



■ REPORTE DE CASO

<https://doi.org/10.18004/rvspmi/2312-3893/2026.e13142616>

Paciente con hemorragia digestiva alta con repercusión hemodinámica

Patient with upper gastrointestinal bleeding with hemodynamic repercussions

Mirian Raquel Franco Barrios ¹ , Viviana Milagros Irala Irala ¹ ,
Juliana Acevedo ¹ , Emilio José Escobar Álvarez ¹ , Ángel Matías Aranda Cano ¹ ,
Mercedes Lucía Caballero Caballero ¹ , Elías Nicolás Cabrera Burgos ¹ ,
Cristian Ismael Recalde Llano ¹

¹ Universidad Privada del Este. Facultad de Medicina. Asunción, Paraguay

Editor responsable: Raúl Real Delor. Universidad Nacional de Asunción, Paraguay.

Revisor: Dr. Guillermo Insfrán Méndez. Universidad del Pacífico. Facultad de Ciencias Médicas. Asunción, Paraguay.

Cómo referenciar este artículo: Franco Barrios MR, Irala Irala VM, Acevedo J, Escobar Álvarez EJ, Aranda Cano AM, Caballero Caballero ML, Cabrera Burgos EN, Recalde Llano CI. Paciente con hemorragia digestiva alta con repercusión hemodinámica. Rev. virtual Soc. Parag. Med. Int. 2026; 13 (1): e13142616

RESUMEN

La hemorragia digestiva alta puede presentarse como una emergencia médico-quirúrgica que debe ser tratada precozmente por su alta morbimortalidad. Incluye al sangrado del esófago, estómago o del duodeno proximal. Las causas habituales son la úlcera péptica, la esofagitis, las várices esofágicas y la gastritis.

Se presenta caso de varón de 70 años que consulta por epigastralgia y melena. La endoscopia digestiva detectó úlcera péptica y debido al mal estado hemodinámico requirió múltiples transfusiones. La biopsia confirmó *H. pylori*.

Artículo recibido: 22 noviembre 2025

Artículo aceptado: 14 febrero 2026

Autor correspondiente:

Dra. Mirian Raquel Franco Barrios

Correo electrónico: francoraquel769@gmail.com

Dictamen:

https://www.revistaspmi.org.py/dictamenes/2026/79_26_dictamen.pdf

Este es un artículo publicado en acceso abierto bajo una Licencia Creative Commons CC-BY 4.0

Palabras claves: hemorragia gastro-intestinal, úlcera duodenal, úlcera péptica, *Helicobacter pylori*, choque hemorrágico

ABSTRACT

Upper gastrointestinal bleeding can present as a medical-surgical emergency that must be treated early due to its high morbidity and mortality rates. It includes bleeding from the esophagus, stomach, or proximal duodenum. Common causes are peptic ulcer, esophagitis, esophageal varices, and gastritis.

We present the case of a 70-year-old man who consulted for epigastric pain and melena. Digestive endoscopy detected a peptic ulcer, and due to his poor hemodynamic status, he required multiple transfusions. Biopsy confirmed *H. pylori*.

Keywords: gastrointestinal bleeding, duodenal ulcer, peptic ulcer, *Helicobacter pylori*, hemorrhagic shock

INTRODUCCIÓN

La hemorragia digestiva alta es un sangrado que proviene del esófago, el estómago o la primera parte del intestino delgado. Se manifiesta principalmente como hematemesis, melena o hematoculia, con o sin repercusión hemodinámica según la cuantía de la hemorragia. Las causas más comunes incluyen úlceras pépticas y varices esofágicas, y su manejo requiere reanimación temprana y una endoscopia urgente para diagnóstico y tratamiento ⁽¹⁾.

La infección por *Helicobacter pylori* y el uso de medicamentos antiinflamatorios no esteroides, incluida la aspirina en dosis bajas, son causas importantes de úlceras pépticas, aunque las tasas de infección por HP están disminuyendo año tras año, sobre todo en países desarrollados ⁽²⁾.

Se presenta caso de varón adulto que consultó por hemorragia digestiva alta en el postoperatorio de una prostatectomía.

