



1^{er} Curso de Formación en Endoscopia Básica para Residentes

Organiza:



FEAD
FUNDACIÓN ESPAÑOLA
DEL APARATO DIGESTIVO

Con el aval científico:



SEPD
SOCIEDAD ESPAÑOLA
DE PATOLOGÍA DIGESTIVA

Panendoscopia oral

Algoritmo diagnóstico:

Autores:

Manejo de la hemorragia digestiva alta varicosa y no varicosa

Dr. Alejandro Viejo Almanzor y Dr. Claudio Rodríguez Ramos

Hospital Puerta del Mar, Cádiz

Programa

- Clases magistrales

- Anatomía normal gástrica, descripción del procedimiento, indicaciones y criterios de calidad de la gastroscopia. Dr. Juan Martín
- Patología péptica y asociada (diagnóstico endoscópico) Dr. Francisco García
 - Esofagitis péptica, hernia hiatal y estenosis
 - Úlcera gastroduodenal y helicobacter pylori
 - Estómago post-quirúrgico
- Patología asociada a hipertensión portal y vascular, infecciosa, y miscelánea (diagnóstico endoscópico) Dra. María Muñoz
 - Esófago (Varices esofágicas y gástricas, Esofagitis infecciosas)
 - Estómago (Gastropatía HTP, GAVE, Dieulafoy, Pólipos gástricos)
- Patología neoplásica: (diagnóstico endoscópico) Dr. Fco. Manuel Fernández
Dra. M^a Ángeles Romero
 - Esófago (Carcinoma epidermoide, Esófago de Barrett y AdenoCarcinoma, Otras lesiones)
 - Estómago (Adenoma, Adenocarcinoma, Linfoma MALT, Otras lesiones)
 - Duodeno (Adenoma, Adenocarcinoma)

- Seminario

- Endoscopia alta en urgencias: indicaciones y manejo
 - HDA
 - Cáusticos
 - Cuerpos extraños

Dra. Carmen Molina
Dr. Juan A. Vázquez

- Casos clínicos

- Caso clínico 1
- Caso clínico 2

Dr. Francisco Gallego
Dr. Alberto Marqués

- Píldora

- Esofagitis eosinofílica: aproximación diagnóstica y terapéutica

Dr. Fco. Manuel Fernández
Dra. M^a Ángeles Romero

- Algoritmo diagnóstico

- Manejo de la hemorragia digestiva alta varicosa y no varicosa

Dr. Alejandro Viejo
Dr. Claudio Rodríguez

- Aspectos clínicos relevantes que precisan investigación posterior

- ¿Cribado poblacional de neoplasias del TGI superior en Occidente?

