

Hemorragia de tubo digestivo alto no variceal

1

CASO CLÍNICO

Autor:

Dra. Alicia Sofía Villar Chávez

Gastroenteróloga

Posgrado en Motilidad y Neurogastroenterología

Médico del Hospital Ángeles Acoxa, Ciudad de México

INTRODUCCIÓN

Femenino de 66 años de edad quien ingresó al área de urgencias por dos episodios de hematemesis. Antecedentes de hipertensión arterial y osteoartritis, toma telmisartán 40 mg cada 24 h y desde hace un mes toma meloxicam 15 mg + glucosamina 1,500 mg en polvo cada 24 h. Ingesta de alcohol 14 g por semana y dos cigarrillos al día desde hace cinco años. Paciente orientada, con presión arterial de 94/60 mm Hg y frecuencia cardiaca de 108 latidos por minuto; al examen físico hay datos de deshidratación moderada y restos hemáticos en cavidad oral; resto normal. El nivel de hemoglobina es de 11.0 g/dL, recuento de plaquetas 220,000 por mm³, relación normalizada internacional (INR) 1.0 y nivel de nitrógeno ureico en sangre (BUN) 20 mg/dL, creatinina sérica 1.3 mg/dL. ¿Cómo debemos abordar este caso y qué tratamiento llevar a cabo?

Historia clínica

Mujer de 65 años de edad con antecedentes heredo-familiares de cáncer gástrico tipo intestinal en madre, quien falleció a los 50 años, y hermana de 35 años con diagnóstico de úlcera péptica asociada a infección por *Helicobacter pylori*. La paciente refiere tomar 14 g de alcohol por semana desde hace 15 años y fuma dos cigarros al día desde hace cinco años; niega hemotransfusiones, tatuajes o uso de drogas. Desde hace 20 años hipertensa, en tratamiento con telmisartán 40 mg vía oral cada 24 h y hace cinco años fue diagnosticada con osteoartritis, para lo cual toma de forma intermitente antiinflamatorios no esteroides (AINE) como diclofenaco, ketorolaco y ácido acetilsalicílico de 3 a 5 veces por semana; desde hace un mes toma meloxicam 15 mg + glucosamina 1,500 mg en polvo, cada 24 h por gonalgia bilateral.

La paciente ingresó al área de urgencias a las 23:00 h por dos episodios de hematemesis, mareo,

dolor epigástrico tipo ardoroso, náusea y evacuaciones melánicas de una semana de evolución, intermitentes, las cuales las había confundido con el color desencadenado por la ingesta de subsalicilato de bismuto (que tomó en dos ocasiones por presentar tres evacuaciones diarreicas al día durante dos días y 10 días previos a su ingreso). A las 8:00 h se automedicó con esomeprazol 40 mg vía oral, 30 mL de hidróxido de aluminio y se inyectó 10 mg de metoclopramida intramuscular, dosis única.

Exploración física

Se recibe a la paciente orientada, con presión arterial de 94/60 mm Hg, frecuencia cardiaca (FC) con 108 latidos por minuto (lpm), temperatura de 36.1 °C, frecuencia respiratoria de 18 respiraciones por minuto, saturación de oxígeno al 100% al aire ambiente, peso de 60 kg y talla 1.64 cm, con presencia de datos de deshidratación moderada, palidez leve de piel, restos

1

Hemorragia de tubo digestivo alto no variceal

hemáticos en cavidad oral, aumento de la intensidad y frecuencia de ruidos cardiacos, sin soplos, auscultación pulmonar con adecuada entrada y salida de aire sin ruidos agregados, abdomen con distensión objetiva, peristaltismo aumentado en intensidad y frecuencia, no se palpan masas o hernias abdominales, no existe hepato ni esplenomegalia, dolor a la palpación superficial y profunda en epigastrio y mesogastrio, sin signos de irritación peritoneal. Extremidades sin edema. Tacto rectal con fisura anal en la línea media posterior, reflejo anocutáneo presente, no se sienten masas ni se palpan hemorroides trombosadas, sin dolor a la palpación del músculo puborrectal. Al solicitarle a la paciente que puje, presenta adecuada relajación de los músculos puborrectales y esfínter anal externo; a la retirada el guante mostró melena.

Sospecha diagnóstica

Hemorragia de tubo digestivo alto (HTDA).

Pruebas complementarias

En la evaluación inicial de la paciente con HTDA, es importante discriminar la gravedad del sangrado de acuerdo con los signos vitales y los factores que presenta. La taquicardia (frecuencia cardíaca ≥ 100 lpm), hipotensión (presión arterial sistólica ≤ 100 mm Hg), edad mayor de 60 años y comorbilidades, se asocian con un mayor riesgo de sangrado y mortalidad. Existen herramientas útiles para identificar a aquellos pacientes con bajo o alto riesgo de complicaciones asociadas al sangrado, como el puntaje de Glasgow-Blatchford (**Cuadro 1**), en el cual, si dicha escala es menor o igual a 1, los pacientes pueden egresar y realizarles la endoscopia de forma ambulatoria. Por el contrario, si los pacientes tienen un puntaje ≥ 2 (en una escala de 0 a 23, indica mayor riesgo) ayuda al médico de urgencias a identificar a los pacientes de alto riesgo que van a necesitar de una endoscopia digestiva alta en las siguientes 24 h, transfusión o incluso intervención quirúrgica para el control del HTDA y, por ello, estos pacientes deben ser hospitalizados.¹ En el caso de nuestra paciente, de acuerdo a que el cálculo de Glasgow-Blatchford es de 8 puntos presenta alto riesgo.

