

Endoscopia

Ante un paciente que presenta una hemorragia digestiva alta por ulcus gástrico o duodenal de origen péptico tipo Forrest Ia-IIb, ¿cuál es el tratamiento endoscópico de elección?

José Ramón Foruny Olcina y Enrique Vázquez-Sequeiros

Servicio de Gastroenterología. Hospital Universitario Ramón y Cajal. Madrid. España.

PREGUNTA

Ante un paciente que presenta una hemorragia digestiva alta por ulcus gástrico o duodenal de origen péptico tipo Forrest Ia-IIb, ¿cuál es el tratamiento endoscópico de elección?

ANTECEDENTES

El tratamiento endoscópico ha demostrado ser significativamente superior al tratamiento médico conservador en el manejo de la hemorragia digestiva secundaria a una úlcera péptica con estigmas endoscópicos de alto riesgo de resangrado (Forrest Ia-IIb) (tabla I)¹⁻⁴. El tratamiento endoscópico más empleado en este tipo de pacientes es la inyección de adrenalina diluida al 1:10.000, ya que ha demostrado ser un método eficaz para el control inicial de la hemorragia, además de ser fácil de aplicar, seguro y barato. Sin embargo, varios estudios publicados en la literatura médica han puesto de manifiesto que la tasa de recidiva hemorrágica asociada con este tipo de tratamiento es considerable (del 10-25%)⁵. Con la intención de reducir esta elevada tasa de resangrado, se han realizado varios estudios comparativos entre monoterapia endoscópica clásica (inyección aislada de adrenalina) y tratamiento endoscópico combinado (inyección de adrenalina más otro método de tratamiento endoscópico). En esta revisión se intentará explicar al lector cuál es el tratamiento endoscópico más apropiado en este tipo de pacientes según la evidencia científica existente.

Correspondencia: Dr. E. Vázquez-Sequeiros.
Diego de Torres, 9, 3.º A. 28801 Alcalá de Henares. Madrid. España.
Correo electrónico: evazquez@hotmail.com

Recibido el 2-4-2008; aceptado para su publicación el 5-4-20088.

TABLA I. Clasificación de Forrest: hemorragia digestiva alta secundaria a ulcus péptico

Clasificación	Hallazgo endoscópico	Recidiva (%)
Hemorragia activa		
Forrest Ia	Hemorragia en chorro	55
Forrest Ib	Hemorragia en bafeo	50
Hemorragia reciente		
Forrest IIa	Vaso visible	43
Forrest IIb	Coágulo adherido	22
Forrest IIc	Mancha visible	7
Ausencia de signos de hemorragia		
Forrest III	Base de fibrina	2

Modificado de Laine et al⁴.

DISCUSIÓN

En una revisión sistemática de la literatura médica, de cuidado diseño, publicada recientemente, se realizó un metaanálisis de 17 estudios prospectivos y aleatorizados en los que se incluía a un total de 1.763 pacientes⁶. En esta cohorte de pacientes con estigmas endoscópicos de alto riesgo de resangrado, se comparaba la eficacia del tratamiento endoscópico combinado (inyección de adrenalina más otro método hemostático, inyección de sustancia esclerosante o adhesiva, método térmico o colocación de hemoclips) con la inyección aislada de adrenalina. Los resultados de este metaanálisis demostraron que la tasa de recidiva hemorrágica en el grupo de tratamiento combinado era significativamente menor que en el grupo tratado con adrenalina sola (el 10,4 frente al 18,8%) (*odds ratio* [OR] = 0,51; intervalo de confianza [IC] del 95%, 0,39-0,66). Las mismas diferencias significativas a favor del tratamiento combinado se repitieron al analizar la necesidad de realizar cirugía urgente después del tratamiento endoscópico (el 7,1% en el grupo de tratamiento combinado frente al 10,8% en el grupo de monoterapia con adrenalina) (OR = 0,63; IC del 95%, 0,45-0,89) y la mor-

talidad asociada con el episodio de sangrado (el 2,5% en tratamiento combinado frente al 5% en monoterapia) (OR = 0,50; IC del 95%, 0,30-0,82). Los resultados del estudio demostraban que el beneficio del tratamiento combinado, en términos de recidiva hemorrágica y mortalidad, era independiente del tipo de tratamiento endoscópico que se asociara a la inyección de adrenalina (inyección de agente esclerosante, tratamiento térmico o mecánico). Esta ventaja a favor del tratamiento combinado era especialmente significativa en los pacientes con estigmas endoscópicos asociados con un mayor riesgo de recidiva hemorrágica. En este metaanálisis no se observaron diferencias significativas en cuanto a la tasa de complicaciones graves asociadas a ambos grupos de tratamiento endoscópico (1,1%)^{6,7}.