Dra. Leticia Mongil
Dra. Isabel Pinazo

- Test de autoevaluación

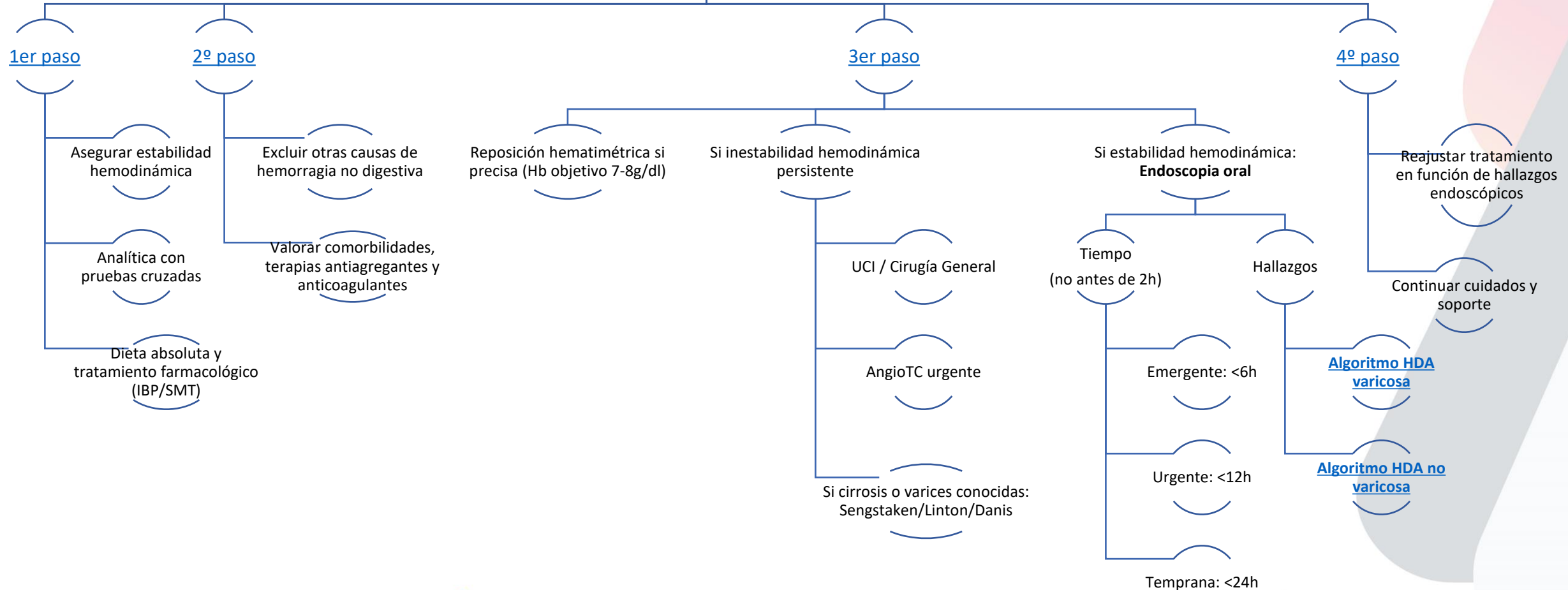
Conflicto de interés

- Los autores no presentan conflictos de interés

HDA manifiesta (melenas/hematemesis)

Sospecha de HDA (vómitos oscuros/heces oscuras/etc.)

Considerar como HDA hasta descartarla




Algoritmo general de manejo de la HDA

- Toda sospecha de HDA debe ser manejada como HDA hasta que se descarte.
- HDA manifiesta (melenas/hematemesis)
 - 1er paso
 - Estabilidad hemodinámica
 - Analítica con pruebas cruzadas
 - Dieta absoluta y tratamiento farmacológico (IBP/SMT)
 - 2º paso
 - Excluir otras causas de hemorragia no digestiva
 - Valorar comorbilidades, terapias antiagregantes y anticoagulantes
 - 3er paso
 - Reposición hematimétrica en función de resultados analíticos (Hb objetivo: 7-8g/dl)
 - En caso de inestabilidad mantenida: angioTC +/- Sengstaken/Linton/Danis
 - UCI / Cirugía General
 - Endoscopia oral
 - Tiempos
 - Algoritmos HDA varicosa / no varicosa según hallazgos
 - 4º paso
 - Mantener tratamiento farmacológico según hallazgos endoscópicos (retirar el que proceda)
 - Continuar cuidados y soporte

Manejo general de la HDA – paso 1

- El primer paso siempre debe estar focalizado en la **resucitación hemodinámica** del paciente
 - Monitorización cardiaca, toma de constantes (tensión arterial, frecuencia cardiaca, saturación de oxígeno) y canalización de dos vías periféricas
 - Reposición de volumen con cristaloides o coloides, en función de la situación hemodinámica
 - Valorar intubación orotraqueal si hematemesis masiva y/o bajo nivel de consciencia.
- Se deben extraer **analíticas sanguíneas** con pruebas cruzadas, incluyendo hemograma, perfil renal, perfil hepático, gasometría venosa y estudio de coagulación
- El paciente debe permanecer en **dieta absoluta**
- Comenzar **tratamiento específico** (inhibidores de la bomba de protones y somatostatina/terlipresina: bolo + perfusión)
 - Paciente no conocido, sin acceso a historial, imposibilidad de realizar buena anamnesis o ante la duda: **Doble terapia**
 - OMP 80mg seguido de OMP 100mg/12h en perfusión
 - SMT 250mcg seguidos de SMT 6mg/12h en perfusión (alternativa: TLP 1-2mg iv cada 4-6h)
 - Paciente cirrótico conocido o sospecha de hepatopatía: **Doble terapia y añadir profilaxis antibiótica** (ceftriaxona 1g iv)
 - Paciente sin sospecha clínica ni analítica de hepatopatía, y con antecedente de ingesta de AINEs (sospecha de HDA no varicosa): **IBP monoterapia**