Los niveles de hemoglobina (Hb) deben ser monitoreados; sin embargo, a diferencia de la presión arterial y la frecuencia cardíaca, son un pobre indicador inicial de la gravedad del sangrado del tubo digestivo alto, ya que el nivel de Hb no disminuye de inmediato, sino que tarda horas en observarse su valor real a medida que el volumen intravascular e intersticial se reple-

Cuadro 1. Puntaje de Glasgow-Blatchford

Valores a la admisión	Puntos
Nitrógeno ureico mg/dL	
< 18.2	0
18.2 a < 22.4	2
22.4 a < 28.0	3
28.0 a < 70.0	4
≥ 70.0	6
Hemoglobina - g/dL	
≥ 13.0 (H); ≥ 12.0 (mujer)	0
12.0 a < 13.0 (hombre)	1
10.0 a < 12.0 (mujer)	3
10.0 a < 12.0 (hombre)	6
< 10.0 (hombre y mujer)	
Presión sistólica - mm Hg	
≥ 110	0
100 - 109	1
90 - 99	2
< 90	3
Frecuencia cardíaca - latidos por minuto	
< 100	0
≥ 100	1
Otras variables	
Melena	1
Síncope	2
Enfermedad hepática	2
Enfermedad cardíaca	2

Fuente: modificado de Laine L. Upper Gastrointestinal Bleeding Due to a Peptic Ulcer. N Engl J Med. 2016;374:2367-76.

tan con líquidos intravenosos.¹ Además de la biometría hemática, se solicitaron otros estudios de laboratorio que se muestran en el **Cuadro 2**.

La paciente fue hospitalizada y después de una adecuada reanimación con cristaloides (es decir, al encontrarse hemodinámicamente estable y con inicio de esomeprazol intravenoso en bolo e infusión), a las 11:00 h se realizó la endoscopia alta con toma de biopsias, donde los hallazgos principales fueron: dos úlceras Forrest III prepilóricas de 5 mm, una úlcera Forrest III de 1 cm en cara anterior de bulbo duodenal, gastropatía hemorrágica y duodenitis severa (**Figuras 1, 2, 3 y 4**). No se requirió terapia endoscópica por encontrarse una úlcera con fibrina y base limpia, es decir, una lesión sin estigmas de alto riesgo.

Diagnóstico diferencial

Ante un paciente con HTDA, es importante diferenciar que el origen sea no variceal, ya que las pautas

Cuadro 2. Valores de laboratorio de la paciente al ingreso

Variable	Resultado
Hemoglobina (g/dL)	11
Hematócrito (%)	33
Volumen corpuscular medio (fL)	60
Hemoglobina corpuscular media (pg)	21
Plaquetas (por mm ³)	220,000
Leucocitos totales (por mm ³)	12,000
Neutrófilos (por mm ³)	5,000
Linfocitos (por mm ³)	2,000
Bilirrubina total (mg/dL)	0.8
Alanina aminotransferasa (ALT) (U/L)	20
Aspartato aminotransferasa (AST) (U/L)	28
Fosfatasa alcalina (U/L)	111
Albumina (g/dL)	4.2
Gamaglutamil transpeptidasa (U/L)	50
Glucosa (mg/dL)	95
Nitrógeno ureico en sangre (BUN) (mg/dL)	20
Creatinina (mg/dL)	1.3
Sodio (mmol/L)	135
Potasio (mmol/L)	3.8
Cloro (mmol/L)	110
Calcio (mmol/L)	9
Ácido láctico (mmol/L)	0.9
Tiempo de protrombina (segundos)	12
Relación normalizada internacional (INR)	1

Fuente: elaborado por el autor.

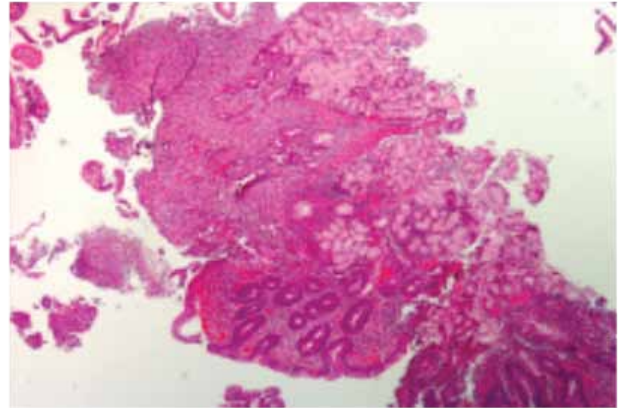


Figura 2. Estudio histopatológico de úlcera duodenal. Biopsia de duodeno con úlcera péptica activa con tejido de granulación y fibrosis.

