

# Optimización del tratamiento endoscópico de la hemorragia por úlcera péptica

JAUME BOADAS, JORDI ORTIZ Y MARTA PIQUERAS

Unitat de Digestologia. Consorci Sanitari de Terrassa. Terrassa. Barcelona. España.

*Calvet X, Vergara M, Brullet E, Gispert JP, Campo R. Addition of a second endoscopic treatment following epinephrine injection improves outcome in high-risk bleeding ulcers. Gastroenterology. 2004;126:441-50.*

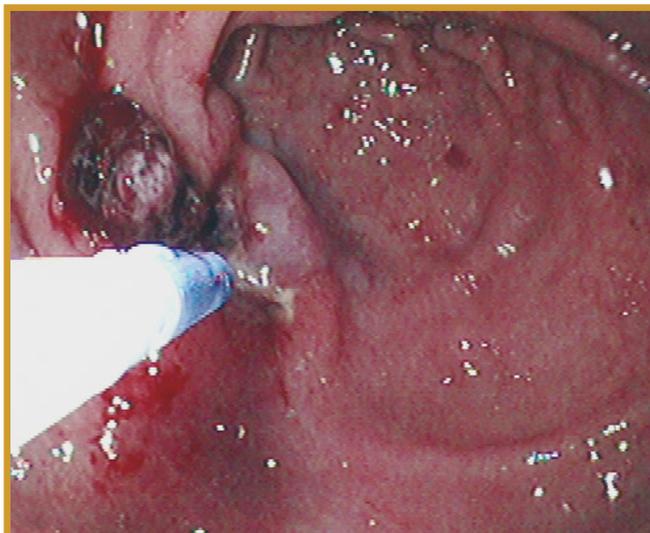
## Resumen

La endoscopia terapéutica reduce la recidiva hemorrágica, la necesidad de intervención quirúrgica, la morbimortalidad de los pacientes con úlcera péptica y hemorragia activa o vaso visible. Hay numerosas técnicas endoscópicas hemostáticas, aunque el método terapéutico más popular es la inyección con adrenalina. No hay acuerdo en las guías clínicas en cuanto a la necesidad de realizar un segundo tratamiento hemostático inmediatamente después de la inyección de adrenalina. Parece ser que éste podría reducir la recidiva hemorrágica pero no quedan claros sus efectos sobre la morbilidad, las necesidades de cirugía o la mortalidad.

El objetivo de este estudio<sup>1</sup> es realizar un metaanálisis donde se comparen la eficacia y seguridad de la inyección endoscópica con adrenalina sola frente a adrenalina y un segundo tratamiento endoscópico hemostático en los pacientes con hemorragia por úlcera péptica.

Se han seleccionado 16 estudios aleatorizados comparativos, que incluyen a 1.673 pacientes. La realización de un segundo tratamiento endoscópico reduce el fracaso terapéutico (persistencia/recidiva hemorrágica) del 18,4 al 10,6% (OR = 0,53; IC, 0,40-0,69), la cirugía urgente del 11,3 al 7,6% (OR = 0,64; IC, 0,46-0,90). La mortalidad disminuye del 5,1 al 2,6% (OR = 0,51; IC, 0,31-0,84). El análisis de subgrupos demuestra que el fracaso terapéutico de la hemorragia disminuye independientemente del tipo de segunda terapia utilizada, especialmente en los pacientes con alto riesgo (Forrest I) y en los que no se realiza una endoscopia de revisión programada.

Los autores concluyen que añadir un segundo tratamiento endoscópico después de la inyección de adrenalina para el tratamiento de la hemorragia por úlcera péptica, disminuye el fracaso terapéutico, la necesidad de intervención quirúrgica y la mortalidad de los pacientes con hemorragia por úlcera péptica.



## Puntos clave

- El tratamiento endoscópico combinado después de la inyección de adrenalina ha de considerarse la terapia estándar en los pacientes con úlcera péptica y hemorragia activa.
- El tratamiento endoscópico combinado en los pacientes con úlcera péptica y hemorragia activa reduce la recidiva hemorrágica, la intervención quirúrgica urgente y la mortalidad de la hemorragia por úlcera péptica respecto a la inyección de adrenalina sola.
- No se sabe cuál es el mejor tipo de tratamiento endoscópico hemostático que hay que añadir después de la inyección de adrenalina.
- El índice de complicaciones no es significativamente superior con el tratamiento endoscópico combinado respecto a la inyección de adrenalina sola.
- El beneficio del tratamiento endoscópico combinado, en pacientes con hemorragia por úlcera péptica, junto con dosis altas de IBP no está bien establecido, aunque de momento parece razonable usar esta combinación.

## Comentario

### Cambios en el tratamiento de la hemorragia por úlcera péptica

Las guías clínicas indican en general que no existe ninguna técnica superior a la inyección de adrenalina sola para el tratamiento de la hemorragia por úlcera péptica con hemorragia activa.

Los resultados de este metaanálisis sugieren claramente que la terapia combinada sería un tratamiento mejor y podría ser el tratamiento de elección para prevenir la recidiva hemorrágica, la cirugía urgente y la mortalidad.