Manejo general de la HDA – paso 2

- Una vez tomadas las medidas de resucitación iniciales, debemos **excluir otras causas de sangrado no digestivo**
 - Descartar cuadros de **obstrucción intestinal** en pacientes con “vómitos oscuros” que puedan haber sido confundidos con vómitos en posos de café
 - Rx de Tórax y Abdomen
 - Descartar **hemorragia del área ORL** que puedan simular hematemesis o melenas tras deglución de la sangre originada a dicho nivel
 - Exploración física y anamnesis
- Terapia antiagregante (HDANV)
 - Ver [algoritmo guía ESGE](#) 
- Terapia anticoagulante (HDANV)
 - Ver [algoritmo guía ESGE](#)

Acute UGIH in a patient taking antiplatelet agent/s (APA/s)

Upper GI endoscopy demonstrates nonvariceal source of hemorrhage, e.g. peptic ulcer

High risk endoscopic stigmata diagnosed
(Fla, Fib, FIIa, FIIB – active spurting/oozing bleeding, nonbleeding visible ulcer, adherent clot)

Low dose aspirin used for **primary** prophylaxis

- (a) Continue to withhold low dose aspirin
- (b) Resume low dose aspirin after careful re-evaluation of its clinical indication

APA* used for **secondary** prophylaxis (known cardiovascular disease)

- 1 Patient on low dose aspirin alone
 - (a) Continue low dose aspirin without interruption
 - (b) If aspirin has been interrupted, resume within 3–5 days
 - (c) Second-look endoscopy should be at the discretion of the endoscopist, prior to restarting aspirin
- 2 Patient on dual antiplatelet therapy (DAPT)
 - (a) Continue low dose aspirin without interruption
 - (b) The second APA should be restarted as soon as possible, preferably within 5 days. Cardiology consultation regarding timing of restarting second APA is suggested
 - (c) Second-look endoscopy should be at the discretion of the endoscopist, prior to restarting second APA

Endoscopic diagnosis and management of nonvariceal upper gastrointestinal hemorrhage (NVUGIH): European Society of Gastrointestinal Endoscopy (ESGE) Guideline – Update 2021



Acute UGIH in a patient taking APA(s)

UGI endoscopy demonstrates nonvariceal source of hemorrhage, e.g. peptic ulcer

Low risk endoscopic stigmata diagnosed
(FIIC, FIIL – flat pigmented spot, clean-base ulcer)

Low dose aspirin used for **primary** prophylaxis

- (a) Continue to withhold low dose aspirin
- (b) Resume low dose aspirin after careful re-evaluation of its clinical indication

APA* used for **secondary** prophylaxis (known cardiovascular disease)

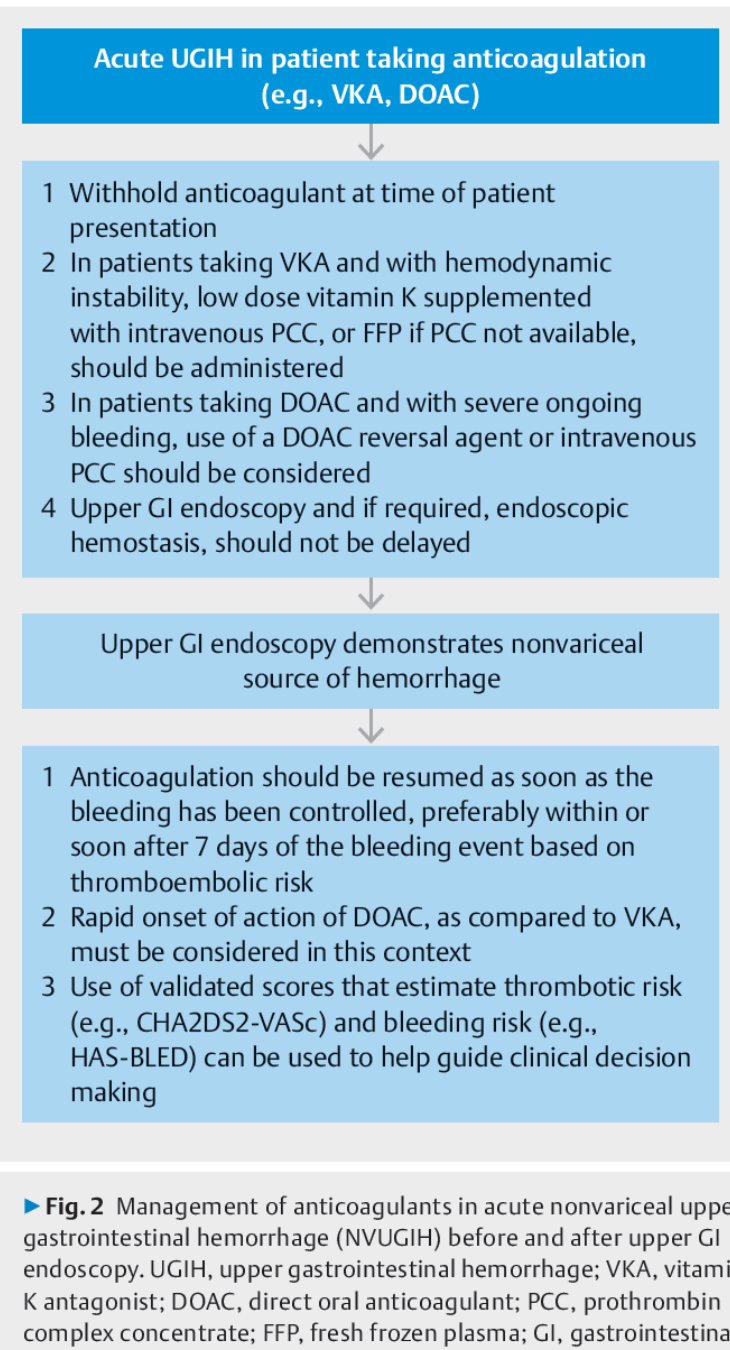
- 1 Patient on low dose aspirin alone
 - (a) Continue low dose aspirin without interruption
- 2 Patient on dual antiplatelet therapy (DAPT)
 - (a) Continue DAPT without interruption

