



# Medicina de Familia. SEMERGEN

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



## 329/39 - MELENAS. A PROPÓSITO DE UN CASO

L. Rodríguez Vélez<sup>1</sup>; V. Acosta Ramón<sup>2</sup>; A. Ruíz Urrutia<sup>3</sup>; A. del Rey Rozas<sup>3</sup>; I. Rivera Panizo<sup>4</sup>; M. Tobalina Segura<sup>5</sup>.

<sup>1</sup>Médico Residente de 2º año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Bezana. Cantabria. <sup>2</sup>Médico Adjunto de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Camargo-Interior. Cantabria. <sup>3</sup>Médico Residente de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Puertochico. Cantabria. <sup>4</sup>Médico Residente de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Camargo-Costa. Cantabria. <sup>5</sup>Médico Residente de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Camargo-Interior. Cantabria.

## Resumen

**Descripción del caso:** Mujer de 38 años que consulta por deposiciones melénicas de dos días de evolución. Una semana antes comienza tratamiento con naproxeno y ciclobenzaprina por cuadro de lumbalgia aguda. Asocia astenia y sensación de mareo inespecífico.

**Exploración y pruebas complementarias:** Temp 36.5 Cº, TA 147/89 mmHg, FC 89 lpm, SatO<sub>2</sub> 99 %. Consciente, orientada. Bien perfundida. Eupneica en reposo. AC: rítmica, sin soplos. AP: MVC. Abdomen: blando, sin megalias, no doloroso a la exploración. No edemas. No datos de TVP. Pruebas complementarias: Bioquímica general: creatinina 0.56 mg/dl, filtrado glomerular >90 ml/min/1,73m<sup>2</sup>, Na 138 mEq/l, K 3,8 mEq/l. Coagulación: TP 63 %, INR 1,38. Hematimetría: leucocitos 16.500/µL (segmentados 12.900/µl, linfocitos 2.000/µl), hemoglobina 7,9 g/dl, hematocrito 26,3 %, VCM 74 fL, HCM 24,5 pg, plaquetas 251.000/µl. Gastroscopia: En antro prepilórico se identifica una úlcera de unos 6-7 mm con fondo fibrinado. Se toman biopsias de úlcera y para H. pylori. Ulcus gástrico Forrest III. Evolución: en urgencias se administra bolo iv de IBP. Tras EDA se realiza ingreso en UARH para tratamiento y control de evolución. Debido a la anemia se transfunden dos concentrados de hemáties. Permanece hemodinámicamente estable y sin signos de sangrado digestivo activo por lo que es dada de alta. Vista posteriormente en consultas de Digestivo, no ha vuelto a presentar melenas, dolor abdominal, hematemesis ni manifestaciones de sangrado. En los resultados de Anatomía Patológica se evidencia gastritis activa H. Pylori positivo por lo que inicia tratamiento erradicador con bismuto + metronidazol + tetraciclina e IBP a doble dosis. Se repite gastroscopia para confirmar curación. Resulta normal.

**Juicio clínico:** Hemorragia digestiva alta secundaria a ingesta de AINEs. Ulcus antral Forrest III.

**Diagnóstico diferencial:** HDA varicosa vs no varicosa.

**Comentario final:** La hemorragia digestiva alta se localizada entre el esófago y el ángulo de Treitz. Clínicamente se manifiesta como hematemesis o melenas. Es fundamental una correcta anamnesis y exploración física para determinar la estabilidad hemodinámica del paciente, identificar factores de riesgo, gravedad del cuadro y posibles comorbilidades que puedan influir en el pronóstico. Su estudio incluirá hemograma, bioquímica con perfil hepático y coagulación. En cuanto a los datos

analíticos podemos encontrar hemoglobina en niveles normales ya que será a partir de las 24 horas cuando empiecen a disminuir. Además, se puede objetivar elevación de la urea con un ratio urea:creatinina de 100:1. La prueba diagnóstica de elección es la endoscopia digestiva que además tiene utilidad terapéutica y pronóstica. Debe realizarse en cuanto sea posible, una vez estabilizado el paciente. La SNG no debe usarse de forma sistemática sino en aquellos casos que planteen dudas o para facilitar la endoscopia.

## **Bibliografía**

-Laine L, Jensen DM. Management of patients with ulcer bleeding. Am J Gastroenterol 2012; 107(3):345-60.

-Gralnek IM, Dumonceau JM, Kuipers EJ, et al. Diagnosis and management of nonvariceal upper gastrointestinal hemorrhage: European Society of Gastrointestinal Endoscopy (ESGE) Guideline. Endoscopy 2015; 47:a1-a46.

-Cappell MS, Friedel D. Initial management of acute upper gastrointestinal bleeding: from initial evaluation up to gastrointestinal endoscopy. Med Clin North Am 2008; 92(3):491-509.