REPORTE DEL CASO

Varón de 70 años, procedente de Emboscada, Paraguay, jubilado, consulta al Hospital Militar de Asunción por epigastralgia y melena. Refiere cuadro de dolor abdominal de 4 días de evolución, localizado en la región epigástrica, de inicio insidioso y caracterizado por un dolor tipo puntada de intensidad moderada, que se ha exacerbado en las últimas horas. El dolor irradia hacia ambos hipocondrios y la región interescapular. Se acompaña de náuseas, sin vómitos. En las últimas 48 horas se percató de deposiciones negruzcas, fétidas y de moderada cantidad. Además, refiere palidez cutáneo-mucosa, sensación de desmayo y palpitaciones. Niega fiebre u otros síntomas acompañantes. No refiere cuadro similar anterior.

Conocido portador de hipertensión arterial y diabetes mellitus tipo 2 en tratamiento regular. Fue sometido a prostatectomía radical hace una semana, se desconoce el tratamiento recibido en el postoperatorio. Era fumador de 20 cigarros/día hasta hace 30 años. Niega etilismo.

Ingresa a la urgencia vigil, con presión arterial 110/60 mmHg, 20 respiraciones/min, pulso 90/min, afebril. En el examen físico llama la atención la palidez cutáneomucosa. En abdomen se observa cicatriz mediana infraumbilical, es blando, depresible, doloroso a la palpación profunda en epigastrio e hipocondrio derecho, sin signos de irritación peritoneal, ruidos hidroaéreos normales. No hay visceromegalia y con tacto rectal se extraen heces negruzcas. Resto del examen físico es normal.

Se plantearon los diagnósticos de hemorragia digestiva alta con repercusión hemodinámica, síndrome doloroso en epigastrio, hipertensión arterial, diabetes mellitus tipo 2, post operado reciente de prostatectomía. El laboratorio de urgencia mostró una hemoglobina de 8,5 g/dL, hematocrito 24%, leucocitos 13.800/mm³, urea 125 mg/dL, creatinina 1,16 mg/dL, glucemia 120 mg/dL, tiempo protrombina 85%, plaquetas 180.000/mm³, hepatograma normal, amilasa 1.361 U/L y lipasa 2.647 U/L.

Fue sometido a ecografía abdominal que no informó hallazgos significativos, incluyendo páncreas normal. Teniendo en cuenta el resultado de laboratorio de ingreso y su estado hemodinámico recibió transfusión de 2 volúmenes de glóbulos rojos concentrados y fu sometido a endoscopia digestiva alta de urgencia previa transfusión de otros 2 volúmenes.

La endoscopia mostró esofagitis grado A de los Ángeles y una úlcera de gran tamaño en la primera porción del duodeno, con sangrado en babeo, abundante fibrosis en la base y coágulos que se remueven con lavado. Si bien no se identificó vaso sangrante, se procedió a inyección de adrenalina (1:10.000) próximo a los coágulos. El diagnóstico final fue de úlcera duodenal Forrest IIa (figura 1)

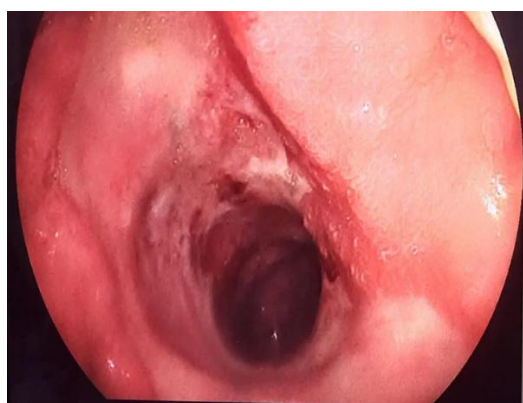


Figura 1. Úlcera duodenal sangrante Forrest IIa (publicación de la foto autorizada por el paciente)

Antes los hallazgos en el primer procedimiento y el empeoramiento hemodinámico del paciente, fue sometido a una segunda endoscopia digestiva alta, con infiltración de adrenalina diluida. Además, en la 2° porción duodenal se observaron otras lesiones ulceradas pequeñas, no sangrantes, que se biopsian. Recibió un 5° volumen de glóbulos rojos.

El paciente evolucionó satisfactoriamente, mantuvo hemodinamia estable. La hemoglobina de control fue 10,2 g/dL. Antes del alta retornó el informe de anatomía patológica: úlceras duodenales, *H. pylori* positivo. Por ese hallazgo fue tratado con lanzoprazol, amoxicilina y claritromicina según protocolo. Se desconoce la evolución del seguimiento ambulatorio de este paciente.