b

► Fig. 1 Management of antiplatelet therapy in patients with acute nonvariceal upper gastrointestinal hemorrhage (NVUGIH) with **a** high risk, and **b** low risk stigmata, diagnosed at endoscopy. *In patients using a nonaspirin antiplatelet agent (APA) as monotherapy (e.g. thienopyridine alone), low dose aspirin may be substituted for an interval period provided there is no contraindication or allergy to aspirin. Cardiology consultation is suggested for further APA recommendations. UGIH, upper gastrointestinal hemorrhage.



Endoscopic diagnosis and management of nonvariceal upper gastrointestinal hemorrhage (NVUGIH): European Society of Gastrointestinal Endoscopy (ESGE) Guideline – Update 2021



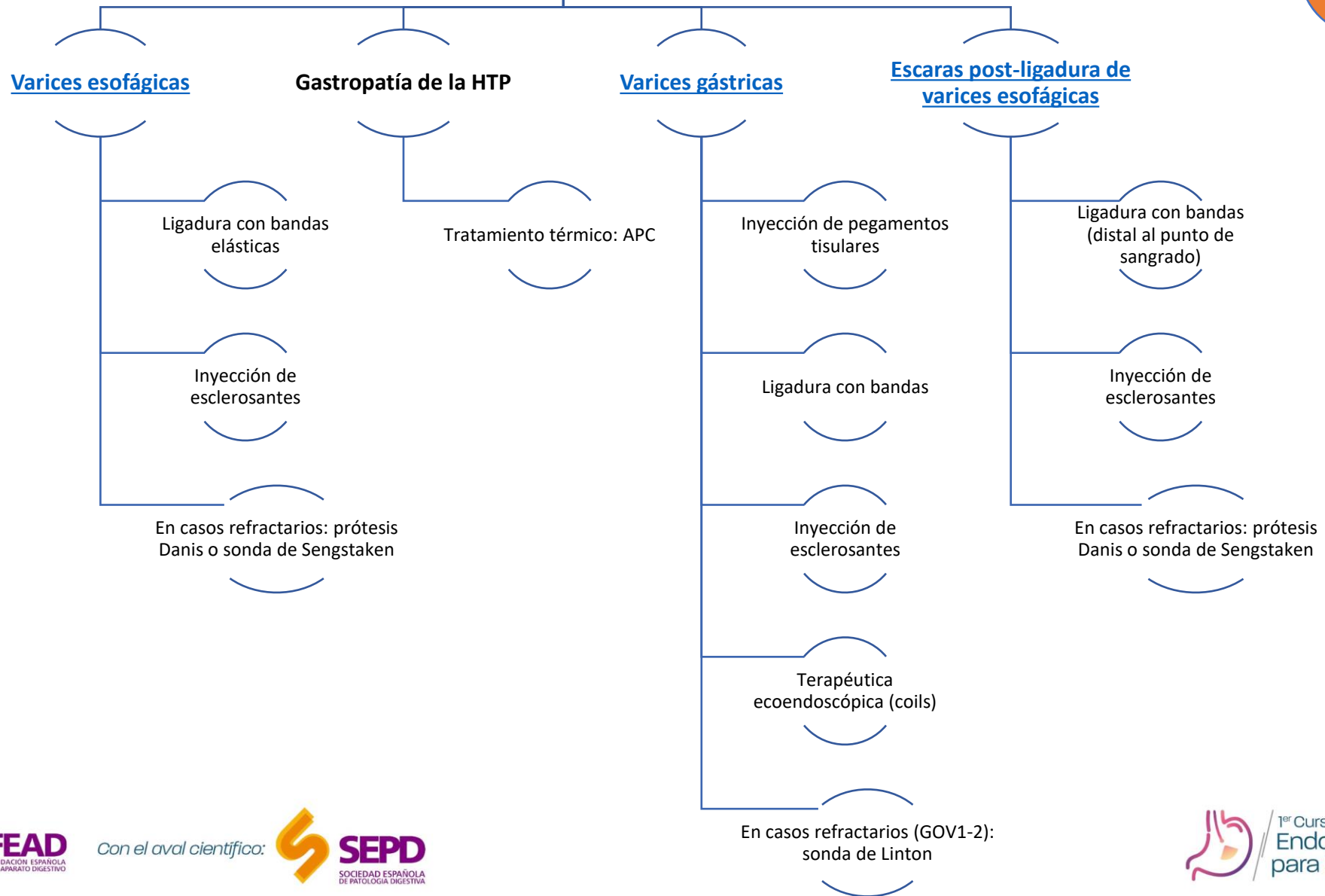
Manejo general de la HDA – paso 3

- Reponer con concentrados de hematíes de forma restrictiva: • Valorar la **realización de una endoscopia oral**
 - Hb objetivo 7-9 g/dl**
 - NO TRANSFUNDIR si la Hb es mayor de 8g/dl, salvo en caso de hemorragia masiva exanguinante
 - En caso de inestabilidad hemodinámica persistente, valorar:
 - Contactar con UCI y/o Cirugía General
 - Realización de AngioTC urgente
 - Colocar prótesis Danis/sonda de Sengstaken si antecedente conocido de varices esofágicas
 - Colocar sonda de Linton si antecedente conocido de varices esofagogástricas
 - Contactar con UCI y/o Cirugía General
- Habitualmente no antes de 2h desde el ingreso del paciente
- Tiempos para la realización de la endoscopia oral
 - **Emergente:** antes de 6h
