

RESULTADOS DEL TRATAMIENTO ENDOSCÓPICO EN LA HEMORRAGIA DIGESTIVA ALTA ULCEROSA ¿ES NECESARIO EL "SECOND-LOOK" ENDOSCÓPICO?

A. Garrido, R. León, A. Luque, J. López, F. Bellido, J.L. Márquez

Servicio de Aparato Digestivo. Hospital Virgen del Rocío. Sevilla.

Resumen

OBJETIVO: Evaluar la eficacia del control endoscópico precoz (second-look) en pacientes con hemorragia digestiva alta (HDA) ulcerosa de alto riesgo para presentar persistencia o recidiva hemorrágica.

MATERIAL Y MÉTODO: Se incluyeron 41 pacientes consecutivos ingresados por HDA ulcerosa con estigmas endoscópicos de riesgo según la clasificación de Forrest tras la endoscopia urgente; a todos ellos se les realizó nuevo control endoscópico transcurridas 24-48 horas. Se analizó el porcentaje de persistencia/recidiva hemorrágica, requerimientos transfusionales, necesidad de cirugía y mortalidad del episodio hemorrágico.

RESULTADOS: La edad media de los pacientes de la muestra fue de 60.35 + 15.54 años, siendo varones el 82.5% de ellos. 20/41 pacientes (49%) referían hábito tabáquico y 28/41 (68.5%) consumo de AINEs. El 15% de los enfermos se clasificaron dentro del grado Forrest Ia, el 35% como Forrest Ib y el 50% Forrest IIa, y a todos ellos se les realizó un primer

tratamiento endoscópico mediante inyección de adrenalina y sustancia esclerosante. En el control endoscópico a las 24-48 horas a ningún paciente se le realizó terapéutica endoscópica. 21/41 pacientes (52%) precisaron transfusión. 5 pacientes presentaron recidiva hemorrágica (12%), precisando cirugía 2 pacientes (5%) y falleciendo 1 paciente (2%).

CONCLUSIONES: La realización de un control endoscópico precoz (second-look endoscópico) no mejora los resultados en pacientes con hemorragia digestiva alta ulcerosa de alto riesgo.

Palabras clave: hemorragia digestiva, inhibidores de la bomba de protones, úlcera péptica, endoscopia precoz.

Abstract

OBJECTIVE: To evaluate the effectiveness of second-look endoscopy in patients with ulcerative gastrointestinal bleeding (UGB), with a high risk of presenting with persistent or recurrent haemorrhage.

MATERIALS AND METHOD: We included 41 consecutive patients admitted with UGB with endoscopic stigmata of risk according to Forrest classification after emergency endoscopy; all of them underwent endoscopic control again 24-48 hours elapsed. The percentage of haemorrhagic persistence/recurrence was analysed, as were transfusion

CORRESPONDENCIA

Antonio Garrido Serrano
c/Carmen de Burgos, nº 19
Tomares 41940, Sevilla
Teléfono: 954152431

agarser@telefonica.net

requirements, need for surgery and mortality resulting from the haemorrhagic episode.

RESULTS: The average age of patients in the sample was 60.35 + 15.54 years, male 82.5% of them. 20/41 patients (49%) reported smoking and 28/41 (68.5%) use of NSAIDs. 15% of patients were classified in grade Forrest Ia, 35% as Forrest Ib and 50% Forrest IIa, and all of them underwent an initial endoscopic injection of epinephrine and sclerosant. In the endoscopic control after 24-48 hours to any patient underwent endoscopic therapy. 21/41 patients (52%) required transfusion. 5 patients had recurrent bleeding (12%), requiring surgery 2 patients (5%) and 1 patient died (2%).

CONCLUSIONS: To perform early endoscopic control (second-look endoscopy) does not improve outcomes in patients with upper gastrointestinal bleeding ulcer at high risk.

Key words: digestive haemorrhage, proton pump inhibitors, peptic ulcer, second-look endoscopy.

Introducción

La hemorragia gastrointestinal por úlcera péptica continua siendo una de las urgencias digestivas más frecuentes y la endoscopia digestiva alta es la exploración más sensible para obtener el diagnóstico etiológico en la HDA¹, proporcionando además información crucial para estimar el riesgo de recidiva, el pronóstico del paciente y permite la aplicación de terapéutica endoscópica en aquellos casos en los que está indicado².

