágica

Los pacientes con cirrosis tienen entre 5-15 % mayor riesgo de desarrollar varices por año, y un tercio desarrollan hemorragia. El sangrado variceal se considera una emergencia gastrointestinal, ya que es una de las principales causas de muerte en pacientes con cirrosis.

Es importante mantener hemodinámicamente estable al paciente, garantizar que tenga una buena oxigenación, controlar el sangrado y evitar complicaciones. Se utilizan medicamentos vasoactivos como la terlipresina o el octreotide, con el objetivo de evitar complicaciones de la cirrosis como la encefalopatía hepática, una peritonitis bacteriana espontánea y lesión renal aguda.

Conclusión

El sangrado de tubo digestivo alto es un dato clínico a partir del cual se tiene que hacer una búsqueda de posibles causas para brindar el tratamiento correcto. Si estos no se identifican y tratan en tiempo y forma, la morbimortalidad aumenta. Por lo tanto, es de suma importancia estar en constante aprendizaje, realizar una buena historia clínica, evaluación, estratificar los casos y dirigir su manejo de manera adecuada en beneficio del paciente.