Fuente: cortesía del Dr. Daniel Ruiz Romero.

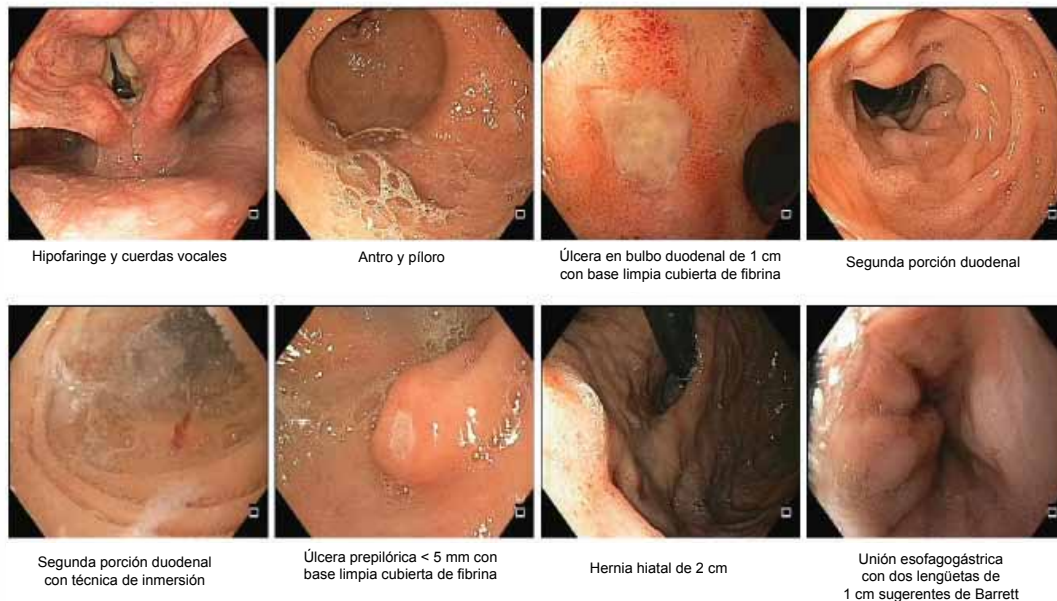


Figura 1. Endoscopia alta

HALLAZGOS: estructuras de oro e hipofaringe sin alteraciones. Esófago de forma, situación, distensibilidad y vascularidad normales; a 33 cm de la arcada dentaria está la unión esofagagástrica y a 35 cm el pinzamiento diafragmático, con dos lengüetas de 1 cm sugerentes de Barrett. Cámara gástrica de forma, situación, distensibilidad y vascularidad normales; se observa mucosa edematosa y petequeal generalizada que con imagen de banda ancha (NBI) muestra zonas de cresta azul en región prepilórica donde hay dos úlceras de 5 mm con fibrina. Píloro lateralizado a la derecha y hacia abajo por deformación, debido a probable úlcera ya cicatrizada. En la porción del duodeno se observa una úlcera de 1 cm con fibrina en cara anterior y zonas erosivas (en dicha zona y en 2ª porción). Se avanzó hasta 3ª y 4ª porción, donde no se ven lesiones y se hizo inmersión con abundante agua sin documentar sitio activo de sangrado. A la retroflexión el hiato está abierto sin abrazar por completo el endoscopio. Se tomaron biopsias de duodeno, antro/incisura y cuerpo gástrico, así como de las lengüetas esofágicas distales. Se terminó procedimiento sin incidentes.

DIAGNÓSTICOS: 1) Hernia hiatal de 2 cm; 2) Gastropatía hemorrágica generalizada; 3) Dos úlceras Forrest III prepilóricas de 5 mm; 4) Una úlcera Forrest III de 1 cm en cara anterior de bulbo duodenal / duodenitis severa; 5) Toma de biopsias de lengüetas esofágicas, gástricas y duodenales.

Fuente: cortesía del Dr. Daniel Ruiz Romero.

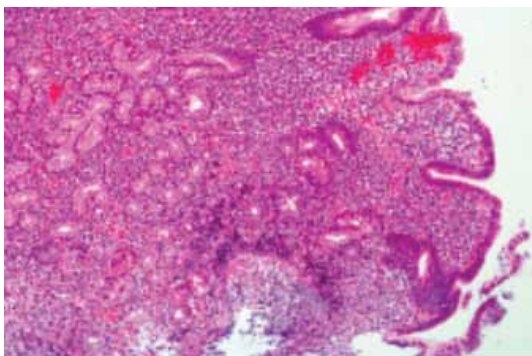


Figura 3. Estudio histopatológico con gastritis crónica de antro

Gastritis crónica superficial y profunda atrófica con actividad moderada y cambios por reflujo, no asociado a *Helicobacter Pylori*.

Fuente: cortesía del Dr. Daniel Ruiz Romero.

