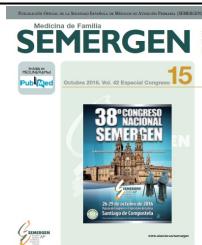




Medicina de Familia. SEMERGEN



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

212/982 - Cuidado con los fármacos gastroerosivos

A. Asturias Saiz^a, A. Aldama Martín^a, A. Casal Calvo^a, J.L. Cepeda Blanco^b, N. Otero Cabanillas^c, G.E. Rijo Nadal^d, A. Azagra Calero^e, M.A. Hidalgo González^d, A. Nofan Maayah^f y V.E. Choquehuanca Núñez^g

^aMédico Residente de Medicina Familiar y Comunitaria; ^bMédico de Familia. Centro de Salud Camargo Costa. Cantabria. ^cMédico Residente de Medicina Familiar y Comunitaria. Hospital Universitario Marqués de Valdecilla. Cantabria. ^dMédico de Familia. Centro de Salud Dávila. Santander. ^eMédico Residente de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Sardinero. Cantabria. ^fMédico de Familia. Servicio Cántabro de Salud. Santander. ^gMédico Residente de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Isabel II. Cantabria.

Resumen

Descripción del caso: Mujer de 69 años con AP: HTA, cifras elevadas de colesterol, estenosis aórtica, infecciones urinarias de repetición. Acude a su médico de Atención Primaria por deposiciones oscuras desde hace dos días, de consistencia más blanda de lo habitual. Refiere haber tomado aspirina desde hace unos días por gonalgia.

Exploración y pruebas complementarias: TA: 150/84 mmHg, FC: 84 lpm. BEG, consciente y orientada, normocoloreada, normohidratada, normoperfundida. CyC: soplo carotídeo bilateral. AC: rítmica, soplo sistólico en foco aórtico. Abdomen: muy distendido, hernia umbilical, blando, no doloroso, timpánico, RHA positivos, difícil valorar masas o megalías. Tacto rectal: restos de deposiciones melénicas. MMII: sin edemas ni signos de TVP. En Urgencias: Analítica: 11.300 leucocitos/?L (84,7% segmentados, 10,6% linfocitos), hemoglobina: 10,7 g/dL, hematocrito: 33,1%, VCM: 92 fL, 316.000 plaquetas/?L, glucosa: 103 mg/dL, creatinina: 0,66 mg/dL, FG > 90 ml/min, iones normales, TP: 100%, INR: 1. Gastroscopia: estómago sin lesiones ni restos hemáticos. En vértece bulbar, sangrado en sábana con probable ulcus que no se visualiza bien a pesar de múltiples lavados. El sangrado cede con inyección de 8 cc de adrenalina y colocación de clip de hemostasia.

Juicio clínico: Hemorragia digestiva aguda por ulcus duodenal Forrest IB.

Diagnóstico diferencial: Esofagitis péptica. Síndrome de Mallory-Weiss. Varices esofágicas o gástricas. Erosiones de la hernia hiatal. Neoplasias. Fístula artoentérica. Lesiones vasculares.

Comentario final: La úlcera péptica es la causa más frecuente de hemorragia digestiva alta, teniendo como principal responsable el consumo de fármacos gastroerosivos (AINEs, corticoides, antiagregantes como el AAS o anticoagulantes), en tanto que ha disminuido la prevalencia de *H. pylori*. En pacientes con sangrado activo o vaso visible en la endoscopia debe aplicarse tratamiento dual: inyección de vasoconstrictores (adrenalina) junto con esclerosantes, termocoagulación o métodos mecánicos (clips, bandas). Superado el episodio de hemorragia, debe prevenirse la recidiva, ya sea a través de la erradicación de *H. pylori* o mediante gastroprotección permanente con IBP. Entre las indicaciones de uso de IBP destacan enfermedades relacionadas con la secreción gástrica (tratamiento úlcera gastroduodenal, ERGE, Zollinger-Ellison) y prevención de gastropatías secundarias a fármacos.

Bibliografía

1. Martín Rodríguez, Vila Santos, Alvarado Blasco. Hemorragia digestiva alta. Manual de Diagnóstico y Terapéutica Médica. Hospital Universitario 12 de Octubre., 7^a ed.
2. Villanueva C, Hervás AJ. Hematemesis y melenas. Problemas comunes en la práctica clínica. Gastroenterología y Hepatología, 2^a ed.

Palabras clave: *Hemorragia digestiva alta. Melenas. Aspirina. Ulcus duodenal. Endoscopia.*