DISCUSION

La historia breve, pero intempestiva, de este paciente debe plantear al internista la posibilidad de que esta situación de riesgo de vida pudo haberse evitado. La historia actual empezó con la planeación de una prostatectomía electiva. Desconocemos si en el postoperatorio recibió antiinflamatorios e inhibidores de la acidez gástrica. Esa cirugía, tan cercana al inicio de su hemorragia digestiva, ¿podría haber desencadenado una úlcera de estrés sangrante en un sujeto portador de *H. pylori*? ¿Se pudo haber evitado este riesgo hemorrágico con la detección rutinaria y tratamiento oportuno de la infección por *H. pylori* aprovechando el control preoperatorio?

La infección por *H. pylori* se ha relacionado con diversas neoplasias malignas y afecciones no malignas, como úlceras pépticas, dispepsia no ulcerosa, anemia ferropénica de origen desconocido, púrpura trombocitopénica idiopática y adenomas colorrectales ⁽³⁾⁽⁴⁾. Se ha estimado que la infección por *H. pylori* confiere un riesgo

individual de padecer úlcera péptica a lo largo de la vida en 15 - 20% de los casos ⁽⁵⁾.

El diagnóstico de esta infección se puede realizar con diversas técnicas. La sensibilidad de la prueba del aliento con urea-13C es 94% (IC 95% 89 a 97%), para la prueba del aliento con urea-14C es 92% (IC 95% 89 a 94%), para la serología es 84% (IC 95% 74 a 91%) y para la prueba de antígeno en heces es 83% (IC 95% 73 a 90%)⁽³⁾. El diagnóstico confirmatorio de *H. pylori* se realiza mediante biopsia endoscópica y examen histopatológico con tinción de hematoxilina y eosina o tinciones especiales como la de Giemsa y la de Warthin-Starry ⁽³⁾⁽⁵⁾. Si bien todas estas pruebas están disponibles en nuestro medio, su aplicación no forma parte de la rutina de un control preoperatorio excepto en cirugía bariátrica ⁽⁶⁾.

Se desconoce si este paciente tenía antecedentes de dispepsia o diagnóstico previo de úlcera péptica. Las indicaciones para someter a un paciente a pruebas diagnósticas y posterior tratamiento están detalladas en la guía 2024 de *American College of Gastroenterology* y la única que se adecuaría a este caso es la de pacientes que toman AINE a largo plazo o que inician un tratamiento prolongado con dosis bajas de aspirina ⁽⁴⁾. La prevención de la úlcera péptica en los sujetos que ingieren antiinflamatorios debe tenerse siempre en cuenta ⁽⁵⁾. Los inhibidores de la bomba de protones (IBP) han demostrado una eficacia superior tanto en la prevención como en el tratamiento, mientras que los inhibidores selectivos de la COX-2 ofrecen una estrategia alternativa. La interacción sinérgica entre el uso de antiinflamatorios y la infección por *H. pylori* exige la realización de pruebas diagnósticas y la erradicación de la bacteria, especialmente en pacientes de alto riesgo ⁽⁷⁾⁽⁸⁾⁽⁹⁾.

La úlcera péptica asociada a medicamentos es frecuente en personas mayores con

comorbilidades y puede contribuir al desarrollo de complicaciones graves como hemorragia y perforación ⁽⁹⁾. Un estudio publicado en 2025 demostró que la erradicación de *H. pylori* protege contra la hemorragia por úlcera péptica asociada a la aspirina. Este efecto sería más relevante en países donde la prevalencia de la infección es mayor, como en los países latino-americanos ⁽¹⁰⁾⁽¹¹⁾.

Si bien la prostatectomía de este paciente no requirió ingreso a terapia intensiva en el postoperatorio, no se descarta que el estrés quirúrgico haya contribuido al desarrollo de la úlcera péptica que le afectó ⁽¹²⁾. Se desconoce si este paciente recibía IBP en el perioperatorio, medicación que pudo evitar la hemorragia. El uso de IBP es común en nuestro medio a tal punto que entre 25% y 70% de las personas reciben una prescripción inadecuada de estos fármacos ⁽¹³⁾. La ingesta crónica de IBP sin reevaluación contribuye a la polifarmacia y expone a las personas al riesgo de sufrir interacciones medicamentosas y efectos adversos como infección por *Clostridium difficile*, neumonía, hipomagnesemia y fracturas ⁽¹⁴⁾. Finalmente, es un aspecto de controversia si este sujeto debió estar tratado o no con IBP.