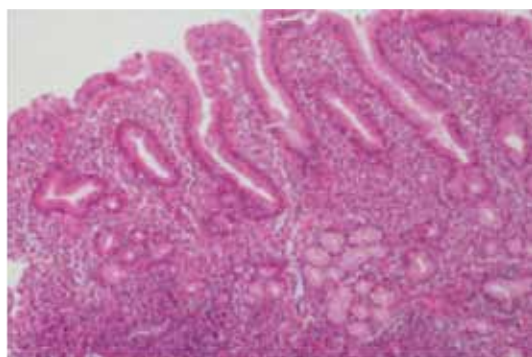


Figura 4. Biopsia de esófago con carditis crónica

Biopsia de esófago con carditis crónica intensa inactiva con cambios por reflujo alcalino y hemorragia petequeal.

Fuente: cortesía del Dr. Daniel Ruiz Romero.

del tratamiento son diferentes y el riesgo de complicaciones son mayores ante un sangrado variceal; la etiología del sangrado es incierta, previo a realizar un estudio de endoscopia,² sin embargo, hay ciertos datos clínicos y de laboratorio que nos ayudan a categorizar a estos pacientes. En el caso de la paciente, no tenía antecedentes de riesgo para sangrado variceal (negó hemotransfusiones o toxicomanías, escasa cantidad de consumo de alcohol, así como parámetros normales de plaquetas, pruebas de función hepática y tiempos de coagulación, sin estigmas a la exploración física de hepatopatía crónica como ascitis, esplenomegalia o red colateral en pared abdominal).

La causa principal de HTDA es el sangrado no variceal, siendo la úlcera péptica la etiología más frecuentemente encontrada en 28 a 59% de los casos (úlcera duodenal 17 a 37% y úlcera gástrica 11 a 24%); enfermedad erosiva de la mucosa del esófago, estómago o duodeno en 1 a 47% de los casos; desgarr

de Mallory-Weiss en 4 a 7% de los casos; malignidad del tracto gastrointestinal superior en 2 a 4% de los casos; otro diagnóstico en 2 a 7% de los casos; o causa descocida en 7 a 25% de los casos. Otras causas menos comunes son las angiodisplasias y la lesión de Dieulafoy. Incluso, se puede identificar más de un diagnóstico endoscópico como la causa del sangrado en 16 a 20% de los casos agudos.³

Como es del conocimiento, la principal causa de úlcera péptica es secundaria a infección por *Helicobacter pylori*, por ello, la Sociedad Europea de Endoscopia Gastrointestinal (ESGE, por sus siglas en inglés) recomienda que en aquellos pacientes con HTDA secundario a úlcera péptica, debemos investigar la infección y tratarla. En el caso de resultar negativa (alto porcentaje de falsos negativos en hemorragia aguda), volver a investigar por pruebas no invasivas en un periodo de cuatro semanas y en caso de ser positiva dar tratamiento y comprobar erradicación.³

DIAGNÓSTICO FINAL

Hemorragia de tubo digestivo alto por úlcera gástrica y duodenal Forrest III, asociadas al uso de antiinflamatorios no esteroides (AINE).

Es importante recordar que la paciente toma de manera crónica AINE y en el último mes ha aumentado la cantidad de meloxicam, por lo tanto, la principal sospecha diagnóstica previa a la realización de endoscopia será úlcera péptica asociada a AINE. Debemos recordar que los AINE funcionan inhibiendo la enzima ciclooxigenasa (COX), una enzima que sintetiza prostaglandinas y tromboxano. COX tiene dos isoformas: COX-1 y COX-2. COX-2 tiene en especial efectos proinflamatorios, induciendo dolor y fiebre, mientras que COX-1 regula la síntesis de prostaglandinas involucradas en la protección gastrointestinal. El 30 y 50% de los usuarios de AINE tienen lesiones endoscópicas gastrointestinales superiores como Petequias, erosiones y ulceraciones. Sin embargo, la mayoría de las lesiones de la mucosa no causan manifestaciones clínicas y las lesiones tienden a disminuir con el uso crónico, lo cual es probable porque la mucosa se adapta a la agresión de estos fármacos. El riesgo de la paciente que se encuentra tomando AINE para enfermedad ulcerosa péptica es 4.7 veces mayor que los no usuarios. Se estima que más o menos 4.5% de los pacientes que son usuarios crónicos de AINE presentan úlceras pépticas sintomáticas y 1% experimenta sangrado digestivo durante el primer año de tratamiento. La toxicidad gastrointestinal depende de la clase química, la dosis, la formulación de liberación y la vida media. Por ejemplo, el ibuprofeno y

Cuadro 3. Factores de riesgo de enfermedad ulcerosa péptica asociados con antiinflamatorios no esteroides (AINE)

Factores de riesgo	Riesgo relativo
Antecedente de úlcera péptica complicada	13.5
Uso de múltiples AINE	9
Altas dosis de AINE	7
Uso de AINE + anticoagulante	12.7
Antecedente de úlcera péptica no complicada	6.1
AINE + hemodiálisis	5.8
AINE + dosis baja de ácido acetilsalicílico	5.6
Infección por <i>Helicobacter pylori</i>	3.5
Edad > 65 años	3.5
AINE + inhibidores de la recaptura de serotonina	6.3
AINE + corticoesteroides	2.2
Un comórbido (diabetes, nefropatía, cirrosis, isquemia cardiaca, tumores o enfermedades cerebrovasculares)	1.4
≥ 2 comórbidos	2.2

