

Gastropatía aguda hemorrágica (erosiva)

¿Qué es la gastropatía aguda hemorrágica y cuáles son sus causas?

Los términos "gastritis" y "gastropatía" son intercambiables. La gastropatía aguda hemorrágica (erosiva) implica un daño de la mucosa gástrica. Estas lesiones también pueden presentarse en el bulbo duodenal.

Las causas de la gastropatía aguda hemorrágica son parecidas. Con mayor frecuencia, se debe a una reacción adversa a determinados medicamentos, especialmente antiinflamatorios no esteroideos (analgésicos y antipiréticos de uso común). Los antiinflamatorios no esteroideos (AINE) y el ácido acetilsalicílico provocan una serie de efectos adversos en el tracto digestivo. Afectan la mucosa, provocando esofagitis y gastritis. Actúan a través del cambio de pH en la superficie del epitelio y favorecen la activación de los factores que lo digieren. También condicionan una disminución de la secreción de prostaglandinas protectoras. A veces pueden conducir a la aparición de erosiones hemorrágicas, ulceración del estómago y duodeno, y a las hemorragias latentes o manifiestas.

Las lesiones inflamatorias pueden aparecer también debido a la actividad irritante de la bilis que llega al estómago desde el duodeno, a la acción del alcohol, y pueden presentarse en el curso de algunas enfermedades metabólicas (p. ej. diabetes *mellitus*). El tabaquismo es un factor que puede aumentar los síntomas, ya que debilita la barrera protectora del estómago.

¿Con qué frecuencia se presenta la gastropatía aguda hemorrágica?

No hay datos epidemiológicos precisos, pero en la práctica diaria las lesiones de tipo gastropatía hemorrágica se observan a menudo. Los estudios demuestran que las erosiones aparecen en las primeras 2 semanas de tratamiento en la mayoría (60-100 %) de los pacientes que reciben AINE.

Se cree que, después de la infección por *Helicobacter pylori*, la segunda causa más frecuente de la gastropatía aguda hemorrágica es el efecto adverso de los antiinflamatorios no esteroideos.

¿Cómo se manifiesta la gastropatía aguda hemorrágica?

Esta enfermedad puede ser asintomática, especialmente si el paciente se encuentra bajo el efecto de los analgésicos. En algunas personas pueden aparecer síntomas dispépticos leves. A veces, la enfermedad empieza a manifestarse con signos de hemorragia del tracto digestivo superior. Estos incluyen: vómito con sangre, es decir el denominado vómito en poso de café, o heces alquitranosas (negras). En caso de hemorragia masiva del tracto digestivo superior también puede aparecer sangre roja en las heces.

¿Cómo actuar ante la aparición de síntomas de gastropatía aguda hemorrágica?

En caso de síntomas dispépticos crónicos o recurrentes es necesario acudir al médico de atención primaria que valorará la necesidad de seguir con el diagnóstico. Ante la aparición de manifestaciones preocupantes, tales como heces alquitranosas, sangre en las heces, o vómito en poso de café y anemia, es necesario acudir al médico con

urgencia. Puede ser necesario realizar una gastroscopia para verificar sus causas.

La anemia puede ser uno de los signos de hemorragia crónica latente. Se manifiesta con fatiga fácil, menor tolerancia al esfuerzo, palidez o acúfenos. La anemia requiere realizar un estudio y determinar sus causas.

¿Cómo se establece el diagnóstico de la gastropatía aguda hemorrágica?

El médico de familia, basándose en la anamnesis, exploración física y en los resultados de laboratorio, evalúa la necesidad de realizar más pruebas, especialmente endoscópicas.

En la gastroscopia pueden visualizarse áreas con edema, erosiones aisladas de la mucosa gástrica, focos de extravasación de sangre en la mucosa gástrica o en la luz del estómago. Las lesiones pueden ser de distinta intensidad.

Durante la gastroscopia se toma una muestra para realizar el test de ureasa. En caso de un resultado positivo, es necesario administrar un tratamiento orientado a la erradicación de *Helicobacter pylori*.

El resultado negativo del test de ureasa significa la ausencia de infección por *Helicobacter pylori*.

¿Cuáles son los métodos de tratamiento de la gastropatía aguda hemorrágica?