Nuestro paciente fue tratado con una combinación de lanzoprazol, amoxicilina y claritromicina. El tratamiento con doble antibioticoterapia más IBP fue cuestionada en la guía 2024 de *American College of Gastroenterology* por 2 motivos: 1. el aumento de las tasas de resistencia a antibióticos clave como la claritromicina y la levofloxacina con la consecuente disminución de la eficacia de estos fármacos y, 2. se dispone de nuevos tratamientos como la rifabutina o agentes bloqueadores de ácido competitivos con el potasio ⁽⁴⁾. Sin embargo, como en este caso, al ser un paciente que debuta con esta infección, el esquema indicado es aceptado, aunque la cuádruple terapia con bismuto hubiera sido adecuada. Un estudio

realizado en el país entre 2002 y 2003 reportó que 32,6% de los aislamientos de *H. pylori* fueron resistentes a metronidazol y 2,2% a claritromicina y amoxicilina (15). En Estados Unidos, la resistencia de *H. pylori* es del 69% al metronidazol, 22% a la claritromicina y 1,2% a amoxicilina (4). En América Latina, en 2014 se reportaron estas resistencias: metronidazol 65,7%, amoxicilina 6,5%, claritromicina 14%, tetraciclina 8,3%, levofloxacina 39% y furazolidona 6,9% (16). Aun así, la guía 2021 de *World Gastroenterology Organization* recomienda aplicar el mismo esquema de tratamiento que recibió este paciente para países como el nuestro (5).

En conclusión, como lección de este caso, se recomienda la anamnesis adecuada e interrogar en los pacientes añosos y con polifarmacia sobre la presencia de dispepsia, anemia crónica y otros síntomas sugestivos de úlcera péptica. Se podría plantear el tamizaje de *H. pylori* considerando que nos hallamos en una región con elevada prevalencia y por tratarse de un sujeto que sería sometido a una cirugía mayor.

Conflictos de interés

Los autores niegan conflictos de interés comercial.

Contribución de los autores

Todos los autores han contribuido con la redacción de este reporte

Financiamiento

Autofinanciado

Revisión por pares

Este artículo fue evaluado mediante proceso de revisión por pares a doble ciego, acorde a las políticas de transparencia editorial de la revista. Los revisores autorizaron que sus nombres y dictámenes fueran publicados. Las observaciones y comentarios emitidos por los revisores fueron considerados por

los autores, quienes aplicaron las modificaciones necesarias a la versión final publicada. Los dictámenes de los revisores pueden consultarse en el siguiente enlace: https://www.revistaspmi.org.py/dictamenes/2026/79_26_dictamen.pdf

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Vergara M, Bennett C, Calvet X, Gisbert JP. Epinephrine injection versus epinephrine injection and a second endoscopic method in high-risk bleeding ulcers. *Cochrane Database Syst Rev* [Internet]. 2014 [cited 2025 Feb 2];2014(10):CD005584. Available from: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/25308912/>
2. Fujishiro M, Iguchi M, Ono S, Funasaka K, Sakata Y, Mikami T, et al. Guidelines for endoscopic management of nonvariceal upper gastrointestinal bleeding (second edition). *Dig Endosc* [Internet]. 2025 [cited 2025 Ago 2];37(5):447–69. Available from: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/40114631/>
3. Best LMJ, Takwoingi Y, Siddique S, Selladurai A, Gandhi A, Low B, et al. Non-invasive diagnostic tests for helicobacter pylori infection. *Cochrane Database Syst Rev* [Internet]. 2018 [cited 2025 Feb 2];3(3):CD012080. Available from: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/29543326/>
4. Chey WD, Howden CW, Moss SF, Morgan DR, Greer KB, Grover S, Shah SC. ACG Clinical Guideline: Treatment of helicobacter pylori infection. *Am J Gastroenterol* [Internet]. 2024 [cited 2025 Feb 2];119(9):1730–53. Available from: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/39626064/>
5. Katelaris P, Hunt R, Bazzoli F, Cohen H, Fock KM, Gemilyan M, et al. *World Gastroenterology Organisation Global Guidelines: Helicobacter pylori* [Internet]. World Gastroenterology Organisation; 2021. [cited 2025 Feb 2]. Available from:

<https://www.worldgastroenterology.org/UserFiles/file/guidelines/helicobacter-pylori-english-2021.pdf>

6. Sadeghi A, Dehdari Ebrahimi N. Global prevalence of helicobacter pylori infection among individuals with obesity: A protocol for a systematic review and meta-analysis. Health Sci Rep [Internet]. 2023 [cited 2025 Feb 2];6(8):e1505. Available from: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/37614286/>

7. Ko KA, Lee DK. Nonsteroidal anti-inflammatory drug-induced peptic ulcer disease. Korean J Helicobacter Up Gastrointest Res [Internet]. 2025 [cited 2025 Feb 2];25(1):34–41. Available from: <https://doi.org/10.7704/kjhugr.2025.0004>

8. Tai FWD, McAlindon ME. Non-steroidal anti-inflammatory drugs and the gastrointestinal tract. Clin Med (Lond) [Internet]. 2021 [cited 2025 Feb 2];21(2):131–4. Available from: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/33762373/>

9. Joo MK, Park ChH, Kim JS, Park JM, Ahn JY, Lee BE, et al. Clinical guidelines for drug-related peptic ulcer, 2020 revised edition. Gut Liver [Internet]. 2020 [cited 2025 Feb 2];14(6):707–26. Available from: <https://doi.org/10.5009/gnl20246>

10. Hawkey CJ, Avery AJ, Coupland CA, Crooks CJ, Dumbleton JS, Hobbs FDR, et al. Eradication of helicobacter pylori for prevention of aspirin-associated peptic ulcer bleeding in adults over 65 years: the HEAT RCT. Health Technol Assess [Internet]. 2025 [cited 2025 Nov 2];29(42):1–62. Available from: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/40844182/>

11. Hunt RH, Xiao SD, Megraud F, Leon-Barua R, Bazzoli F, Van Der Merwe S, et al. World Gastroenterology Organisation global guideline: Helicobacter pylori in developing countries. J Clin Gastroenterol [Internet]. 2011 [cited 2025 Feb 2];45(5):383–8. Available from: <https://doi.org/10.1097/MCG.0b013e31820fb8f6> Subscription required

12. Huang HB, Jiang W, Wang ChY, Qin HY, Du B. Stress ulcer prophylaxis in intensive care unit patients receiving enteral nutrition: A systematic review and meta-analysis. Crit Care [Internet]. 2018 [cited 2025 Feb 2];22(1):20. Available from: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/29374489/>

13. Grance Meza MM, Riveros Adorno MA, Aria Zaya LS. Prescripción de inhibidores de bomba de protones en pacientes internados en un servicio de clínica médica. Rev virtual Soc Parag Med Int [Internet]. 2026 [citado 2 Feb 2026] ;13(1):e13122603. Disponible en:

<https://www.revistaspmi.org.py/index.php/rvspmi/article/view/675/394>

14. Boghossian TA, Rashid FJ, Thompson W, Welch V, Moayyedi P, Rojas-Fernandez C, et al. Deprescribing versus continuation of chronic proton pump inhibitor use in adults. Cochrane Database Syst Rev [Internet]. 2017 [cited 2025 Feb 2];3(3):CD011969. Available from: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/28301676/>

15. Fariña N, Kasamatsu E, Samudio M, Morán M, Sanabria R, Laspina F. Susceptibilidad a antibióticos de cepas paraguayas de Helicobacter pylori aisladas de pacientes con enfermedad gastroduodenal. Rev méd Chile [Internet]. 2007 [citado 2 Feb 2026];135(8):1009–14. Disponible en:

https://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-98872007000800008

16. Martínez JD, Henao SC, Lizarazo JI. Resistencia antibiótica del helicobacter pylori en América Latina y el Caribe. Rev Col Gastroenterol [Internet]. 2014 [citado 2 Feb 2026];29(3):218–27. Disponible en: http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0120-99572014000300003