Fuente: modificado de Melcarne L, García-Iglesias P, Calvet X. Management of NSAID-associated peptic ulcer disease. Expert Rev Gastroenterol Hepatol. 2016;10(6):723-33.

el aceclofenaco tienen un riesgo bajo de eventos gastrointestinales graves (riesgo relativo [RR] < 2); la nimesulida, diclofenaco, meloxicam y el ketoprofeno tienen un riesgo intermedio (RR 2 a 4); mientras que el naproxeno y la indometacina tienen un alto riesgo (RR > 4). Además, la edad de la paciente es un factor de riesgo de enfermedad ulcerosa péptica relacionada con AINE. En pacientes mayores de 65 años el RR está entre 2 y 3.5 (**Cuadro 3**).⁴

Plan terapéutico

Se recibió a la paciente en el área de urgencias a las 23:00 h y se inició monitorización de signos vitales, registro de presión arterial de 94/60 mm Hg y FC de 108 lpm. Debido a la inestabilidad hemodinámica, se inició restitución de volumen con solución Hartmann 1,000 cc para 30 min, con lo que mejoró la presión arterial a 120/80 mm Hg y la FC bajó a 90 lpm. Al integrar el diagnóstico de HTDA no variceal, se inició bolo de 80 mg de esomeprazol diluido en 100 mL de solución salina al 0.9% para pasar en 30 min, seguido de una dilución de 2 ampulas de esomeprazol de 40 mg en 100 mL de solución salina al 0.9% para pasar a 10 mL/h (cálculo de la infusión a 8 mg/h) por 72 h y ayuno total. Se re-

cibieron resultados de biometría hemática con Hb de 11 g/dL, por lo que no se indicó hemotransfusión. Doce horas después se realizó endoscopia alta con hallazgo de gastropatía hemorrágica generalizada, dos úlceras Forrest III prepilóricas de 5 mm, una úlcera Forrest III de 1 cm en cara anterior de bulbo duodenal y duodenitis severa. No se realizó tratamiento endoscópico debido a que las lesiones encontradas tenían bajo riesgo de resangrado (úlcera cubierta de fibrina: Forrest III). Una hora después de la endoscopia, al corroborar que la paciente no tenía náusea o vómito, y debido a la lesión endoscópica de bajo riesgo de sangrado, se indicó dieta normal, suspensión de infusión continua de esomeprazol y se dio esomeprazol 40 mg vía oral 30 min antes del desayuno cada 24 h. Se decidió su alta a casa a las 24 h con esomeprazol cápsulas de 40 mg vía oral 30 min antes del desayuno por 8 semanas y se suspendieron los AINE, indicando sólo tomar paracetamol en caso de artralgias. Posteriormente se citó a la paciente a los dos meses, negando melena, dolor abdominal o hematemesis. Los nuevos laboratorios mostraron Hb de 13 g/dL, sin embargo, refirió artralgias y mialgias sin mejoría con dosis de paracetamol de 1 g cada 8 h, por lo que había seguido tomando AINE. Debido a esta situación se decidió indicar profilaxis secundaria para evitar resangrado por uso de AINE de manera crónica, iniciando esomeprazol una cápsula de 40 mg vía oral cada 24 h, asociado al AINE sin suspender.

Discusión

El primer paso en el manejo de los pacientes con HTDA, es evaluar el estado hemodinámico y proveer una adecuada restitución de volumen con soluciones cristaloides (preferible solución Hartmann), seguido de la utilización de escalas validadas para estratificación de riesgo en alto o bajo. Un puntaje ≤ 1 en la escala Glasgow-Blatchford, se considera el corte óptimo (sensibilidad 98.6% y especificidad 34.6%) para predecir supervivencia sin intervención terapéutica intrahospitalaria y considerar manejo ambulatorio.⁵

En este caso se decidió no realizar transfusión sanguínea con niveles de Hb de 11 g/dL, ya que se ha confirmado en ensayos clínicos que una estrategia restrictiva de hemotransfusión disminuye tasas de mortalidad, esto porque al comparar la estrategia restrictiva (nivel de Hb 7 g/dL) y la estrategia liberal (Hb 9 g/dL) en pacientes con HTDA, la sobrevida a seis semanas fue mayor en la estrategia restrictiva (95 vs. 91%, RR 0.55, IC 95%; 0.33 a 0.92, $p = 0.02$), mientras que en aquellos con transfusión liberal existe mayor número de efectos adversos 48 vs. 40% ($p = 0.02$).⁶

