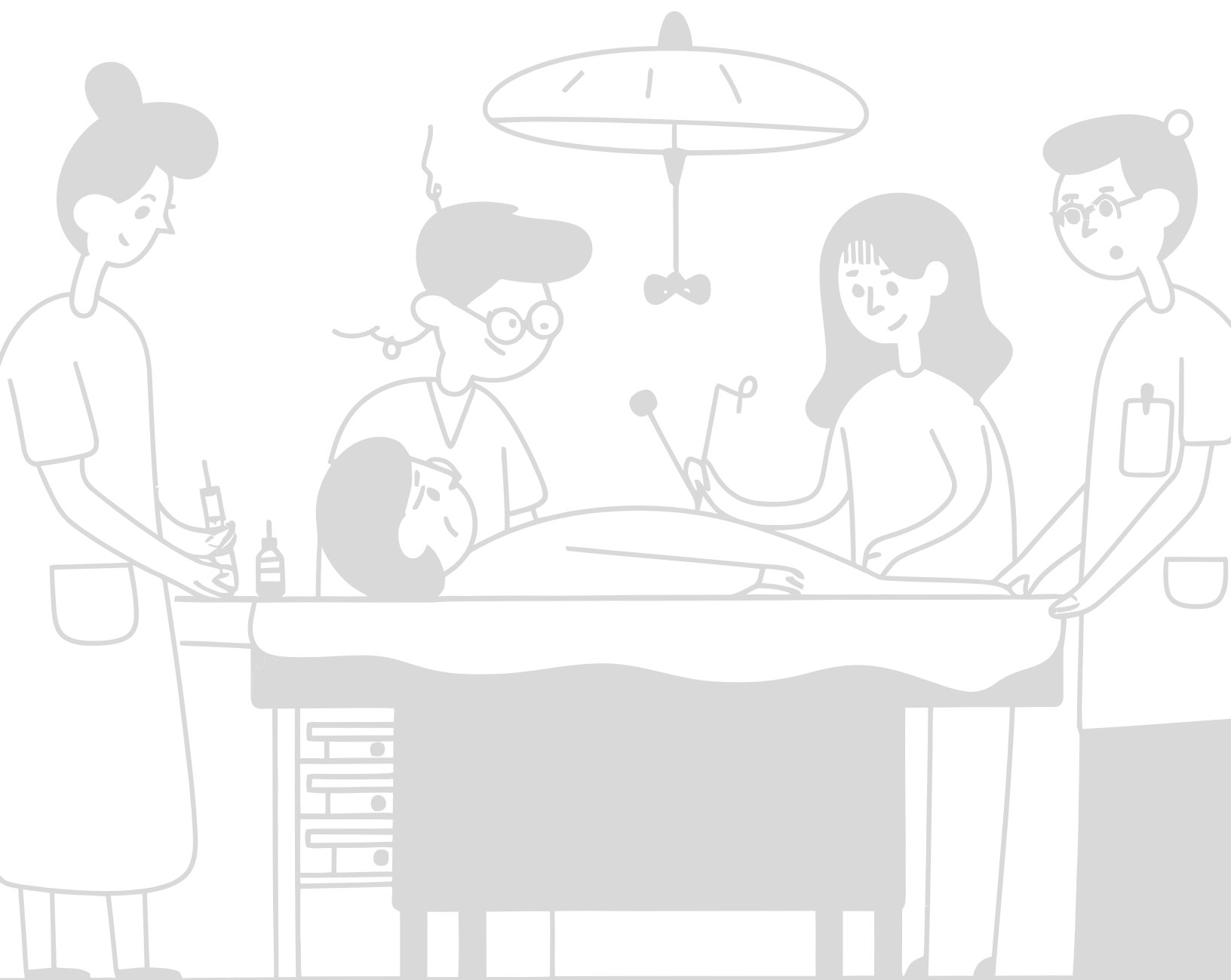


HEMORRAGIA DIGESTIVA ALTA

La hemorragia digestiva alta representa una de las emergencias médicas más frecuentes y potencialmente graves en gastroenterología. Este documento aborda dos condiciones principales: el síndrome de Mallory-Weiss y la enfermedad ulcerosa péptica, proporcionando una visión integral de su fisiopatología, diagnóstico y tratamiento.



SÍNDROME DE MALLORY-WEISS

En 1929, Mallory y Weiss describieron cuatro casos con sangrado agudo del tubo digestivo superior en quienes se encontraron desgarros de la mucosa en la unión gastroesofágica en el momento de la necropsia. Este síndrome se caracteriza por sangrado agudo del tubo digestivo superior tras el vómito repetido y se considera la causa de hasta 15% de todas las hemorragias gastrointestinales graves.