Los beneficios del tratamiento combinado parecen ser más evidentes para prevenir la recidiva hemorrágica que para el control de la hemorragia inicial, que es igual en los dos grupos. Asimismo, la mejoría del pronóstico resulta más evidente en los pacientes de alto riesgo –hemorragia activa (Forrest I)– o cuando no se realiza la endoscopia de revisión.

Este estudio no permite demostrar de forma significativa que la eficacia del tratamiento combinado sea superior a la inyección de adrenalina sola en los pacientes Forrest II o vaso visible, porque al ser el riesgo de recidiva menor se necesita una muestra superior a la que se dispone en este metaanálisis.

El temor a aumentar las complicaciones utilizando dos tratamientos combinados respecto a la inyección de adrenalina sola no parece justificado.

### Limitaciones clínicas del metaanálisis

La eficacia del segundo tratamiento, tanto de inyección como mecánico o térmico es similar para el control de la hemorragia inicial por úlcera péptica, aunque esta afirmación ha de ser tomada con mucha cautela, ya que no puede indicarse cuál es el mejor tratamiento para combinar con la inyección de adrenalina. Esto limita la aplicación clínica de la terapia combinada y deja abierta la posibilidad de utilizar cualquiera de ellos, según la disponibilidad técnica de cada centro. Por tanto, quedaría pendiente la realización de estudios en que se compararan distintos tipos de terapia a añadir a la inyección de adrenalina.

Otra limitación del estudio es la influencia del tratamiento farmacológico en el control de la hemorragia. Únicamente un estudio de Lin et al<sup>2</sup> utiliza las dosis de inhibidores de la bomba

de protones (IBP) que se recomiendan en la actualidad<sup>3</sup> para la hemorragia por úlcera péptica.

La evidencia sugiere que el uso de IBP reduce el riesgo de recidiva hemorrágica<sup>4</sup>, por lo que parece razonable analizar el impacto en la eficacia del tratamiento farmacológico utilizado actualmente. Obviamente, la asociación del tratamiento endoscópico combinado y el farmacológico no es perjudicial ni disminuye la eficacia, pero sí habría que conocer su coste-efectividad. Sería necesario investigar si dosis altas de IBP frente a un segundo tratamiento endoscópico son igual de eficaces.

Otro hecho discutido es si la endoscopia de revisión es útil o no. Aunque parece reducir la recidiva hemorrágica, no disminuye ni la cirugía urgente ni la mortalidad. Su eficacia es similar a la del tratamiento combinado, por lo cual su realización sistemática no parece justificada.

### Limitaciones metodológicas del metaanálisis

Este estudio reúne todas las características que como mínimo ha de tener todo metaanálisis<sup>5</sup> y será útil para homogeneizar estudios de tratamiento endoscópico en hemorragia por úlcera péptica en un futuro y reduce la incertidumbre sobre el tratamiento combinado y orientando a futuros trabajos de investigación.

Hay dos situaciones interesantes donde este metaanálisis no encuentra significación estadística (probablemente porque se necesita una muestra más amplia). En primer lugar, en los casos Forrest IIa (vaso visible), donde el tratamiento combinado no evita la persistencia ni la recidiva hemorrágica. En segundo lugar, la mortalidad de la hemorragia por úlcera péptica tampoco se redujo utilizando el tratamiento combinado (térmico o mecánico), respecto a la utilización de la inyección de adrenalina sola. En conclusión, añadir un segundo tratamiento endoscópico a la inyección de adrenalina sola disminuye la recidiva hemorrágica en la hemorragia activa por úlcera péptica, las necesidades de cirugía urgente y la mortalidad. No puede establecerse todavía cuál es el segundo tratamiento hemostático de elección después de la inyección de adrenalina. Finalmente, con los resultados de este metaanálisis, la terapia combinada debería considerarse, por el momento, la terapia estándar en el tratamiento de la hemorragia por úlcera péptica.

## Bibliografía



1. Calvet X, Vergara M, Brullet E, Gispert JP, Campo R. Addition of a second endoscopic treatment following epinephrine injection improves outcome in high-risk bleeding ulcers. *Gastroenterology*. 2004;126:441-50.
2. Lin HJ, Tseng GY, Perng CL, Lee FY, Chang FY, Lee SD. Comparison of adrenaline injection and bipolar electrocoagulation for the arrest of peptic ulcer bleeding. *Gut*. 1999;44:715-9.

3. Feu F, Brullet E, Calvet X, Fernandez-Llamazares J, Guardiola J, Moreno P, et al. Guidelines for the diagnosis and treatment of acute non-variceal upper gastrointestinal bleeding. *Gastroenterol Hepatol*. 2003;26:70-85.
4. Gisbert JP, González L, Calvet X, Roque M, Gabriel R, Pajares JM. Protom pump inhibitors versus H2-antagonists; a meta-analysis of their efficacy in treating bleeding peptic ulcer. *Alimen Pharmacol Ther*. 2001;15:917-26.
5. Gispert JP, Bonfill X. ¿Cómo realizar, evaluar y utilizar revisiones sistemáticas y metaanálisis? *Gastroenterol Hepatol*. 2004;27:129-49.