El uso de inhibidores de bomba de protones (IBP), previo a la endoscopia, disminuye la tasa de estigmas de alto riesgo identificados durante el procedimiento, ya que la supresión ácida promueve la cicatrización al incrementar el pH intragástrico y estabilizar el coágulo que ocluye el defecto vascular. Esto se demostró en un metaanálisis de 6 ensayos clínicos de 2,223 pacientes, donde la tasa de estigmas disminuyó de alto riesgo durante la endoscopia (37.2%) en el grupo de IBP vs. 46.5% que no utilizaron IBP, así como la necesidad de terapia endoscópica 8.6 vs. 11.7%, respectivamente. Se debe tomar en cuenta que la terapia con IBP no modificó la mortalidad (6.1 vs. 5.5%), resangrado (13.9 vs. 16.6%) o necesidad de cirugía (9.9 vs. 10.2%). Por otro lado, la Guía del Grupo de Consenso Internacional de HTDA actualizada, establece que la terapia con infusión de IBP de 80 mg intravenoso (IV) en bolo, seguido de una infusión IV a 8 mg/h por 72 h continuas administrada en forma temprana previo a la endoscopia, sí disminuye resangrado y mortalidad, a diferencia de dosis bajas que sólo reducen resangrado pero no mortalidad.^{7,8}

La endoscopia está indicada en todos los casos de HTDA, excepto en pacientes con una contraindicación absoluta. De acuerdo con el tiempo de realización, la endoscopia puede ser temprana cuando ésta se lleva a cabo en las primeras 12 a 24 h y muy temprana cuando se realiza dentro de las primeras 12 h. La endoscopia temprana se recomienda en pacientes que están hemodinámicamente estables. La muy temprana puede ser considerada en pacientes con características clínicas de alto riesgo o que presenten inestabilidad hemodinámica a pesar de la reanimación, y aquellos en donde esté contraindicada la interrupción de la anticoagulación.⁵

La clasificación de Forrest la utilizamos en úlcera péptica para decidir el tipo de tratamiento endoscópico que debe emplearse y así disminuir el riesgo de recurrencia, necesidad de cirugía de urgencia y mortalidad. Así podemos encontrar una úlcera con presencia de hemorragia activa en chorro (Forrest IA), úlcera con hemorragia activa en capa (Forrest IB), úlcera con vaso visible (Forrest IIA), úlcera con coágulo adherido en su base (Forrest IIB), úlcera con punto plano pigmentado en la base (Forrest IIC) y por último úlcera con base limpia cubierta por fibrina (Forrest III).⁵

En pacientes con estigmas endoscópicos de alto riesgo de resangrado (Forrest IA, IB, IIA y IIB), además de la infusión continua por 72 h, el paciente continuará en casa con tratamiento con IBP 40 mg vía oral cada 12 h por dos semanas y después una vez al día para completar el tratamiento por 4 a 6 semanas más. En caso contrario, ante lesiones con estigmas de bajo riesgo de resangrado (Forrest IIC y III), se suspenderá la infusión y continuará con IBP una vez al día por 4 a 8 semanas (Figura 5).^{2,8}

Un estudio clínico, aleatorizado, doble ciego, controlado en 764 pacientes, donde 375 de ellos recibieron 80 mg de esomeprazol IV administrado en bolo, seguido por una infusión continua durante 71.5 h y posteriormente un tratamiento oral continuo con esomeprazol de 40 mg durante 27 días, y por otro lado 389 pacientes que recibieron placebo, demostró después de 7 y 30 días de tratamiento, que la incidencia de resangrado fue de 7.2% en el grupo de tratamiento contra 12.9% en el grupo del placebo y de 7.7 contra 13.6%, respectivamente.⁹

Por otro lado, la puntuación de Rockall, evalúa la gravedad y resangrado de úlcera péptica; los pacientes con puntajes de Rockall ≥ 6 tienen mayores tasas de resangrado y de mortalidad que los pacientes con puntajes < 6 . Por ello, se evaluó el uso de esomeprazol a doble dosis contra dosis estándar en 293 pacientes después de una infusión de esomeprazol por 3 días; el primer grupo con puntajes de Rockall ≥ 6 fueron asignados al azar al grupo de 40 mg de esomeprazol oral dosis doble ($n = 93$) o al grupo de dosis oral estándar ($n = 94$) por 11 días. Los pacientes con puntajes Rockall < 6 sirvieron como controles ($n = 89$) y recibieron 11 días de esomeprazol oral 40 mg una vez al día. Posteriormente, todos los pacientes recibieron 40 mg de esomeprazol por vía oral una vez al día durante dos semanas más hasta el final del período de estudio de 28 días. La proporción de pacientes libres de resangrado durante el día 4 al 28 en el grupo de dosis doble oral permaneció más baja que la del grupo con puntuaciones de Rockall < 6 ($p = 0.03$). Entre los pacientes con puntajes de Rockall ≥ 6 , la tasa de resangrado fue menor en el grupo de dosis doble oral que en el grupo de dosis estándar oral (4º a 28º día: 10.8 vs. 28.7%, $p = 0.002$).¹⁰