El mecanismo del sangrado es similar al de la perforación espontánea del esófago: incremento agudo de la presión intraabdominal al que se opone la glotis cerrada en un paciente que presenta hernia hiatal. Los desgarros de Mallory-Weiss se caracterizan por sangrado arterial que podría ser masivo.

El vómito no es un factor necesario y podría haber otras causas de incremento agudo de la presión intraabdominal, como tos paroxística, crisis convulsivas y eructos.



Diagnóstico y Tratamiento del Síndrome de Mallory-Weiss

El diagnóstico requiere sospechar la alta probabilidad de su presencia, en particular si el sujeto presenta sangrado del tubo digestivo superior tras vómito prolongado o periodos con eructos. La endoscopia confirma la sospecha al identificar una o más fisuras longitudinales de la mucosa en el estómago herniado como la fuente de la hemorragia.

01

Tratamiento conservador inicial

En la mayoría de los individuos, el sangrado se detiene de manera espontánea y con tratamiento conservador. Además de la restitución del volumen sanguíneo, es necesario descomprimir el estómago y administrar antieméticos.

02

Intervención endoscópica

La inyección endoscópica de adrenalina puede ser una buena medida terapéutica cuando la hemorragia no se ha detenido de manera espontánea. La sonda de Sengstaken-Blakemore no detiene la hemorragia debido a que la presión del globo no es suficiente para superar la del sangrado arterial.

03

Cirugía de urgencia

Sólo en ocasiones se requiere intervención quirúrgica para detener la pérdida de sangre. El procedimiento consiste en laparotomía con gastrotomía alta y sutura del desgarró lineal. Es poco frecuente que estas lesiones recurran o induzcan la muerte.

ENFERMEDAD ULCEROSA PÉPTICA

Las úlceras pépticas son defectos focales de la mucosa gástrica o duodenal que se extienden hasta la submucosa o hasta una capa más profunda. Pueden ser agudas o crónicas y se deben a un desequilibrio entre la acción del ácido péptico y las defensas de la mucosa.

La úlcera péptica sigue siendo un diagnóstico común entre pacientes ambulatorios aunque el número de visitas médicas, ingresos al hospital e intervenciones quirúrgicas programadas para tratarla han disminuido de manera constante y considerable durante las últimas tres décadas.

