

Utilidad del tratamiento endoscópico en la úlcera péptica sangrante con coágulo adherido

FAUST FEU

Servicio de Gastroenterología. Institut de Malalties Digestives. Hospital Clínic. Barcelona. España.

Jensen DM, Kovacs TOG, 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.

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 Endoscopy 2002;56:1-6.

Resumen

El tratamiento endoscópico disminuye de forma significativa el riesgo de recidiva hemorrágica de la úlcera péptica con hemorragia activa y vaso visible no sangrante. El tratamiento de úlceras con coágulo adherido es controvertido porque no disponemos de estudios que muestren un claro efecto beneficioso del tratamiento endoscópico. Recientemente, se han publicado dos estudios controlados y aleatorizados dirigidos a investigar la utilidad del tratamiento endoscópico en la hemorragia digestiva por úlcera péptica con presencia de un coágulo adherido sobre la lesión. Después del lavado enérgico del coágulo para confirmar que estaba adherido, los pacientes fueron aleatorizados para recibir tratamiento endoscópico o médico. En el grupo de tratamiento endoscópico, se inyectó solución de adrenalina en los cuatro cuadrantes del coágulo, y a continuación se fragmentó el coágulo mediante asa de polipectomía, aspiración o pinzas de biopsia, hasta dejar únicamente la base de implantación. El tratamiento se completó mediante la aplicación de termocoagulación sobre la zona de implantación. En los pacientes del grupo médico sólo se lavó el coágulo durante la endoscopia. Adicionalmente, todos los pacientes recibieron un inhibidor de la bomba de

Puntos clave

- La presencia del coágulo adherido debería considerarse, en general, como un estigma de alto riesgo de recidiva de la úlcera sangrante.
- El tratamiento endoscópico de la úlcera sangrante con coágulo adherido disminuye la incidencia de recidiva hemorrágica, pero no modifica los requerimientos transfusionales, la necesidad de cirugía ni la mortalidad.
- Probablemente, el mayor beneficio del tratamiento endoscópico se obtendría en los pacientes que tengan otros factores de riesgo asociados: edad avanzada, hemorragia grave y presencia de enfermedades asociadas.
- En pacientes seleccionados, sin otros factores de mal pronóstico, podría valorarse la posibilidad de realizar únicamente tratamiento médico, preferentemente con inhibidores de la bomba de protones en dosis alta.

protones por vía oral cada 12 h. El número de pacientes incluido no fue muy alto, con un total de 32 (endoscópico, 15; médico, 17) en el estudio de Jensen¹ y de 56 (endoscópico, 21; médico, 35) en el de Bleau². En ambos estudios se observó una reducción significativa de la incidencia de recidiva hemorrágica en el grupo de tratamiento endoscópico respecto al de tratamiento médico, la cual fue de 0/15 (0%) en el estudio de Jensen¹ y de 1/21 (4,8%) en el estudio de Bleau². La incidencia de recidiva fue similar para el grupo de tratamiento médico en ambos estudios, 35,3% y 34,3%, respectivamente. Ninguno de los dos estudios observó diferencias entre ambos grupos en la transfusión, necesidad de cirugía, mortalidad o estancia hospitalaria. Estos estudios muestran que la presencia de un coágulo adherido es un estigma de riesgo elevado de recidiva hemorrágica, y la aplicación de tratamiento endoscópico ocasiona una marcada reducción de la recidiva hemorrágica, aunque ello no modifica la mortalidad o la necesidad de transfusión o de cirugía.

Comentario

La hemorragia digestiva alta por úlcera péptica es una urgencia médica frecuente que se asocia a una mortalidad próxima al 10%. Los principales factores pronósticos son la edad, gravedad de la hemorragia, presencia de enfermedad asociadas y los estigmas de hemorragia reciente presentes sobre la úlcera³. Estos últimos son uno de los factores pronósticos de mayor importancia para la recidiva hemorrágica. Así, en las úlceras con fondo limpio o con restos de hematina el riesgo de recidiva es mínimo, y suele estar por debajo del 5%. Por el contrario, la presencia de hemorragia activa o de vaso visible no sangrante se asocian con un riesgo elevado de recidiva, con una media alrededor del 50% si no aplicamos ningún tratamiento endoscópico³. El riesgo de recidiva asociado a úlceras con coágulo adherido es variable, y puede oscilar entre el 8 y el 37%¹⁻⁵. Los pacientes con estigmas de alto riesgo, como son la hemorragia activa y el vaso visible no sangrante, se benefician claramente del tratamiento endoscópico, el cual disminuye la recidiva, la necesidad de cirugía y la mortalidad³, y también disminuyen la estancia hospitalaria y el coste de la asistencia. Las úlceras limpias o con restos de hematina tienen un riesgo tan bajo de recidiva, que en estos casos no está indicado el tratamiento endoscópico³.