En otro metaanálisis reciente, en el que se incluyeron a 2.472 pacientes con úlcus péptico y estigmas de alto riesgo de resangrado, procedentes de 20 estudios prospectivos y aleatorizados, los autores demostraron que el tratamiento endoscópico combinado era superior a la inyección aislada de adrenalina, ya que reducía significativamente la tasa de recidiva hemorrágica (OR = 0,59; IC del 95%, 0,44-0,80) y la necesidad de tratamiento quirúrgico urgente de rescate (OR = 0,66; IC del 95%, 0,49-0,89)⁸. Por otro lado, el tratamiento endoscópico combinado no se asociaba con una reducción significativa de la tasa de mortalidad (OR = 0,68; IC del 95%, 0,46-1,02), aunque sí parecía haber una cierta tendencia hacia la significación estadística⁸. Los autores de este estudio realizaron un subanálisis de los pacientes incluidos, en el que se comparaba el tratamiento endoscópico combinado (adrenalina más esclerosante o tratamiento térmico o mecánico) con los tratamientos endoscópicos térmicos o mecánicos aplicados en forma de monoterapia (sin inyección de adrenalina). Los resultados de este subanálisis no lograron demostrar la presencia de diferencias significativas entre la eficacia de unos tipos de tratamientos y otros. En función de estos resultados y de una hipotética menor incidencia de complicaciones asociadas con el tratamiento endoscópico térmico o mecánico en monoterapia, los autores del estudio sugerían que éstos deberían considerarse el tratamiento de elección en los pacientes con hemorragia digestiva por úlcera péptica con signos endoscópicos de riesgo. Sin embargo, conviene resaltar ciertas limitaciones inherentes a este estudio. En primer lugar, el metaanálisis ha sido cuestionado por distintos autores, ya que hay una gran heterogeneidad en los estudios incluidos⁹.

En segundo lugar, hay que destacar que el número de pacientes incluidos en el subanálisis mencionado es reducido (solamente 3 estudios que incluían a un total de 210 pacientes) y el poder estadístico de éste es, por tanto, limitado, lo que podría influir en el hecho de que los autores no constataran diferencias significativas entre ambos grupos de tratamiento¹⁰.

RESPUESTA

El tratamiento endoscópico de primera elección en la hemorragia digestiva secundaria a una úlcera gástrica o duodenal de origen péptico con signos endoscópicos de riesgo (Forrest Ia-IIB) debe ser combinado, asociando una inyección de adrenalina a un segundo método hemostático (agente esclerosante, tratamiento térmico o mecánico) (grado de recomendación: A; nivel de evidencia: 1a).

BIBLIOGRAFÍA

1. Cook DJ, Guyatt GH, Salena BJ, Laine LA. Endoscopic therapy for acute nonvariceal upper gastrointestinal hemorrhage: a meta-analysis. *Gastroenterology*. 1992;102:139-48.
2. Bleau BL, Gostout CJ, Sherman KE, Shaw MJ, Harford WV, Keate RF, et al. Recurrent bleeding from peptic ulcer associated with adherent clot: a randomized study comparing endoscopic treatment with medical therapy. *Gastrointest Endosc*. 2002;56:1-6.
3. Jensen DM, Kovacs TO, Jutabha R, Machicado GA, Gralnek IM, Savides TJ, et al. Randomized trial of medical or endoscopic therapy to prevent recurrent ulcer hemorrhage in patients with adherent clots. *Gastroenterology*. 2002;123:407-13.
4. Laine L, Peterson WL. Bleeding peptic ulcer. *N Engl J Med*. 1994;331:717-27.
5. Park WG, Yeh RW, Triadafilopoulos G. Injection therapies for nonvariceal bleeding disorders of the GI tract. *Gastrointest Endosc*. 2007;66:343-54.
6. Vergara M, Calvet X, Gisbert JP. Epinephrine injection versus epinephrine injection and a second endoscopic method in high risk bleeding ulcers. *Cochrane Database Syst Rev*. 2007;2:CD005584.
7. Calvet X, Vergara M, Brullet E, Gisbert JP, Campo R. Addition of a second endoscopic treatment following epinephrine injection improves outcome in high-risk bleeding ulcers. *Gastroenterology*. 2004;126:441-50.
8. Marmo R, Rotondano G, Piscopo R, Bianco MA, D'Angella R, Cipolletta L. Dual therapy versus monotherapy in the endoscopic treatment of high-risk bleeding ulcers: a meta-analysis of controlled trials. *Am J Gastroenterol*. 2007;102:279-89.
9. Bai Y, Zhaoshen L. Results of meta-analysis should be interpreted with much caution. *Am J Gastroenterol*. 2007;102:1826.
10. Calvet X, Vergara M, Gisbert JP, Brullet E. Dual versus endoscopic monotherapy in bleeding peptic ulcers. *Am J Gastroenterol*. 2007;102:1826-7.