Por lo general, en el tratamiento de la gastropatía aguda hemorrágica se utilizan fármacos que disminuyen la acidez del jugo gástrico (inhibidores de la bomba de protones, p. ej. omeprazol, pantoprazol, lansoprazol, esomeprazol, rabeprazol), los cuales se administran durante un máximo de 12 semanas. Dentro de lo posible, se deben evitar los factores que causaron la gastropatía, es decir con mayor frecuencia antiinflamatorios no esteroideos.

También es importante identificar una infección activa por bacteria *Helicobacter pylori*, la cual favorece la aparición de lesiones hemorrágicas. En caso de confirmar la infección, es necesario iniciar el tratamiento con 2 antibióticos, combinados con un inhibidor de la bomba de protones (la denominada erradicación). La erradicación dura 10-14 días, mientras que el tratamiento con un inhibidor de la bomba de protones puede continuarse unas semanas más para conseguir la curación completa de las lesiones.

La dieta en la gastritis es una cuestión individual: se deben evitar los productos que empeoran los síntomas. Se deben seguir las reglas generales de alimentación saludable: evitar las comidas grasas, fritas, o a la brasa. A menudo, los síntomas dispépticos aumentan tras el consumo de condimentos picantes y de estimulantes (café, té fuerte, alcohol). Es necesario dejar de fumar.

¿Es posible la curación completa de la gastropatía aguda hemorrágica?

Las lesiones inflamatorias en el estómago se curan rápidamente, sobre todo si se ha conseguido eliminar su causa.

Si es necesario continuar con el tratamiento con antiinflamatorios no esteroideos, el esquema de administración se establece en función del

riesgo de hemorragia gastrointestinal y el riesgo cardiovascular.

¿Cómo actuar tras terminar el tratamiento de la gastropatía aguda hemorrágica?

Siempre que sea posible, se debe evitar el uso de fármacos tóxicos para la mucosa gástrica (si es necesario utilizarlos, se deben administrar simultáneamente los inhibidores de la bomba de protones).

¿Qué hacer para evitar la gastropatía aguda hemorrágica?

Para evitar el efecto nocivo de antiinflamatorios no esteroideos sobre el tracto digestivo superior, los enfermos incluidos en los grupos de riesgo deben recibir a modo de prevención un inhibidor de la bomba de protones.

El riesgo de aparición de efectos adversos con los antiinflamatorios no esteroideos aumenta después de los 60 años de vida, en personas que reciben altas dosis de los AINE, varios fármacos de este grupo a la vez y, adicionalmente, glucocorticoides, anticoagulantes o algunos antidepresivos (inhibidores selectivos de la recaptación de serotonina).

Antes de iniciar el tratamiento con antiinflamatorios no esteroideos, es necesario realizar una evaluación del riesgo. La erradicación de *Helicobacter pylori* disminuye este riesgo y proporciona mayores beneficios antes de iniciar el tratamiento con antiinflamatorios no esteroideos. Es necesaria sobre todo en pacientes con enfermedad ulcerosa en la anamnesis.

Para prevenir la gastropatía aguda hemorrágica es importante evitar la

combinación, a menudo inconsciente, de varios AINE o el uso de los mismos a dosis altas, y elegir el fármaco adecuado. Los antiinflamatorios no esteroideos varían en cuanto a la fuerza de acción y el efecto nocivo sobre la mucosa del tracto digestivo.

A continuación, se presenta una lista de fármacos ordenados desde el menos hasta el más nocivo para el tracto digestivo:

- ibuprofeno <1500 mg
- ácido acetilsalicílico
- piroxicam
- diclofenaco
- naproxeno
- ibuprofeno >1500 mg

Si el paciente tiene antecedentes de hemorragia por úlcera o tiene >2 factores de riesgo, se estima que el riesgo de hemorragia gastrointestinal es alto.

1-2 factores de riesgo permiten clasificar al enfermo en el grupo de riesgo intermedio. Ante la falta de factores de riesgo, el paciente está en el grupo de riesgo bajo. Sobre la base de esta clasificación, se propone el tratamiento ulterior y la prevención. Si el riesgo de hemorragia es bajo, se pueden utilizar antiinflamatorios no esteroideos, y si se acompaña de riesgo alto de eventos cardiovasculares, se debe elegir naproxeno combinado con un inhibidor de la bomba de protones para conseguir la protección. En caso de riesgo de hemorragia intermedio también se utiliza a modo de protección un inhibidor de la bomba de protones. En caso de riesgo de hemorragia alto se evitan los AINE típicos, los cuales se cambian por celecoxib combinado con un inhibidor de la bomba de protones como protector gástrico.

autor:
Anna Mokrowiecka (MD, PhD)