Por último, para evitar el riesgo de resangrado en pacientes con toma de AINE de manera crónica y con factores de riesgo gastrointestinal, la prescripción de AINE debe evitarse o hacerlo junto con un IBP. Los factores de riesgo se mencionan en el Cuadro 3. Con la presencia o ausencia de estos factores, se establecen tres grupos distintos de riesgo y la inclusión de cada paciente en uno de ellos dependerá de la estrategia de prevención gastrointestinal que debemos adoptar. El riesgo bajo son aquellos pacientes sin factores de riesgo; el riesgo moderado aquellos pacientes sin antecedente de úlcera péptica, sin anticoagulación y con 1 a 2 factores de riesgo; y los pacientes de alto riesgo son aquellos con antecedente de úlcera péptica, anticoagulados o tres o más factores de riesgo. En pacientes con riesgo moderado sin factores de riesgo cardiovascular se recomienda el uso de AINE en asociación con un IBP y en pacientes con alto riesgo de complicaciones gastrointestinales usar celecoxib aunado a un IBP.¹¹

En cuanto a esta situación existen dos estudios similares, doble ciego, controlados con placebo, alea-

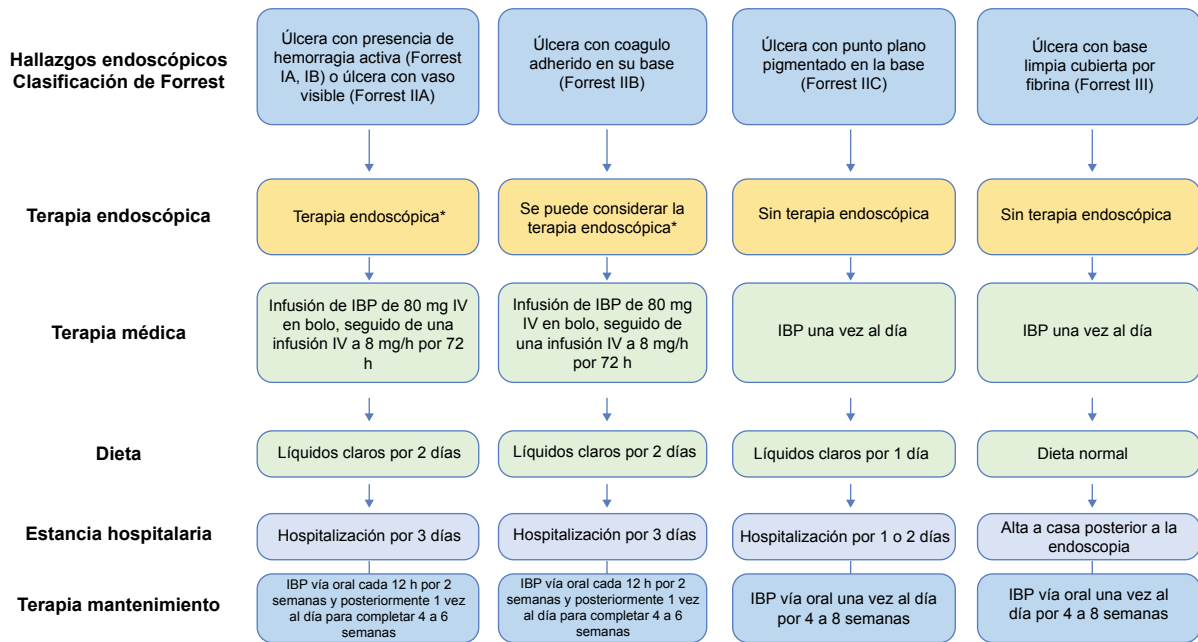


Figura 5. Algoritmo de tratamiento por hallazgos endoscópicos

*Terapia endoscópica combinada (inyección con adrenalina más un método térmico o mecánico) o monoterapia térmica o mecánica (clips).

Fuente: modificado de Laine L. Upper Gastrointestinal Bleeding Due to a Peptic Ulcer. *N Engl J Med.* 2016;374:2367-76.

torizados y multicéntricos: el estudio VENUS (Estados Unidos con 844 pacientes) y PLUTO (multinacional con 585 pacientes). En ambos estudios se incluyeron pacientes de alto riesgo sin úlcera activa (≥ 60 años o antecedentes de enfermedad ulcerosa péptica) con uso de AINE diario (incluidos los inhibidores de la COX-2), los cuales fueron asignados al azar para recibir esomeprazol (20 o 40 mg) o placebo diario durante 6 meses. En el estudio VENUS la proporción estimada de pacientes que desarrollaron úlceras durante 6 meses fue 20.4% con placebo, 5.3% con 20 mg de esomeprazol ($p < 0.001$) y 4.7% en esomeprazol 40 mg ($p < 0.0001$).

