



Medicina de Familia. SEMERGEN



<http://www.elsevier.es/semergen>

423/44 - HEMORRAGIA DIGESTIVA CRÍTICA POR VARICES ESOFÁGICAS

M. Pinilla de Torre¹, M. Pinilla de Torre², S. Álvarez López³, J. Monsalve de Torre⁴

¹Residente de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Esperanza Macarena. Sevilla, ²Residente de 4º año. Unidad de Cuidados Intensivos Hospital Universitario Virgen Macarena. Sevilla, ³Residente de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Tomelloso II. Alcázar de San Juan, ⁴Residente de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Siete Infantes de Lara. Logroño.

Resumen

Descripción del caso: Avisan a los Servicios de Emergencia por varón de 51 años bebedor habitual y cirrótico con bajo nivel de consciencia por hematemesis masiva. En domicilio es atendido por médico de atención primaria que confirma un bajo nivel de consciencia con hematemesis franca, procediendo a la intubación orotraqueal, canalización de dos vías periféricas para reanimación con fluidoterapia por inestabilidad hemodinámica (taquicardia sinusal a 130 lpm con hipotensión arterial con TAS 80 mmHg), y sondaje vesical del paciente, objetivándose anuria. Además, se avisa al hospital de referencia por hemorragia crítica en situación de shock hemorrágico para la preparación de hemoderivados y necesidad de realización de endoscopia urgente.

Exploración y pruebas complementarias: En Urgencias destaca hematemesis franca con hipotensión arterial que no remonta con fluidoterapia y anuria. Acidosis metabólica con pH 7,19 – lactato: 9 mmol/l – potasio 6 mEq/l – Hb: 6,5 g/dl, iniciando soporte con noradrenalina y procediendo a la transfusión de concentrados de hematíes y plasma fresco. También se administra bicarbonato, terlipresina y vitamina K mientras se extrae analítica completa con hemograma, bioquímica con perfil hepático incluido y coagulación. Tras ello ingresa en UCI donde se procede a control de los trastornos de coagulación tras objetivar niveles bajos de fibrinógeno e INR de 5: se administran 2 g de fibrinógeno y 35 UI/kg de complejo protrombínico, con lo que conseguimos tener niveles de fibrinógeno en rango y revertir el INR a a 1,5. Se realiza endoscopia urgente, que objetiva sangrado de varices esofágicas que se tratan con “banding”. Estabilidad hemodinámica progresiva sin nuevos signos de sangrado activo, siendo dado de alta en seguimiento por Digestivo y Atención Primaria.

Juicio clínico: Shock hemorrágico. Varices esofágicas. Cirrosis.

Diagnóstico diferencial: Varices esofágicas. Úlcera péptica. Lesiones agudas de la mucosa gástrica. Carcinoma. Miscelánea. Esofagitis. Lesión de Mallory-Weiss.

Comentario final: Ante una hemorragia masiva extrahospitalaria debemos asegurar siempre la vía aérea y administrar fluidoterapia para mantener la estabilidad del paciente (ABC), siendo esencial avisar al hospital de referencia para la administración precoz de hemoderivados. Solicitar estudios completos de coagulación, pues en caso de INR alargado, debemos administrar factor de complejo protrombínico que es más efectivo y tiene menos efectos secundarios que el plasma fresco. Su dosificación depende del alargamiento del INR. En caso de hipofibrinogenemia, debemos administrar 1-2 gramos de fibrinógeno para su corrección.

Bibliografía

Approach to acute upper gastrointestinal bleeding in adults. Uptodate, 2018.

Indications and hemoglobin thresholds for red blood cell transfusion in the adult. Uptodate, 2018.

Blázquez. Protocolo de hemorragia por varices esofágicas y gástricas en el paciente cirrótico. HUV Macarena, 2017.

Prothrombin Complex Concentrates at the Emergency Service. Med Int Méx 2014.

Bauer KA. Reversal of antithrombotic agents. Am J Hematol. 2012;87:S119-S126.

Reversal of antithrombotic agents. THSNA Meeting Proceedings. 2012.

Fernández-Hinojosa E, et al. Alternativas terapéuticas de la hemorragia masiva. Medicina Intensiva. 2012;36(7):496-503.