



## Simposio

# Hemorragia Digestiva

## Gastrointestinal Bleeding

# Introducción

## Introduction

*Martín Tagle-Arróspide<sup>1</sup>*

En el último siglo el manejo y enfoque general de la hemorragia digestiva ha tenido enormes avances: inicialmente los pacientes eran considerados “ulcerosos crónicos” y los médicos recomendaban beber abundante leche para neutralizar el ácido gástrico, lo cual traía complicaciones como el síndrome “leche-álcal” (hipercalcemia, cálculos renales, alcalosis metabólica)<sup>(1)</sup>. Posteriormente y durante muchas décadas, al ser la úlcera péptica (como lo es hasta la actualidad) la causa más frecuente de sangrado digestivo alto, la cirugía tomó un papel preponderante en el manejo de dicha entidad, siendo muy populares las intervenciones electivas con propósito curativo. Así, la vagotomía ultra selectiva, la antrectomía con reconstrucción tipo Billroth I y II, y la piloroplastia se realizaban casi rutinariamente en casos refractarios.

Actualmente, desde el descubrimiento del *Helicobacter pylori* como causante principal de la úlcera péptica por Warren y Marshal en 1983<sup>(2)</sup> y desde la introducción de los bloqueadores de receptores H2 en la década de los años 1970 y posteriormente de los inhibidores de la bomba de protones, la incidencia de úlcera péptica ha disminuido en general en la población mundial, así como la necesidad de realizar las operaciones electivas antes mencionadas, ya prácticamente parte de la historia de la medicina<sup>(3,4)</sup>.

Sin embargo, pese a estos grandes avances, la úlcera péptica sigue siendo una causa importante de morbi-mortalidad especialmente en la población adulta mayor, debido principalmente a la presencia de comorbilidades y al uso frecuente de anti inflamatorios no esteroideos (AINES) en dicho grupo etáreo<sup>(5)</sup>.

En ese sentido, este número especial de la revista “DIAGNÓSTICO” está dedicado en gran parte a tratar con actualidad los aspectos relacionados a la hemorragia digestiva, no solo proveniente de la úlcera péptica (la etiología más frecuente) sino también de la hemorragia por várices esófago-gástricas, hemorragia digestiva baja y oculta (generalmente originada en el intestino delgado).

Estos conceptos no solo son de interés para el gastroenterólogo sino también para el médico general, cirujano, internista y de urgencias, ya que expondremos los conceptos esenciales para el manejo antes de realizar la endoscopia diagnóstica y terapéutica, que pasan por la valoración de la severidad del sangrado, y el “abc” de la estabilización y disposición del paciente con sangrado digestivo agudo.

De esta manera, los doctores Huerta-Mercado, Guzmán y Vesco revisan exhaustivamente dichos conceptos, sobre todo enfatizando la experiencia publicada en nuestro medio. En su artículo sobre hemorragia alta no variceal, exponen los trabajos nacionales más relevantes, mencionando los puntajes de valoración de severidad del paciente con hemorragia digestiva alta a su llegada al servicio de emergencia. Destaca en su revisión la diferencia comparativa que existe entre los puntajes Rockall y Glasgow-Blatchford, (los más populares en los países anglosajones) con el AIM-65, que en dos importantes estudios realizados en el Perú, este último tuvo mayor valor predictor de mortalidad y requerimientos transfusionales<sup>(6,7)</sup>.

En su revisión, los doctores Poppele, Montezuma, Chirinos y Cedrón describen con precisión los importantes

<sup>1</sup>Médico Gastroenterólogo-Hepatólogo GastroHealth Partners, Miami Florida, EEUU. Profesor Asociado, Facultad de Medicina Alberto Hurtado, UPCH. Profesor Honorario, Facultad de Medicina, Universidad de Piura. <https://orcid.org/0000-0001-8717-6196>

conceptos fisiopatológicos concernientes a la hipertensión portal, esenciales para comprender la complejidad del paciente con cirrosis y sangrado variceal. El importante consenso Baveno VII<sup>(8)</sup> recientemente realizado, donde se congregan los expertos mundiales en manejo de la hipertensión portal y sus complicaciones, es citado y sus recomendaciones, especialmente en el campo de la valoración no invasiva de la hipertensión portal son mencionadas. Son notables los avances en la farmacoterapia y manejo multidisciplinario esencial para estos pacientes críticos, didácticamente expuestos por los autores en su capítulo.