 - HDA con shock hemodinámico refractario
 - **Urgente:** antes de 12h
 - HDA en paciente con cirrosis hepática o con shock hemodinámico (recuperado)
 - **Temprana:** antes de 24h
 - HDA sin inestabilidad hemodinámica
- Premedicación: eritromicina 250mg iv 30 minutos antes de la técnica
 - En caso de hematemesis recurrente y/o cirrosis hepática conocida
 - Contraindicado si antecedente de QT largo

Manejo general de la HDA – paso 4

- Tras la realización de la endoscopia y la terapéutica endoscópica, debemos continuar el soporte y vigilancia hemodinámica del paciente:
- En caso de **HDA no varicosa**
 - Con terapéutica endoscópica eficaz: retirar la perfusión de SMT y mantener perfusión de IBP durante 72h.
 - Alternativa: bolo iv de OMP 80mg cada 12h
 - Si la terapéutica no ha sido eficaz:
 - Valorar terapia endovascular: Radiología intervencionista
 - Valorar necesidad de Cirugía
 - Valorar repetir gastroscopia pasadas unas horas por endoscopista con mayor experiencia
- En caso de **HDA varicosa**
 - Con terapéutica endoscópica eficaz: retirar la perfusión de IBP y mantener SMT/TLP durante 5 días
 - Si la terapéutica no ha sido eficaz:
 - Valorar aumentar la dosis de fármacos vasoactivos (somatostatina o terlipresina)
 - Valorar si el paciente es candidato a TIPS preventivo
 - Valorar terapias de rescate: prótesis Danis, sonda de Sengstaken o Linton
 - Tratamientos endo-vasculares como BRTO (obliteración retrógrada con balón)
 - Valorar repetir gastroscopia pasadas unas horas por endoscopista con mayor experiencia