El tratamiento de las úlceras con coágulo adherido todavía es controvertido debido a la falta de estudios que demuestren claramente la eficacia del tratamiento endoscópico, y la mayoría de los datos disponibles proceden de subanálisis de estudios que no se diseñaron específicamente para estas lesiones. Además, la realización de estos estudios se enfrenta a diferentes dificultades que pueden influir en el resultado, como son la baja coincidencia en la definición de "coágulo" entre diferentes endoscopistas, y la realización o no del lavado enérgico sobre la lesión, lo que puede ocasionar la inclusión de lesiones de muy bajo riesgo. Tampoco debemos olvidar la existencia de otros factores con valor pronóstico (edad, gravedad de la hemorragia, enfermedades asociadas) que pueden influir en los resultados del estudio. En este sentido, en un estudio publicado hace unos años por Laine et al⁴, la incidencia de recidiva en úlceras con coágulo que permanecía adherido tras un lavado enérgico era sólo del 8%, aunque en este estudio se incluyó a pacientes que en su mayoría eran de bajo riesgo, tanto por la poca gravedad de la hemorragia como por la ausencia de enfermedades asociadas y una edad media baja. En otro estudio⁵ se muestra que el tratamiento endoscópico tiene una eficacia elevada en los pacientes que presentan factores de riesgo, como edad avanzada, enfermedades asociadas y hemorragia grave, mientras que en el resto, el riesgo de recidiva sería bajo y el pronóstico, favorable sin tratamiento endoscópico.

Los trabajos publicados por Jensen¹ y Bleau² son los primeros estudios controlados y aleatorizados que se han realizado para evaluar específicamente la utilidad del tratamiento endoscópico en la úlcera péptica sangrante con coágulo adherido. Ambos aportan datos relevantes sobre dos aspectos importantes: por una parte, muestran que el coágulo adherido sobre una úlcera debería considerarse un estigma de alto riesgo de recidiva de la hemorragia (35%) y, por otra, que la terapia endoscópica disminuye de forma eficaz la incidencia de recidiva. No obstante, esta evidencia no es tan sólida como parece en un principio, y existe una serie de puntos que merecen ser comentados. El número de pacientes incluido no es muy elevado, y en ambos casos se inte-

rrumpió el estudio de forma prematura porque se alcanzó la significación estadística en la incidencia de recidiva hemorrágica. No obstante, deberíamos tener en cuenta que, con un número de pacientes tan bajo, la aparición de algún otro caso de recidiva en el grupo de tratamiento endoscópico podría condicionar la desaparición de la significación estadística. Por ello, desconocemos cuál sería el resultado si se hubieran incluido todos los pacientes previstos. Otro aspecto a tener en cuenta es la extraordinaria eficacia del tratamiento endoscópico (ningún paciente recidivó en el estudio de Jensen y sólo lo hizo un paciente en el estudio de Bleau), que podría ser debido al meticuloso tratamiento aplicado sobre los coágulos (inyección de adrenalina previa a la fragmentación y termocoagulación). No obstante, esta baja incidencia de recidiva contrasta con la ausencia de diferencias significativas en otros parámetros de vital importancia en estos estudios, como son la mortalidad, transfusión, necesidad de cirugía y estancia hospitalaria. Aunque ello podría atribuirse al pequeño tamaño de la muestra, se trata de un aspecto importante que deberíamos tener en cuenta al indicar este tratamiento.

Por tanto, si bien los resultados de estos estudios aconsejan la aplicación de tratamiento endoscópico en la úlcera sangrante con coágulo adherido, deberíamos ser prudentes en su aplicación generalizada. Probablemente, el mayor beneficio se obtendría en los pacientes con un mayor riesgo de recidiva (edad avanzada, enfermedades asociadas, hemorragia grave). En el resto podría considerarse la administración únicamente de tratamiento médico. Sobre todo si tenemos en cuenta estudios recientes, que muestran un posible efecto beneficioso del tratamiento con inhibidores de la bomba de protones en la hemorragia por úlcera péptica.

Bibliografía



www.ghcontinuada.com
Encontrará enlaces a los
resúmenes de esta bibliografía

1. Jensen DM, Kovacs TOG, 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.
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 Endoscopy* 2002;56:1-6.
3. Laine L, Peterson WL. Bleeding peptic ulcer. *N Engl J Med* 1994;331:717-27.
4. Laine L, Stein C, Sharma V. A prospective outcome study of patients with clot in an ulcer and the effect of irrigation. *Gastrointest Endosc* 1996;43:107-10.
5. Lin H-J, Wang K, Perng C-L, Lee F-Y, Lee C-H, Lee S-D. Natural history of bleeding peptic ulcers with a tightly adherent blood clot: a prospective observation. *Gastrointest Endosc* 1996;43:470-3.