

Hemostasia de la hemorragia del tubo digestivo

Dr. Juan Miguel Abdo Francis*

* Jefe del Departamento de Gastroenterología, Hospital Ángeles Metropolitano, México, D.F.

La endoscopia terapéutica ha modificado la morbimortalidad asociada a la hemorragia del tubo digestivo alto no variceal. Sin embargo, independiente de la técnica empleada la recidiva de la hemorragia posterior al tratamiento endoscópico es de 20%.

En la actualidad no existe consenso en relación con cuál técnica utilizar. La monoterapia es la técnica más empleada a nivel mundial, pero en muchos artículos de publicación reciente los autores han propuesto el uso de técnicas combinadas como aquéllas que mejores resultados ofrecen; sin embargo, no existen estudios comparativos serios que determinen qué métodos dan mejores resultados al combinarse.

En la reunión de Gastroenterología de los Estados Unidos de América de 2005 se presentó el metaanálisis de Marmo y cols., en donde se demuestra que no existe diferencia al comparar métodos térmicos o mecánicos solos contra los combinados, situación que no es similar cuando se analiza monoterapia con técnicas de inyección, cuyos resultados son inferiores a las técnicas combinadas. Es importante considerar que esta técnica es la más utilizada en muchos de los países en desarrollo.

En la DDW 2006, los autores Sven Adamsem, Jorge Bendix y Finn Kallehave presentaron los resultados de un estudio multicéntrico danés para evaluar la hemostasia endoscópica para hemorragia gastrointestinal alta no variceal con una pregunta: ¿Está la práctica clínica basada en evidencias?

En este estudio llevado a cabo en 42 centros de referencia, los cuales refirieron contar en 100% con equipos adecuados para el manejo de la hemorragia, se observó que sólo 90% de los centros tenían guías de manejo. El tratamiento farmacológico con inhibidores de la bomba de ácido se utilizó en 74 a 90% de los casos y sólo en 5% de los procedimientos se aplicó xilocaína tópica en pacientes con hemorragia.

De los procedimientos descritos llama la atención que 10% de los centros encuestados no tratan pacientes con Forrest IIa y IIb, y 45% restante decide no remover el coágulo adherido.

En relación con la técnica empleada, 57% usan terapia combinada y 33% usan inyección o coagulación como monoterapia.

De los centros que refieren como primera opción la inyección de sustancias, 60% usan agentes esclerosantes para inyectar y 19% utiliza volúmenes menores a 10 mL.

Un dato relevante a comentar es el hecho de que 17% de los centros encuestados sólo disponen de coagulación monopolar y sólo 17% de ellos realizan segunda endoscopia en pacientes con recidiva de hemorragia para evaluar respuesta terapéutica.¹

En un subanálisis derivado de este estudio y presentado también en la DDW 2006 en Los Angeles, los autores analizaron las causas más importantes de riesgo de recidiva de hemorragia concluyendo que el estado de choque previo a la endoscopia, la localización duodenal de la úlcera y el uso de AINEs en las cuatro semanas previas a la hemorragia son los factores de peor pronóstico. De igual manera establecen que la mortalidad posterior a segundo tratamiento endoscópico de la recidiva es mucho menor a la observada posterior a cirugía por recidiva de hemorragia.²

Los autores concluyeron con estos trabajos que existe la necesidad de elaborar guías de manejo uniformes que se apliquen a todos los pacientes, ya que la realización de cursos locales o regionales para estandarizar procedimientos no tienen aplicación real en los centros de trabajo, por lo que las Asociaciones y Colegios Médicos deben enviar información y guías a los Servicios de Endoscopia de los hospitales para lograr su verdadera aplicación clínica.

Brintha K. Enestvedt, Glenn Eisen, Nora Mattek y Jan M. Gralnek, en un estudio realizado en el Oregon Health Sciences de la Universidad de Portland, Oregon, USA, y en el Rambam Medical Center de Haifa, Israel, analizaron las variantes en la práctica de la terapéutica endoscópica empleada en el tratamiento de la úlcera péptica en un estudio multicéntrico. Considerando que la úlcera péptica es causa importante de HTDA y que la endoscopia terapéutica es la primera opción en el

tratamiento, llevan a cabo su estudio en 72 centros hospitalarios analizando los resultados obtenidos de 2000 a 2004.

Se analizaron los resultados en 3,694 pacientes diagnosticando 4,694 úlceras. De acuerdo con la clasificación de Forrest los hallazgos más frecuentes corresponden a úlcera de base limpia, más de la mitad de los casos (52.4%). Se observó mancha hemática en 12.4%, sangrado activo en 9.5%, coágulo en 6.5% y vaso visible en 5.9%. En 13.2% de los casos no se informa clasificación endoscópica.

En los pacientes con hemorragia activa (9.5% de los casos) los métodos empleados fueron:

- Electrocoagulación, 16%.
- Heater Probe, 1.4%.
- Inyección, 15.8%.
- Electrocoagulación e inyección, 27%.
- Heater Probe e inyección, 8.8%.
- Sin terapia, 30.6%.
- Cualquier terapia, 69.4%.

En pacientes que presentaban un coágulo (6.5% de los casos) la terapéutica fue:

- Electrocoagulación, 5.6%.
- Heater Probe, 1.0%.
- Inyección, 12.5%.
- Electrocoagulación e inyección, 14.5%.
- Heater Probe e inyección, 1.0%.

- Sin terapia, 65.5%.
- Cualquier terapia, 34.5%.

Finalmente, en aquéllos con un vaso visible (5.9% de los casos) se optó por las siguientes técnicas endoscópicas:

- Electrocoagulación, 14%.
- Heater Probe, 4.7%.
- Inyección, 10%.
- Electrocoagulación e inyección, 31.2%.
- Heater Probe e inyección, 10.4%.
- Sin terapia, 29.8%.
- Cualquier terapia, 70.2%.

Con los resultados anteriores los autores concluyen que existen diversas alternativas endoscópicas terapéuticas en el paciente con úlcera hemorrágica y los resultados son comparables con diversas técnicas; sin embargo, llama la atención que el tratamiento endoscópico se utilice sólo en 70% de las úlceras con vasos visibles y en 35% de coágulos adherentes en esta serie.³

REFERENCIAS

1. Adamsem S, Bendix J, Kallehave F, et al. Endoscopic hemostasis for non variceal upper gastrointestinal bleeding: Is clinical practice evidence based? Los Angeles, USA. *DDW 2006*; Abstract M1286.
2. Adamsen S, Norgaard B, Bendix J, Kallehave F, et al. Rebleeding after endoscopic hemostasis for bleeding gastroduodenal ulcer. Patients characteristics and outcomes. A nationwide prospective study. Los Angeles USA. *DDW 2006*; Abstract M1235.
3. Enestvedt BK, Eisen G, Mattek N, Gralnek JM, et al. Endoscopic therapy for bleeding peptic ulcer: practice variation in a multi-center consortium. Los Angeles, USA. *DDW 2006*; Abstract M1243.