HDA varicosa: terapéutica endoscópica



Valorar TIPS

Preventivo, en pacientes Child-Pugh B o C

Si HDA refractaria a tratamiento médico + endoscópico

Manejo endoscópico de la HDA varicosa

- **Varices esofágicas**

- Ligadura con bandas elásticas
- Inyección de esclerosantes
- En casos refractarios: prótesis Danis o sonda de Sengstaken

- **Varices gástricas**

- Inyección de pegamentos tisulares (IGV y GOV1-2)
- Ligadura con bandas (GOV1)
- Inyección de esclerosantes
- Terapéutica ecoendoscópica (coils)
- En casos refractarios (GOV1-2): sonda de Linton

- **Gastropatía de la HTP**

- Tratamiento térmico: APC

- **Escaras post-ligadura de varices esofágicas**

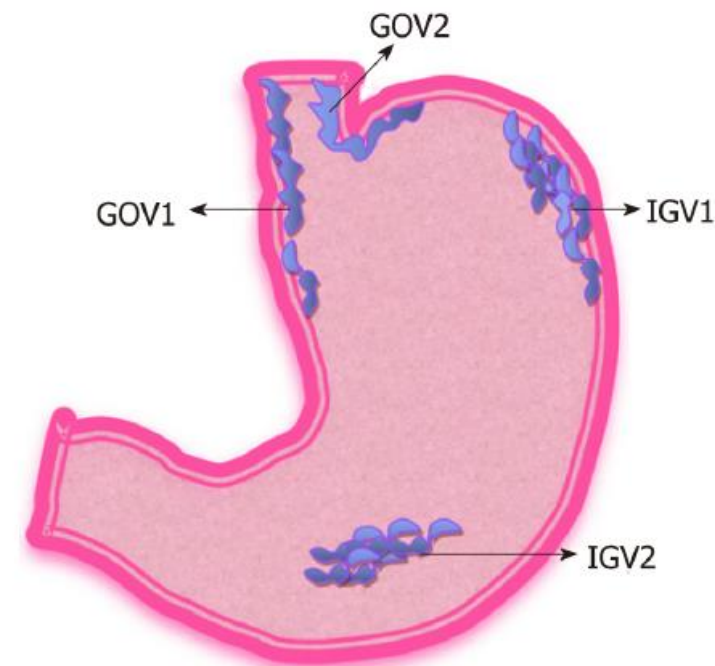
- Ligadura con bandas (distal al punto de sangrado)
- Inyección de esclerosantes
- En casos refractarios: prótesis Danis o sonda de Sengstaken

Varices esofágicas

- El manejo de estos pacientes va dirigido a controlar el sangrado, prevenir el resangrado precoz y la mortalidad a 6 semanas.
- La ligadura con bandas elásticas es el tratamiento de elección.
 - Dada la fisiopatología de la circulación colateral, se realizará preferentemente en esófago distal.
 - Evitar si es posible colocar bandas elásticas en esófago cervical para evitar dolor retroesternal
- Alternativa: inyección de esclerosantes
 - Etoxiesclerol 2%
 - Etanolamina

Varices gástricas

- Presentes en hasta el 20% de pacientes cirróticos.
- Clasificación de Sarin
 - Esofagogástricas tipo 1 y 2 (GOV 1-2)
 - Gástricas aisladas tipo 1 y 2 (IGV 1-2)
- Tratamiento de elección:
 - GOV1: inyección de pegamentos tisulares
 - Cianocrilato o Pegamentos de fibrina
 - GOV2, IGV1: Valorar tratamiento directo con TIPS
 - Inyección de pegamentos tisulares como puente a tratamiento definitivo
- Alternativa: ligadura con bandas
 - Sólo en GOV1
 - De pequeño calibre para asegurar la ligadura completa de la variz
 - Mayor tasa de resangrados que pegamentos tisulares