2%

Prevalencia actual

En Estados Unidos

10%

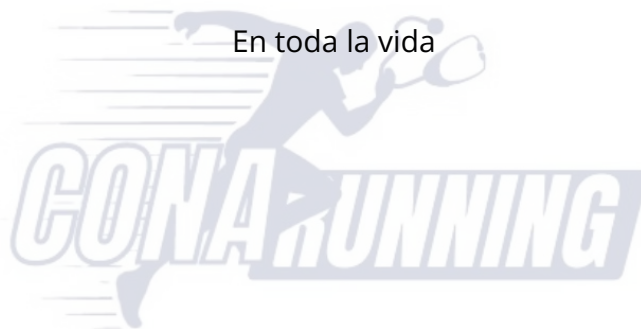
Prevalencia acumulativa

En toda la vida

70

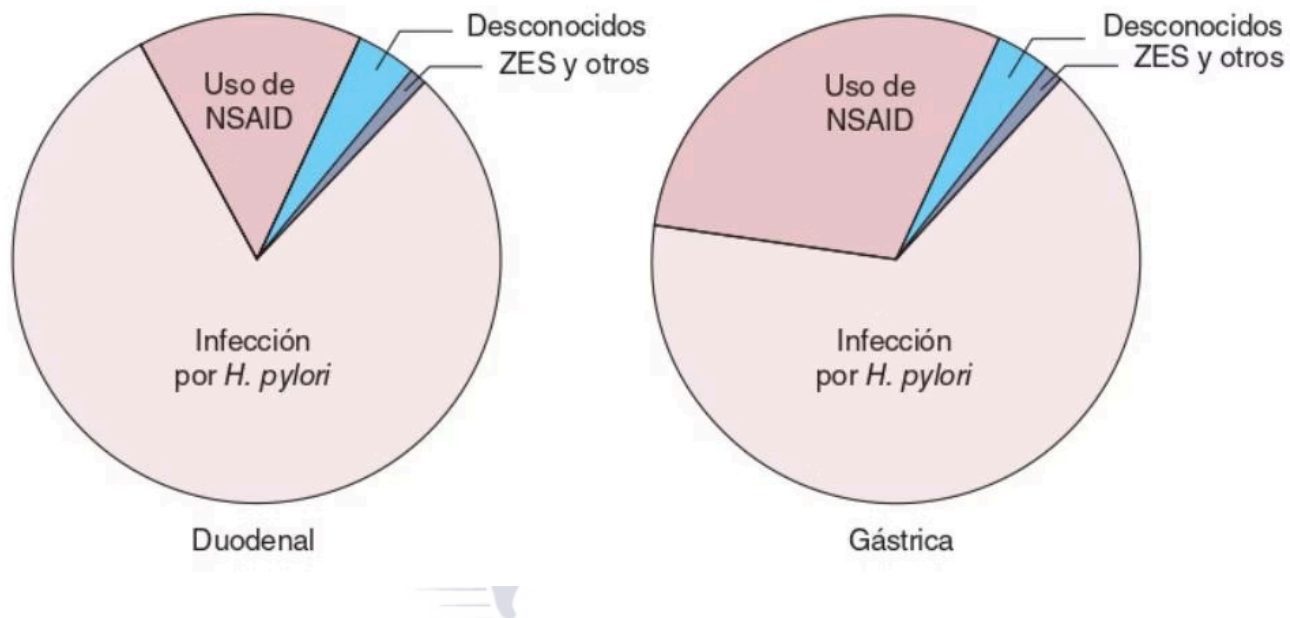
Edad pico

Años de edad



Fisiopatología y Etiología

Diversos factores pueden contribuir al desarrollo de la enfermedad ulcerosa péptica. Aunque se reconoce que la mayor parte de úlceras gástricas y duodenales son causadas por infección por *H. pylori*, por el uso de NSAID o por ambos, la vía final común para la formación de úlceras es la lesión acidopéptica de la barrera de la mucosa gastroduodenal.



Así, aún es aplicable el adagio "**sin ácido no hay úlcera**". La supresión de ácido favorece la cicatrización de las úlceras gástricas y duodenales y previene su recurrencia.

H. pylori

Predispone a la formación de úlceras, tanto por hipersecreción de ácido como por la afectación de los mecanismos de defensa de la mucosa.

NSAID

Causa úlceras predominantemente por compromiso de las defensas de la mucosa.

Otros factores

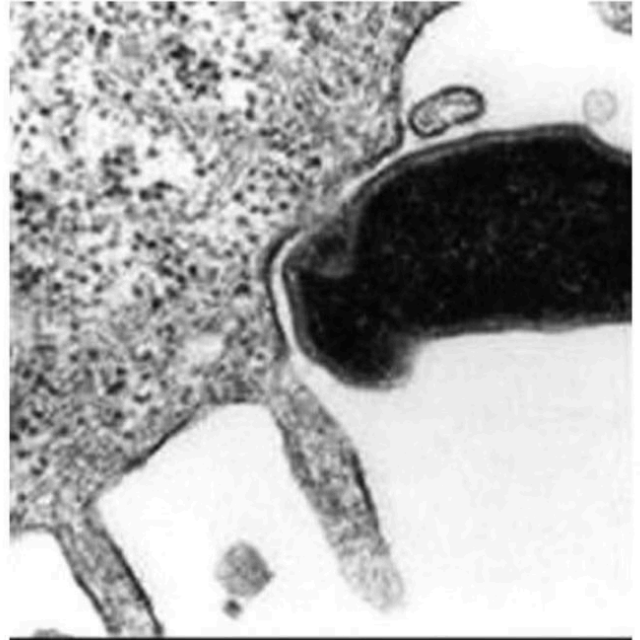
Síndrome de Zollinger-Ellison, mastocitosis sistémica, traumatismos, quemaduras y tensión fisiológica intensa.

Infección por *Helicobacter pylori*

Con flagelos especializados y un abundante suministro de ureasa, *H. pylori* tiene un equipamiento único para sobrevivir en el ambiente hostil del estómago. Casi 50% de la población mundial está infectado con *H. pylori*, una causa importante de gastritis crónica.



GUINARU



El organismo tiene la enzima ureasa, que convierte la urea en amoníaco y bicarbonato, creando un ambiente alrededor de la bacteria que amortigua el ácido secretado por el estómago. El amoníaco daña las células epiteliales superficiales.

Manifestaciones Clínicas y Diagnóstico

Más de 90% de pacientes con enfermedad ulcerosa péptica refiere dolor abdominal. El dolor por lo general no se irradia, es de tipo urente y se localiza en el epigastrio. No se conoce bien el mecanismo por el que se produce el dolor.