Los resultados claros y consistentes obtenidos en los ensayos clínicos demostrando la eficacia de la terapia endoscópica en el tratamiento de la HDA por úlcera³, en cuanto a disminución de la recidiva hemorrágica, necesidad de cirugía y mortalidad superan a los de cualquier otra modalidad terapéutica, incluyendo el tratamiento con fármacos inhibidores de la bomba de protones. No obstante para optimizar este tratamiento, algunos autores recomiendan revisar sistemáticamente el estado de la lesión, realizando nueva endoscopia a las 24-48 horas de aplicado el tratamiento endoscópico, es lo que se ha venido en llamar "second-look" endoscópico³. El objetivo de esta práctica sería detectar de forma precoz aquellas lesiones que pueden sufrir una recidiva de la hemorragia y anticipar el segundo tratamiento endoscópico antes de que el resangrado se produzca⁴.

En este trabajo nos proponemos estudiar la eficacia del control endoscópico precoz, en pacientes con HDA ulcerosa de alto riesgo para presentar persistencia/recidiva de la hemorragia.

Material y métodos

Se ha realizado un estudio prospectivo de pacientes

consecutivos ingresados en la Unidad de Sangrantes del Hospital Virgen del Rocío de Sevilla por HDA ulcerosa durante un año. Se recogieron los siguientes datos de todos los pacientes: edad, sexo, hábito tabáquico, consumo de AINEs, patología de base (enfermedades que aumentan la comorbilidad del episodio hemorrágico), presencia de inestabilidad hemodinámica (cuando se presentaban dos o más de los siguientes criterios: presión arterial sistólica inferior a 100 mm Hg, frecuencia cardiaca superior a 100 spm, presencia de signos de hipoperfusión periférica, cambios en la tensión arterial o frecuencia cardiaca tras el ortostatismo), estigma del nicho ulceroso según la clasificación de Forrest y el tratamiento endoscópico aplicado en los casos de hemorragia activa, vaso visible y coágulo inestable. Los enfermos eran tratados bien mediante bolo de 80 mg i.v. de pantoprazol y perfusión continua a 8 mg/h durante 72 horas (grupo 0), lo que consigue una supresión ácida profunda, o bien con 40 mg i.v. de pantoprazol diarios durante 72 horas (grupo 1). Entre las primeras 24-48 horas de ingreso se realizaba un nuevo control endoscópico con retratamiento si persistían estigmas de riesgo de hemorragia. Se analizó el porcentaje de persistencia/recidiva hemorrágica entre ambos grupos, requerimientos transfusionales, necesidad de cirugía y mortalidad del episodio hemorrágico. Los pacientes dieron su consentimiento informado por escrito previo a la inclusión en el estudio.

Estadística: Se incluyeron diversas variables cuantitativas y cualitativas, expresándolas como media o porcentaje respectivamente. Se empleó el test de la T-Student para la comparación de variables cuantitativas y de la chi-cuadrado para variables cualitativas. Se realizó un análisis de regresión logística multivariante para investigar los factores asociados a persistencia/recidiva hemorrágica.

Los valores de $p < 0.05$ se consideraron estadísticamente significativos.

Resultados

En la **Tabla 1** se recogen las características basales de los pacientes, comprobando que los resultados obtenidos respecto a edad, sexo, patología de base, hábito tabáquico, consumo de AINEs y presencia de inestabilidad hemodinámica son similares a lo descrito en la literatura y coinciden con los de una serie histórica publicada previamente a la realización de este estudio⁵; se anotó el grado de Forrest en la endoscopia inicial al ingreso. 20 pacientes se trataron mediante bolo e infusión de pantoprazol y 21 mediante dosis de 40 mg i.v. diarios, sin diferencias en los resultados entre ambos grupos ($p = ns$). Se aplicó terapéutica endoscópica inicial al 100% de los pacientes, consistiendo en todos los casos en la inyección de adrenalina diluida 1/10.000 y polidocaol 2%; ningún paciente precisó una segunda terapia en el control endoscópico precoz pues todos presentaban úlceras de fondo fibrinoso limpio o con manchas planas de hematina. En cuanto a la evolución de los pacientes en la **Tabla 2** se muestran las necesidades transfusionales, recidiva hemorrágica,

Tabla 1. Características generales de la muestra (n=41)

Edad (años)	60.35+15.54
Sexo (%hombres)	82.5
Hábito tabáquico (%)	49
Consumo de AINEs (%)	68.5
Inestabilidad hemodinámica (%)	63.2
Patología de base (%)	45
Forrest Ia (%)	9.5
Forrest Ib (%)	30.5
Forrest Ila (%)	60

tratamiento quirúrgico o mortalidad, que no difieren tampoco de los resultados generales publicados en la literatura, ni de los de nuestra serie de pacientes publicada previamente⁵, sin que hubiera tampoco diferencias entre los dos grupos de tratamiento médico utilizado.