El sangrado digestivo bajo es también un problema frecuentemente diagnosticado en los servicios de urgencias, especialmente prevalente entre los adultos mayores debido a la alta prevalencia de diverticulosis en ellos, además del uso frecuente de antiagregantes plaquetarios y anticoagulantes<sup>(9)</sup> que exacerban el sangrado. Si bien es cierto los principios generales del manejo son en parte los mismos que los de la hemorragia digestiva alta, el momento adecuado de la colonoscopia y el uso de la medicina nuclear como ayuda diagnóstica, al igual que la radiología intervencionista son elementos a tener en cuenta, destacándose la necesidad del manejo interdisciplinario con la intervención temprana del cirujano en casos más complicados.

Sin embargo, en ocasiones los estudios de endoscopia alta y baja en el contexto de una hemorragia digestiva no son concluyentes (aproximadamente un 5 a 10% de los casos), y nos encontramos con situaciones de difícil diagnóstico, constituyendo uno de los retos máximos para el gastroenterólogo. Son los llamados sangrados digestivos de intestino delgado, y en ocasiones, aún agotando todos los recursos tecnológicos disponibles, no se llega a un diagnóstico (hemorragia digestiva oculta). El doctor Hugo Cedrón ilustra en forma sistemática los conceptos de hemorragia digestiva del intestino delgado, con amplia experiencia local utilizando cápsula endoscópica y enteroscopia, presentando además un algoritmo que integra los elementos diagnósticos y terapéuticos utilizados en estos casos complejos.

Presentamos pues, una colección de artículos que estamos seguros servirá como guía de consulta para todos aquellos médicos que manejan pacientes con hemorragia digestiva de todo tipo, a cargo de un selecto grupo de gastroenterólogos con amplia experiencia en el manejo de estos casos difíciles.

## Referencias bibliográficas

1. Orwoll ES. The milk-alkali syndrome: current concepts. *Ann Intern Med* 1982;97:242-248.
2. Warren JR, Marshall BJ. Unidentified curved bacilli on gastric epithelium in active chronic gastritis. *Lancet* 1983;321:1273-1275.
3. Sonnenberg A, Everhart JE. The prevalence of self-reported peptic ulcer in the United States. *Am J Public Health* 1996;86:200-205.
4. Yuang Y, Padol IT, Hunt RH. Peptic ulcer disease today. *Nat Clin Pract Gastroenterol Hepatol* 2006;3:80-89.
5. Naga Siri Y, et al. Burden of peptic ulcer disease among patients with upper gastrointestinal bleeding. *Int J Surg Sci* 2021;5:151-155.
6. Espinoza-Rios J, Aguilar Sánchez V, Bravo Paredes EA, Pinto Valdivia J, Huerta-Mercado Tenorio J. Comparación de los scores Glasgow-Biatchford, Rockall y AIMS65 en pacientes con hemorragia digestiva alta en un hospital de Lima, Perú. *Rev Gastroenterol Perú* 2016;36(2):143-152.
7. Cassana A, Scialom S, Segura E, Chacaltana A. Estudio de validación diagnóstica de la escala de Glasgow-Blatchford para la predicción de mortalidad en pacientes con hemorragia digestiva alta en un hospital de Lima, Perú. *Rev Esp Enferm Dig* 2015;107(8):476-482.
8. de Franchis R, Bosch J, Garcia-Tsao G, Reiberger T, Ripoll C, Baveno VII Faculty. Baveno VII - Renewing consensus in portal hypertension. *J Hepatol*. Abril, 2022;76(4):959-974.
9. Strate LL, Gralnek IM. ACG Clinical Guideline: Management of Patients With Acute Lower Gastrointestinal Bleeding. *Am J Gastroenterol*. Apr 2016;111(4):459-474.

**Contribución de autoría:** Martín Tagle Arróspide ha sido el autor de esta publicación, contribuyendo a su concepción, organización de la presentación científica, búsqueda electrónica, revisión inicial, redacción, revisión y aprobación final.

**Conflicto de interés:** El autor no tiene conflicto de interés con la publicación de este trabajo.

**Financiamiento:** Autofinanciado.

**Citar como:** Tagle-Arróspide M. Introducción - Simposio sobre Hemorragia Digestiva. *Diagnóstico (Lima)*. 2022;61(3):216-217.

**DOI:** <https://doi.org/10.33734/diagnostico.v61i3.392>

**Correspondencia:** Martín Tagle Arróspide. 5803 NW 151 St Miami Lakes, FL 33014. USA.

**Correo electrónico:** martintagle@gmail.com

**Teléfono:** 998119472 (whatsapp).