

Hemorragia de tracto gastrointestinal bajo: preparación, prevención post-polipectomía, métodos endoscópicos, angiografía?

Jony Cerna-Cardona*

Unidad De Endoscopia, Hospital Juárez De México, Ciudad de México, México

Resumen

La incidencia de hemorragia de tracto gastrointestinal baja (HTGB) es de 33-87%/100,000 habitantes y representa 20-25% de todas las hemorragias gastrointestinales. El primer paso en el abordaje es definir si el paciente cursa con estabilidad hemodinámica (estratificación de riesgo). La mortalidad se asocia a comorbilidades del paciente. La colonoscopia es el estándar de oro para el diagnóstico y tratamiento. En casos seleccionados la embolización selectiva por angiografía debe ser considerada. Hay múltiples terapias endoscópicas con alta efectividad. En la prevención de la hemorragia postpolipectomía, se prefiere el uso de hemoclips en casos seleccionados.

Palabras clave: Estratificación de riesgo. Colonoscopia. Preparación intestinal.

Introducción

La HTGB tiene una incidencia de 33-87/100,000 habitantes. Representa aproximadamente del 20-25% de todos los casos de Hemorragia gastrointestinal. Afecta más a hombres que mujeres. La incidencia y riesgo aumentan con la edad. La hemorragia diverticular es la causa más frecuente en mayores de 40 años. Aproximadamente 80-85% de los episodios agudos ceden espontáneamente. La mortalidad se estima 2-4%¹⁻³.

En la Semana de Enfermedades Digestivas 2019 (DDW) se presentaron un total de 42 trabajos relacionados a HTGB (4 conferencias magistrales, 8 trabajos orales, 19 trabajos en cartel y 1 trabajo en video).

necesidad de intervención endoscópica urgente e ingreso a cuidados intensivos. En la actualidad no hay ninguna escala aceptada por guías internacionales¹⁻³. Smith S, et al., en un estudio de revisión retrospectiva multicéntrico 2010-2018 de pacientes ingresados con HTGB (473), utilizando análisis de regresión logística para validar la escala de Birmingham (sexo masculino, nivel de hemoglobina al ingreso). Se observó que un puntaje de Birmingham de 7, 6, 5, 4, 3, 2, <2 predice la probabilidad de resultado adverso en 94%, 74%, 51%, 40%, 27%, 13% y <5%, respectivamente, con una AUROC 0.87 (95% CI 0.83-0.9). Se requiere un estudio prospectivo multicéntrico para validar esta escala⁴.

Estratificación de riesgo

La estratificación de riesgo (alto y bajo) permite predecir mortalidad, riesgo de recurrencia de la hemorragia,

Colonoscopia temprana o electiva

Aunque la mayoría de los casos de HTGB ceden espontáneamente, la colonoscopia ha demostrado ser

Correspondencia:

*Jony Cerna-Cardona

E-mail: jonycerna_80@hotmail.com

DOI: 10.24875/END.M19000024

Endoscopia. 2019;31(Supl 1):11-13

www.endoscopia-ameg.com

0188-9893/© 2019. Asociación Mexicana de Endoscopia Gastrointestinal, publicado por Permanyer México SA de CV, todos los derechos reservados.

el estudio de elección para el diagnóstico (rendimiento 74-100%) y tratamiento (tasa éxito 50-100%) de los pacientes con hemorragia intermitente y crónica². Nii-kura R, et al., en un estudio multicéntrico, aleatorizado controlado, compararon la tasa de estigma de hemorragia reciente (TEHR) y tasa de recurrencia de hemorragia (TRH) en pacientes con HTGB con colonoscopia temprana (<24 horas de la admisión) y electiva (24-96 horas). 170 pacientes incluidos (81 a cada grupo). La TEHR se identificó en 21.52% y 21.25% en el grupo de colonoscopia temprana y electiva respectivamente (p 0.967). La TRH fue 15.28% y 6.67% respectivamente. No hubo diferencia estadísticamente significativa en tasa de éxito tratamiento endoscópico, tasa transfusión, días de estancia, eventos tromboticos y mortalidad a 30 días. En conclusión, la colonoscopia temprana no mejora la identificación de la TEHR ni reduce la TRH a 30 días en pacientes con HTGB⁵.

Preparación intestinal

La preparación intestinal es indispensable para la adecuada observación de la mucosa colónica y es considerado un estándar de calidad. La escala de preparación intestinal más aceptada mundialmente es la de Boston¹⁻³. Barkun A, et al., en un estudio prospectivo aleatorizado durante 29 meses en 1,157 pacientes compararon la preparación intestinal adecuada (escala de Boston > 6), entre Split dosis con polietilenglicol de alto volumen (2 litros + 2 litros) o de bajo volumen (1 litro + 1 litro de PEG) + bisacodilo (15 mg). La media de edad fue 56.2 + 13. El 90.8% del grupo de alto volumen tuvieron una preparación adecuada vs 88.1% en los de bajo volumen (p=0.041), la tasa de intubación cecal fue 97.4% vs 95.6% (p=0.023) respectivamente independientemente de la dieta (líquidos claros o bajo residuos). Sin embargo, la insatisfacción por la preparación fue mayor en el grupo de alto volumen. En conclusión, la preparación enérgica del colon con al menos 4 litros de PEG mejora la observación de la mucosa, detección de estigmas de hemorragia reciente, tasa de intubación ceca, aunque es menos aceptada por el paciente⁶.

