

329/35 - DOCTOR, HE VOMITADO SANGRE

A. Artíme Fernández¹; S. Conde Díez²; M. Maamar El Asri³; I. Hernando García⁴; A. Gutiérrez Pérez de Lis⁵; C. Varela César⁶.

¹Médico Residente de 1er año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Camargo-Interior. Cantabria.²Médico de familia. Centro de salud Camargo-Interior. Cantabria.³Médico Residente de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Camargo-Interior. Cantabria.⁴Médico Residente de 1er año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Isabel II. Cantabria.⁵Médico Residente de 1er año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Camargo-Costa. Cantabria.⁶Médico Residente de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Camargo-Costa. Cantabria.

Resumen

Descripción del caso: Varón de 43 años, bebedor de alcohol moderado, sin otros antecedentes de interés. Derivado por su médico de atención primaria al servicio de Urgencias por cuadro de 5 días de evolución de malestar general y hematemesis en las últimas 24 horas. A su llegada a Urgencias se objetivan además melenas. No refiere otra sintomatología.

Exploración y pruebas complementarias: Regular estado general, afebril e hipotensión (TA 74/44 mmHg). Consciente, parcialmente orientado, palidez de mucosas. Tacto rectal: melenas. Resto de la exploración anodina. Hemograma: hemoglobina 8,6 g/dl, leucocitos 12.110/?l, plaquetas 65.000/?l. Bioquímica: urea 100 mg/dl, creatinina 1,3 mg/dl, bilirrubina total 3,1 mg/dl, AST 74 U/l, ALT 45 U/l, GGT 122 U/l. Coagulación: actividad protrombina 46%. Se procede a estabilizar al paciente mediante sueroterapia y perfusión de somatostatina y omeprazol. Se realiza endoscopia urgente objetivando varices esofágicas grandes sin estigmas de sangrado que se ligan. Durante el ingreso, se realiza estudio de hepatopatía (serologías, estudio inmunológico, ceruloplasmina, alfa 1 antitripsina) con resultados negativos y se realiza hemodinámica portal con resultados de hipertensión portal sinusoidal grave con gradiente de presión en la vena porta de 15 mmHg. El paciente se mantiene estable durante el ingreso con cifra de hemoglobina de 10,9 g/dl tras transfusión de un concentrado de hematíes por lo que se decide alta en tratamiento con betabloqueante y cita para gastroscopia para segunda ligadura.

Juicio clínico: Hemorragia digestiva alta secundaria a varices esofágicas. Gastropatía secundaria a hipertensión portal.

Diagnóstico diferencial: Dentro de las posibles causas de hemorragia digestiva alta destacan: úlcera péptica, síndrome de Mallory-Weiss, neoplasias, causas vasculares (angiodisplasias, ectasias vasculares...).

Comentario final: La hemorragia digestiva alta es una de las urgencias digestivas más frecuentes siendo una patología grave que requiere una actuación urgente. Suele manifestarse en forma de hematemesis y de melenas. Las causas más frecuentes son la patología péptica y la patología secundaria a hipertensión portal. En la primera aproximación al paciente se debe evaluar la gravedad, teniendo en cuenta que lo más importante es estabilizar al paciente. Posteriormente se debe evaluar la necesidad de realizar una endoscopia urgente y siempre valorar si se trata de un paciente cirrótico conocido o no para aplicar el tratamiento en tal caso. Desde la consulta de atención primaria es importante conocer el manejo de estas patologías

potencialmente graves así como prestar atención a la forma de presentación.

Bibliografía

Bosch J, Abraldes JG, Albillos A et al. Hipertensión portal: recomendaciones para su evaluación y tratamiento. Documento de consenso auspiciado por la AEEH y el ciberEHD. Gastroenterol hepatol 2012;35(6):421-50.