Boregowda U *et al.* Gastrointestinal varices management

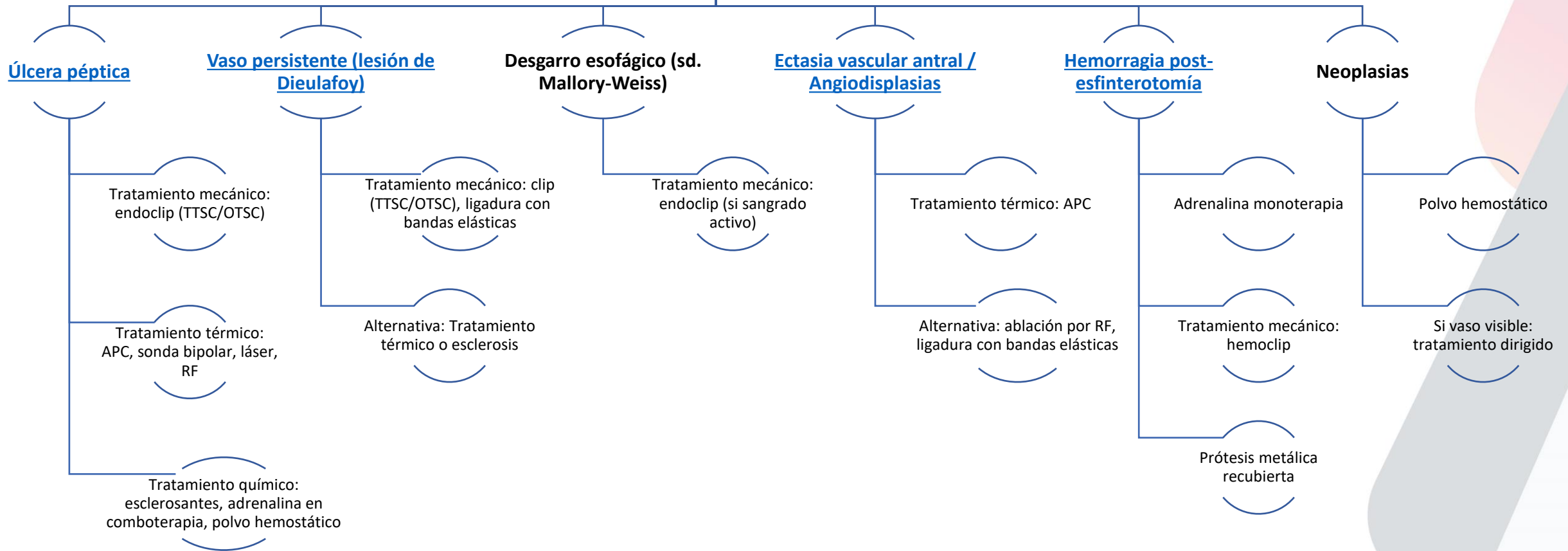
Escaras postligaduras de varices esofágicas

- Situación de alto riesgo vital, con manejo endoscópico complejo.
- Hay que optimizar el tratamiento médico, intensificando la dosis de Somatostatina o Terlipresina
- Desde el punto de vista endoscópico:
 - Realizar una ligadura con bandas distal al punto de sangrado
 - Inyección de esclerosantes en el punto de sangrado
- Alternativa: colocación de prótesis Danis
 - Sonda de Sengstaken
- Valorar colocación de TIPS

TIPS

- Derivación transyugular intrahepática portosistémica
- **TIPS preventivo** (<72h desde el momento de la HDA)
 - Disminuye la recurrencia del sangrado y la mortalidad en pacientes seleccionados
 - Cirrosis hepática Child-Pugh C 10-13
 - Cirrosis hepática Child-Pugh B con sangrado activo en la endoscopia a pesar de tratamiento vasoactivo
 - Una vez colocado de forma satisfactoria, se puede retirar el tratamiento vasoactivo y no se precisarán nuevas sesiones de ligadura con bandas elásticas ni tratamiento con B-bloqueantes.
- TIPS como **terapia de rescate**
 - Pacientes con HDA varicosa (esofágicas) recurrente a pesar de tratamiento médico y endoscópico
 - Pacientes con HDA varicosa (gástricas) en los que no se ha podido realizar tratamiento endoscópico satisfactorio
- TIPS como **prevención del resangrado**
 - Pacientes recuperados tras HDA varicosa (GOV2, IGV1)

HDA no varicosa: terapéutica endoscópica



Manejo endoscópico de la HDA no varicosa

• Úlcera gástrica / duodenal

- Tratamiento mecánico: endoclip (TTSC/OTSC)
- Tratamiento térmico: APC, sonda bipolar, terapia láser, ablación por Radiofrecuencia
- Tratamiento químico: esclerosantes, adrenalina, polvo hemostático