En el estudio PLUTO quienes desarrollaron úlceras fueron 12.3% con placebo, 5.2% con esomeprazol de 20 mg ($p = 0.018$) y 4.4% con esomeprazol de 40 mg ($p = 0.007$). Las tasas de desarrollo de úlceras para pacientes que usaron inhibidores de la COX-2 ($n = 400$) fueron de 16.5% con placebo, 0.9% con esomeprazol 20 mg ($p < 0.001$) y 4.1% con esomeprazol 40 mg ($p = 0.002$). Ambos estudios demuestran la efectividad de esomeprazol en la prevención del daño gastrointestinal en consumidores a largo plazo de AINE no selectivos e inhibidores COX-2 en la población de alto riesgo.¹²

REFERENCIAS

- Laine L. Upper Gastrointestinal Bleeding Due to a Peptic Ulcer. *N Engl J Med.* 2016;374:2367-76.
- Stanley AJ, Laine L. Management of acute upper gastrointestinal bleeding. *BMJ.* 2019;364:1536.
- Gralnek IM, Dumonceau JM, Kuipers EJ, Lanás A, Sanders DS, Kurien M, et al. Diagnosis and management of nonvariceal upper gastrointestinal hemorrhage: European Society of Gastrointestinal Endoscopy (ESGE) Guideline. *Endoscopy.* 2015;47(10):1-46.
- Melcarne L, García-Iglesias P, Calvet X. Management of NSAID-associated peptic ulcer disease. *Expert Rev Gastroenterol Hepatol.* 2016;10(6):723-33.
- Blanco-Vela C, Peláez-Luna M, Hernández-Guerrero A, Martínez-García C, Blanco-Velasco G, Zamora-Nava L, et al. Guías de diagnóstico y manejo endoscópico de la hemorragia de tubo digestivo alto no variceal. Asociación Mexicana de Endoscopia Gastrointestinal. *Endoscopia.* 2017;29(3):173-95.
- Villanueva C, Colomo A, Bosch A, Concepción M, Hernández-Gea V, Aracil C, et al. Transfusion strategies for acute upper gastrointestinal bleeding. *N Engl J Med.* 2013;368:11-21.
- Sreedharan A, Martin J, Leontiadis GI, Dorward S, Howden CW, Forman D, et al. Proton pump inhibitor treatment initiated prior to endoscopic diagnosis in upper gastrointestinal bleeding. *Cochrane Database Syst Rev.* 2010;7:1-57.
- Barkun AN, Almadi M, Kuipers EJ, Laine L, Sung J, Tse F, et al. Management of Nonvariceal Upper Gastrointestinal Bleeding: Guideline Recommendations From the International Consensus Group. *Ann Intern Med.* 2019;171:805-22.

9. Baker DE. Peptic Ulcer Bleeding Following Therapeutic Endoscopy: A New Indication for Intravenous Esomeprazole. *Rev Gastroenterol Disord.* 2009;9(4):E111-E118.
10. Cheng HC, Wu CT, Chang WL, Cheng WC, Chen WY, Sheu BS. Double oral esomeprazole after a 3-day intravenous esomeprazole infusion reduces recurrent peptic ulcer bleeding in high-risk patients: a randomised controlled study. *Gut.* 2014;63:1864-72.
11. Bielsa-Fernández MV, Tamayo-de la Cuesta JL, Lizárraga-López J, Remes-Troche JM, Carmona-Sánchez R, Aldana-Ledesma JM, et al. Consenso mexicano sobre diagnóstico, prevención y tratamiento de la gastropatía y enteropatía por antiinflamatorios no esteroideos. *Revista de Gastroenterología de México.* 2020;85(2):190-206.
12. Scheiman JM, Yeomans ND, Talley NJ, Vakil N, Chan FK, Tulassay Z, et al. Prevention of ulcers by esomeprazole in at-risk patients using non-selective NSAIDs and COX-2 inhibitors. *Am J Gastroenterol.* 2006;101:701-10.

EVALUACIÓN

1. ¿Cuál es la principal causa de sangrado del tubo digestivo alto no variceal?

- a) Úlcera péptica
- b) Esofagitis
- c) Desgarro de Mallory-Weiss
- d) Cáncer gástrico

2. ¿Cuál es la escala recomendada para decidir hospitalizar al paciente con STDA de acuerdo a su riesgo?

- a) Rockall
- b) Glasgow-Blatchford
- c) AIMS-65
- d) Forrest

3. ¿Cuál es la dosis de IBP en STDA no variceal agudo?

- a) 80 mg en bolo de esomeprazol, seguida de una infusión de esomeprazol a 8 mg/h por 72 h
- b) 40 mg en bolo de esomeprazol
- c) 40 mg intravenoso cada 12 h de omeprazol
- d) Bolo de 80 mg esomeprazol, seguido de esomeprazol 40 mg IV cada 24 h

4. ¿Cuál es la dosis de esomeprazol al egreso, en pacientes con lesiones ulcerosas con estigmas de alto riesgo?

- a) Esomeprazol 40 mg vía oral cada 24 h por 14 días
- b) Esomeprazol 40 mg vía oral cada 12 h por 6 semanas
- c) Esomeprazol 40 mg vía oral cada 12 h por 14 días y continuar esomeprazol vía oral cada 24 h por 4 semanas
- d) Esomeprazol 40 mg vía oral por 10 días

5. ¿Cuáles son las indicaciones de IBP de manera continua cuando se consumen AINE de manera crónica?

- a) Ingesta crónica de AINE en paciente joven sin comorbilidades
- b) Ingesta crónica de AINE en paciente de 70 años
- c) Ingesta crónica de AINE en pacientes con diagnóstico de infección por *Helicobacter pylori*
- d) Ingesta crónica de AINE en paciente con hipertensión arterial