Úlcera duodenal

Los pacientes casi siempre presentan dolor 2 a 3 h después de una comida y durante la noche. Dos terceras partes refieren dolor que les despierta. Es dos veces más común en varones que en mujeres.

Úlcera gástrica

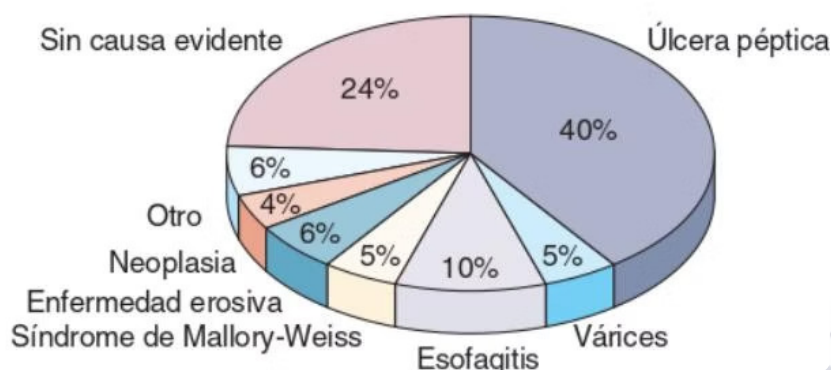
El dolor es más común durante el consumo de alimentos y es menos probable que despierte a los pacientes durante la noche. La incidencia es semejante en ambos sexos y los pacientes son de mayor edad.

Otros signos y síntomas son náusea, distensión abdominal, pérdida ponderal, prueba positiva de sangre oculta en heces y anemia. En el paciente joven con dispepsia, dolor epigástrico, o ambos, podría ser adecuado recurrir a un tratamiento empírico con inhibidores de la bomba de protones.

- ❑ **Importante:** Todos los pacientes mayores de 45 años que presenten los síntomas descritos se deben someter a endoscopia de tubo digestivo alto, al igual que los que presenten síntomas de alarma, sin que importe la edad.

Complicaciones de la Enfermedad Ulcerosa Péptica

Las tres complicaciones más comunes de la enfermedad ulcerosa péptica en orden decreciente de frecuencia son hemorragia, perforación y obstrucción. La mayor parte de las muertes relacionadas con úlcera péptica en Estados Unidos se deben a hemorragia.



1 Hemorragia

Las úlceras pépticas sangrantes son la causa más común de hemorragia de tubo digestivo alto. Los pacientes se presentan con melena, hematemesis, o ambas. Tres cuartas partes dejan de sangrar con tratamiento antiácido, pero una cuarta parte sigue sangrando o vuelve a sangrar.

2 Perforación

Se presenta como un abdomen agudo. El paciente indica con exactitud el momento de inicio del dolor abdominal intenso. En la radiografía de tórax se encuentra aire libre en 80% de los pacientes. Requiere reanimación preoperatoria con líquidos y cirugía urgente.

3 Obstrucción pilórica

Se presenta en menos de 5% de pacientes. Los pacientes se presentan con vómito no bilioso y pueden cursar con alcalosis metabólica intensa. El tratamiento inicial es aspiración nasogástrica, hidratación intravenosa y supresión de ácido.

Tratamiento Médico y Quirúrgico

Los inhibidores de la bomba de protones son la base del tratamiento médico para la enfermedad ulcerosa péptica. Los pacientes hospitalizados por complicaciones ulcerosas deben recibir PPI en goteo intravenoso continuo y al momento del alta debe considerarse el uso de PPI de por vida.

01

Tratamiento médico

Suspender tabaco, alcohol y NSAID. Administrar PPI o antagonistas H₂. Tratar infección por H. pylori con regímenes antibióticos apropiados.

02

Indicaciones quirúrgicas

Sangrado, perforación, obstrucción, falta de respuesta al tratamiento o falta de cicatrización. La elección del procedimiento depende del tipo de úlcera y estado del paciente.

03

Procedimientos quirúrgicos

Incluyen vagotomía superselectiva, vagotomía con drenaje, y vagotomía con gastrectomía distal. La tendencia moderna es "menos es más" con sutura simple para úlceras hemorrágicas o parche para perforadas.

La tasa de mortalidad para cirugía por úlcera péptica hemorrágica es cercana a 20%, pero el éxito de la endoscopia y los fármacos ha derivado en la selección de un subgrupo de pacientes de alto riesgo para el cirujano actual.