Tratamiento

La selección del tratamiento de la HTGB dependerá de los hallazgos endoscópicos (bajo y alto riesgo) y de la estabilidad hemodinámica del paciente. En la actualidad hay múltiples terapias endoscópicas (mecánicas, térmicas) con una tasa de éxito clínico 92%, recurrencia temprana 8% y tardía 12%. En pacientes con hemorragia

intermitente, crónica se prefiere la colonoscopia. En pacientes con HTGB aguda con inestabilidad hemodinámica se prefiere la embolización selectiva por angiografía¹⁻³. Veselov V, et al., en un estudio prospectivo (2016-2018), utilizaron una variante de terapia endoscópica primaria para hemorragia colónica intraprocedimiento. Si la hemorragia fue observada, se irrigaba el área con una solución al 1% (10-30 ml) de sales de plata incompleta con ácido poliácrico (conteniendo nanopartículas de plata) durante 1-2 minutos. Si la hemorragia persistía se utilizaba otro método hemostático térmico o mecánico. Se dividieron dos grupos: grupo 1 con biopsias y grupo 2 con polipectomía. En el grupo 1, el efecto hemostático fue alcanzado en 1-2 minutos con una efectividad 100%. En el grupo 2, el efecto hemostático se alcanzó en 1-2 minutos en 38.47%, sin embargo, la superficie elástica suave creada por la solución irrigada permitió la aplicación de otra terapia (térmica/mecánica) en el 100% de los casos⁷.

Hemorragia pospolipectomía

La hemorragia es la complicación más frecuente posterior a la polipectomía (0.1-0.6%). Puede ser temprana (<24 horas) o tardía (1-14 días). El riesgo se incrementa a un 11% cuando se realiza resección endoscópica de la mucosa². En un metaanálisis (7,370 pacientes) de 9 estudios controlados aleatorizados (MEDLINE, EMBASE, Google scholar) compararon efectividad de clip vs. no clip para prevenir hemorragia pospolipectomía (HPP). La tasa de HPP tardía en el grupo de clips fue de 2.5% vs 3.5% en pacientes sin clips. No se observó significancia estadística en ambos grupos. La utilización de clips en un subgrupo de análisis (pólipos > 20 mm) parece ser beneficiosa, sin embargo, se requieren más estudios prospectivos aleatorizados multicéntricos⁸. Similares resultados fueron publicados por Akhter A, et al., en un estudio prospectivo de 6 meses, en 1,333 pacientes con 2,487 polipectomías. La media del tamaño del pólipo fue 8. La incidencia de HPP fue 1.1%. No hubo diferencia estadísticamente significativa en las tasas de hemorragia entre los que usaron clips (2.8%) vs los que no (1.9%). Se concluye que la utilización de clips endoscópicos, en pólipos menores a 20 mm no disminuye las tasas de HPP, por lo que no se recomiendan de forma rutinaria⁹. Fukunaga S, et al., en un estudio retrospectivo unicéntrico, en 121 pacientes con 157 lesiones en colon que utilizaban anticoagulantes orales; calcularon el score ORBIT y se clasificaron los pacientes en bajo riesgo (Score < 2) y alto riesgo (Score > 3). La HPP fue de 17.3 y 8.5% en el grupo de alto y bajo

riesgo respectivamente (p 0.149), sin embargo, la HPP mayor fue significativamente superior en el grupo de alto riesgo (13.3 vs 2.4%, p=0.014). Concluyendo que el Score ORBIT es seguro para predecir HPP mayor en pacientes tomando anticoagulantes orales¹⁰.

Conclusiones

La colonoscopia es el estudio de elección para diagnóstico-tratamiento de los pacientes con HTGB. La preparación intestinal óptima es indispensable. En pacientes seleccionados se sugiere la embolización selectiva mediante angiografía. EL uso profiláctico de hemoclips en pacientes sometidos a polipectomía, debe reservarse a casos seleccionados.

Conflicto de intereses

No existen conflictos de interés. Sin patrocinio de la industria.

Bibliografía

1. Oakland K, Chadwick G, East JE, et al Diagnosis and management of acute lower gastrointestinal bleeding: guidelines from the British Society of Gastroenterology. *Gut* 2019;68:776–789.
2. Blanco C, Peláez M. et al. Guía de abordaje y manejo endoscópico de la hemorragia de tubo digestivo bajo. *Endoscopia* 2019;31:4-29.
3. Strate L. et al. ACG Clinical Guideline: Management of Patients With Acute Lower Gastrointestinal Bleeding. *Am J Gastroenterol* 2016; 111:459–474.
4. Smith S. et al. A multicentre validation study of a novel lower gastrointestinal bleeding (LGIB) score the Birmingham (BHAM) score. Presentación 899. DDW 2019.
5. Niikura R. et al. A multicenter randomized controlled trial comparing the identification rate of stigmata of recent hemorrhage and rebleeding rate between early and elective colonoscopy in acute lower gastrointestinal bleeding. Presentation 897. DDW 2019.
6. Barkun A, Martel M, et al. The bowel cleansing national initiative (BCLEAN): a high-volume split dose polyethylene glycol (PEG) preparation versus a low volume Split-dose PEG solution with bisacodyl. Poster Mo1662 DDW 2019.
7. Skridlevskiy S. et al. Variant of primary endoscopic therapy for intraprocedural colonic bleeding. Cartel Mo1704 DDW 2019.
8. To clip or not clip: A meta análisis of RCTS to evaluate the impact of prophylactic clipping for delayed post polypectomy bleeding. Poster Su1672.
9. Akhter A. et al. Prospective study of variation in endoscopic clip use post polypectomy and impact in gastrointestinal bleeding. Poster Su1743. DDW 2019.
10. Fukunaga S. et al. Orbit Score predicts major bleeding after colorectal polypectomy in patient receiving oral anticoagulation therapy. Poster Su1690. DDW 2019.