El estudio de regresión logística multivariante no encontró ningún factor de riesgo asociado a recidiva hemorrágica, incluido la diferente modalidad de tratamiento con pantoprazol utilizada ni la aplicación de second-look endoscópico.

Discusión

El tratamiento médico con IBP sin aplicación de hemostasia endoscópica no se ha mostrado eficaz para detener el sangrado ni prevenir la recidiva en la HDA por ulcus péptico⁶, en cambio el advenimiento del tratamiento endoscópico en la HDA ulcerosa es, sin duda, el avance más importante en el manejo de estos pacientes, muy superior respecto al tratamiento farmacológico. Nuestro hospital cuenta con un médico adjunto de digestivo de guardia de presencia física, por lo que a los pacientes que acuden por HDA se les realiza endoscopia urgente (menos de 6 horas) en todos los casos, aplicando tratamiento endoscópico cuando está indicado, lo cual ha demostrado que reduce el riesgo de recidiva de la hemorragia, las necesidades quirúrgicas y la mortalidad⁷.

Un 10-25% de los pacientes con sangrado por úlcera gastrointestinal recidivan tras la primera endoscopia independientemente del método hemostático realizado⁸⁻¹². Parece razonable por lo tanto, considerar una segunda endoscopia de control, dado el riesgo de resangrado; sin embargo, tras una revisión exhaustiva de la literatura, el valor del control endoscópico precoz (second-look) sigue siendo controvertido¹.

El concepto de control endoscópico precoz (second-look) no es nuevo. Se define como la segunda endoscopia realizada entre 24-48 horas tras el procedimiento endoscópico inicial, en pacientes con sangrado por úlcera péptica, aunque sin evidencia de resangrado, con la intención de retratar lesiones de alto riesgo, o en su ausencia, de considerar un alta precoz^{8, 9}. A la luz de los resultados de algunos artículos de la literatura, la endoscopia de control precoz ofrece un efecto beneficioso sobre la tasa de resangrado^{7, 8, 11, 12}, reduciendo el riesgo de recidiva hemorrágica, aunque sin acompañarse de una reducción de la mortalidad, ni de la necesidad de cirugía^{7, 8}. Por el contrario, según otros autores, la endoscopia de control precoz de rutina es un procedimiento asociado a un incremento de las posibles complicaciones y de los costes sanitarios sin una mejoría clara en el resultado⁹, ya que el 20% de los resangrados se producen antes de las primeras 24-48 horas y que sólo en la mitad de los casos se observaron lesiones de alto riesgo en la segunda endoscopia de control⁹. En este sentido, algunos autores argumentan que las posibles reducciones del riesgo absoluto de resangrado en estudios previos pueden deberse a que se realizaron antes de la introducción de la terapia farmacológica con dosis óptimas de IBP y una terapéutica endoscópica eficaz^{7, 8}. Por estos motivos, otros autores sostienen que este procedimiento debe realizarse sólo en casos seleccionados de alto riesgo de resangrado¹⁵⁻¹⁸. Los factores de riesgo son el sangrado activo durante la primera endoscopia, el tamaño y localización de la úlcera, la inestabilidad hemodinámica y las comorbilidades del paciente¹⁵⁻¹⁹. En nuestro estudio, a ningún paciente fue preciso realizarle terapéutica en la segunda endoscopia de control, por lo que no creemos necesario su realización de forma rutinaria; nuestro estudio se encuentra limitado por la falta de grupo control, pero dado que en ningún caso se realizó un segundo tratamiento endoscópico hemostático, este sesgo queda muy minimizado, además los resultados de este grupo los comparamos tanto con lo publicado ampliamente en la literatura mundial (cifras ampliamente aceptadas de recidiva hemorrágica en torno al 5-10% y mortalidad en torno al 2%),

Tabla 2. Evolución de los pacientes de la muestra (n=41), según tratamiento con IBP.

	Grupo 0 (n=20)	Grupo 1 (n=21)	p
Necesidades Transfusión (%)	50	52.4	0.879\$
Recidiva hemorrágica (n)	2	3	0.549\$
Necesidad de cirugía (n)	1	1	0.731\$
Mortalidad (n)	1	0	0.475\$

\$Chi-Cuadrado

como en una serie de pacientes de nuestro propio hospital⁵, que han recibido los mismos cuidados médicos y se les ha realizado los mismos procedimientos terapéuticos por los mismos endoscopistas que a los pacientes de este estudio.

Así pues para que resulte coste-efectivo, la realización de una revisión endoscópica precoz o second-look en pacientes de alto riesgo para recidiva hemorrágica, debería realizarse estableciendo índices de riesgo, aplicándolo de forma individualizada a cada paciente y no de forma generalizada a todo paciente con hemorragia por úlcera péptica.