• Vaso persistente (lesión de Dieulafoy)

- Tratamiento mecánico: clip (TTSC/OTSC), ligadura con bandas elásticas
- Tratamiento térmico: APC, sonda bipolar
- Tratamiento químico: esclerosantes

• Desgarro esofágico (sd. Mallory-Weiss)

- Tratamiento mecánico: hemoclip

• Ectasia vascular antral / Angiodisplasias

- Tratamiento térmico: APC
- Alternativa (afectación extensa): ablación por RF o sesiones ligadura con bandas elásticas

• Hemorragia post-esfinterotomía

- Inyección de Adrenalina
- Tratamiento mecánico: hemoclip
- Colocación de prótesis metálica recubierta

• Neoplasias

- Polvo hemostático
- Si vaso visible: tratamiento dirigido

Úlcera péptica

- Es la lesión que más frecuentemente causa HDA no varicosa
- El tratamiento dependerá de la clasificación de Forrest
 - **Ia, Ib y IIa requieren tratamiento**
 - Métodos disponibles:
 - Agentes inyectables: adrenalina, esclerosantes
 - Terapia mecánica: endoclips y ligadura con bandas
 - Terapia térmica: sonda bipolar/fórceps hemostáticos, argón plasma, terapia láser o ablación por radiofrecuencia
 - Esclerosantes, terapia mecánica y térmica son comparables.
 - La adrenalina siempre debe aplicarse con una segunda terapia.
 - Hemospray puede ser útil en sangrados masivos para control inicial y mejorar el campo visual.
 - **OTSC útil en úlceras de gran tamaño (hasta 4-5cm)**
 - **IIb: retirar el coágulo y valorar necesidad de tratamiento**
 - En caso de no poder retirarlo: no tratar o inyección de Adrenalina en la base
 - **IIc y III: no requieren tratamiento endoscópico**
 - En casos refractarios, valorar terapia endovascular o cirugía.

Malformaciones vasculares

• Lesión de Dieulafoy

- De elección: terapia mecánica
 - Endoclips
 - Ligadura con bandas elásticas
- El sistema OTSC puede ser un tratamiento de rescate
- En caso de refractariedad al tratamiento endoscópico: valorar terapia endovascular

• Angiodisplasias y Ectasia vascular antral

- De elección: terapia térmica mediante ablación con gas argón (APC)
- En caso de afectación extensa
 - Ablación por radiofrecuencia
 - Ligaduras con bandas elásticas seriadas
 - Sesiones repetidas de APC

Hemorragia post-esfinterotomía

- Tiene una incidencia del 0.8-2%
- Para su **abordaje** utilizaremos un duodenoscopio de visión lateral
 - Alternativa: gastroscopio frontal con capuchón
- **Tratamientos:**
 - Inyección de adrenalina diluida 1:10.000 en la raíz de la esfinterotomía en monoterapia suele ser eficaz y suficiente.
 - En casos de visualización del vaso sangrante se pueden colocar endoclips, evitando ocluir el conducto biliar o pancreático.
 - Alternativa: endoprótesis biliar autoexpandible metálica recubierta temporal (4-8 semanas)
 - En casos refractarios: terapia endovascular o cirugía

Bibliografía

- Gralnek Ian M, et al. **Endoscopic diagnosis and management of nonvariceal upper gastrointestinal hemorrhage (NVUGIH): European Society of Gastrointestinal Endoscopy (ESGE) Guideline –Update 2021.** Endoscopy 2021.
- Boregowda U, et al. **Update on the management of gastrointestinal varices.** World J Gastrointest Pharmacol Ther. 2019
- García-Tsao G, et al. **Portal Hypertensive Bleeding in Cirrhosis: Risk Stratification, Diagnosis, and Management: 2016 Practice Guidance by the American Association for the Study of Liver Diseases.** Hepatology 2017
- Franchis B, on behalf of the Baveno VI Faculty. **Expanding consensus in portal hypertension Report of the Baveno VI Consensus Workshop: Stratifying risk and individualizing care for portal hypertension.** J Hepatol 2015.
- Tripathi D, et al. **UK guidelines on the management of variceal haemorrhage in cirrhotic patients.** Gut 2015