BIBLIOGRAFÍA

- Huang CS, Lichtenstein DR. Non variceal upper gastrointestinal bleeding. *Gastroenterol Clin N Am* 2003; 14: 262-9.
- Garrido Serrano A, Guerrero Igea FJ, Perianes Hernández C, Arenas Posadas FJ, Palomo Gil S. Inyección local terapéutica en el ulcus péptico sangrante: estudio comparativo de adrenalina frente a adrenalina más agente esclerosante. *Rev Esp Enferm Dig* 2002; 94: 401-405.
- Villanueva C, Balanzo J, Torras X, Soriano G, Sainz S, Vilardel F. Value of second-look endoscopy after injection therapy for bleeding peptic ulcer: a prospectiva and randomised trial. *Gastrointest Endosc* 1994; 40: 34-9.
- Elizalde JL, Lach J, Bordas JM, Bataller R, Mondelo F, Panés J et al. Valor del control endoscópico tras la escleroterapia por lesión péptica gastroduodenal. *Gastroenterol Hepatol* 1994; 17: 11-3.
- Garrido A, Márquez JL, Guerrero FJ, Leo E, Pizarro MA. Cambios en la etiología, resultados y características de los pacientes con hemorragia digestiva aguda grave a lo largo del periodo 1999-2005. *Rev Esp Enferm Dig* 2007; 99: 275-279.
- Julapalli VR, Graham DY. Appropriate use of intravenous proton pump inhibitors in the management of bleeding peptic ulcer. *Dig Dis Sci* 2005; 50: 1185-1193.
- Marmo R, Rotondano G, Bianco MA, et al. Outcome of endoscopic treatment for peptic ulcer bleeding: Is a second look necessary? A meta-analysis. *Gastrointest Endosc*. 2003 Jan; 57(1):62-7.
- PWY Chiu, CYW Lam, SW Lee, et al. Effect of scheduled therapeutic endoscopy on peptic ulcer rebleeding: a prospective randomised trial. *GUT* 2003; 52: 1403-1407
- Romagnuolo J. Routine second look endoscopy: ineffective, costly and potentially misleading. *Can J Gastroenterol*. 2004 Jun; 18(6):401-4.
- Calvet X, Vergara M, Brullet E. Endoscopic treatment of bleeding ulcers: has everything been said and done? *Gastroenterol Hepatol*. 2005 Jun-Jul; 28(6):347-53
- Burgdorf SK, Adamsen S, Rosenberg J. Routine second look endoscopy after bleeding ulcers. *Ugeskr Laeger*. 2008 Apr 28; 170(18):1556-9.
- Skarbye M, Trap R, Rosenberg J. Planned second-look gastroscopy in patients with bleeding ulcer, 2000 Jun 5; 162(23):3338-42.
- Adamsen S, deMuckadell OB. Treatment of bleeding gastroduodenal ulcer. *Ugeskr Laeger*. 2007 Apr 23; 169(17):1551-5.
- Elmunzer BJ, Young SD, Inadomi JM, et al. Systematic review of the predictors of recurrent hemorrhage after endoscopic hemostatic therapy for bleeding peptic ulcers. *Am J Gastroenterol*. 2008 Oct; 103(10):2625-32; quiz 2633. Epub 2008 Aug 5.
- Szocs K, Kárász T, Saleh H, Szabó A, et al. The value of routine second-look endoscopy in the management of acute gastroduodenal ulcer bleeding. *Orv Hetil*. 2009 Oct 18; 150(42):1932-6.
- Barkun AN, Bardou M, Kuipers EJ, et al; International Consensus Upper Gastrointestinal Bleeding Conference Group. International consensus recommendations on the management of patients with nonvariceal upper gastrointestinal bleeding. *Ann Intern Med*. 2010 Jan 19; 152(2):101-13.
- Tsoi KK, Chan HC, Chiu PW, et al. Second-look endoscopy with thermal coagulation or injections for peptic ulcer bleeding: a meta-analysis. *J Gastroenterol Hepatol*. 2010 Jan; 25(1):8-13.
- Laine L, McQuaid KR. Endoscopic therapy for bleeding ulcers: an evidence-based approach based on meta-analyses of randomized controlled trials. *Clin Gastroenterol Hepatol*. 2009 Jan; 7(1):33-47; quiz 1-2. Epub 2008 Aug 16.
- Chiu PW, Joeng HK, Choi CL, et al. Predictors of peptic ulcer rebleeding after scheduled second endoscopy: clinical or endoscopic factors? *Endoscopy*. 2006 Jul; 38(7):726-9.