
PRESENTACION DE LA HEMORRAGIA DIGESTIVA ALTA EN EL SEXO MASCULINO

Dr. Ariel Germán Contreras, Dra. María Lorena Veloso, Pablo Sebastián Zalazar, Juan Rodrigo Alderete
Dra. Ana María Iriñiz, Jefa del Servicio de Cirugía del Hospital "Julio C. Perrando"

RESUMEN

La hemorragia digestiva alta constituye una presentación frecuente en la práctica gastroenterológica. Es por ello que diseñamos un estudio sobre 54 pacientes del sexo masculino, con el objeto de observar como se presenta esta entidad clínica en nuestro medio y así relacionarla con bibliografía y publicaciones consultadas. Para ello se revisaron las historias clínicas del hospital y evaluamos la edad, manifestaciones clínicas, forma de diagnóstico y etiología. La úlcera péptica gastroduodenal, las lesiones agudas de la mucosa gástrica o duodenal y la ruptura de várices esofágicas son la etiología de hemorragia digestiva alta más frecuentemente halladas; pero también hay un elevado número de casos sin diagnóstico preciso de procedencia del sangrado. Se determina la etiología por medio de la endoscopia y el tratamiento generalmente es médico, encontrándose una gran similitud con otros trabajos.

Palabras claves: hemorragia digestiva alta, etiología, diagnóstico, endoscopia, tratamiento.

SUMMARIZE

High digestive hemorrhage constitutes a presentation frequently in the gastroenterologic practice. It is for that reason that we designed a study on 54 patients of masculine sex, with the intention of observing as this clinical organization in our means appears and thus to relate it to bibliography and consulted publications. Clinical records of the hospital were reviewed and we evaluated the age, clinical manifestations, form of diagnosis and the etiology. The gastroduodenal peptic ulcer, the acute injuries of the mucous gastric or duodenal and the rupture of esophageal varices are more the frequently found etiology of high digestive hemorrhage; but also there is a high number of cases without precise diagnosis of origin of the bled one. The etiology is determined by digestive endoscopy and the treatment is generally medical, being a great similarity with other works.

Key words: high digestive hemorrhage, etiology, diagnosis, endoscopy, treatment.

INTRODUCCION

En el marco de las patologías gastroenterológicas, la hemorragia digestiva alta constituye una presentación médica periódica (1). Consiste en la pérdida de sangre hacia la luz del tubo digestivo en un zona comprendida desde el esfínter esofágico superior hasta el ángulo de Treitz (2, 3). Este sangrado puede proceder de órganos digestivos o de estructuras adyacentes que vierten su contenido en esta localización (2, 3).

Usualmente, lesiones del tipo erosivas y úlceras, así como efracciones de várices esofágicas son las responsables de provocar la hemorragia (2, 4, 5, 68). Se suele manifestar como hematemesis y/o melena, dependiendo del volumen y velocidad, así como de la localización de la pérdida sanguínea (2, 3).

Considerando lo mencionado, nos resultó interesante realizar un estudio para observar como se presenta la hemorragia digestiva alta en nuestro medio en particular, y según los datos obtenidos poder comparar con la bibliografía consultada.

MATERIALES Y METODOS

Revisamos historias clínicas del servicio de cirugía del Hospital "J.C. Perrando" de la ciudad de Resistencia, provincia del Chaco con diagnóstico de hemorragia digestiva alta. Se intento abarcar el período comprendido entre 1998 y 2002, pero no se pudo acceder a la totalidad de las historias clínicas, por ello sólo pudimos incorporar a estudio al sexo masculino. También buscamos material bibliográfico referente al tema. Para ello concurrimos a la biblioteca Bio-

médica del Chaco, biblioteca de la Facultad de Medicina, y se indagó en Internet a través de los buscadores Google, Yahoo y Medline (considerándose únicamente los datos recibidos de revistas científicas y universidades). Se incluyeron pacientes hombres, las variables estudiadas fueron: edad, fecha de ingreso y egreso, motivo de consulta, forma de diagnóstico (clínico y laboratorio o endoscópico), diagnóstico etiológico y tratamiento (médico o quirúrgico). Se excluyeron aquellas historias en las cuales no manifestaban la totalidad de las referencias necesarias señaladas anteriormente.

RESULTADOS

Se trabajó con 54 pacientes que ingresaron en el período de junio de 1998 a abril de 2002. La edad media de presentación fue de 50 años con una máxima de 86 (padecía úlcera gástrica) y una mínima de 20 años (gastritis). Consultaron por hematemesis 49 %, melena 34%, dolor abdominal, epigastralgia y hematoquecia (cada uno) 4 %, un 3% habían sido derivados de otras localidades y un 1% consultó por vómitos (ver gráfico 1, pág.10).

La forma de diagnóstico fue en su mayoría endoscópico 69%, clínico y laboratorio en un 24%, otras formas fueron radiográfico, ecográfico (ecografía hepatobiliopancreática) anatómico-patológico y quirúrgico con un 2 % respectivamente (ver gráfico 2, pág.10).

Se consignaron las siguientes etiologías según orden de frecuencia: úlcera péptica gastroduodenal 31 %, correspondiendo un 21 % a úlceras duodenales y 10 % a úlceras gástricas; lesiones agudas de la mucosa gastroduodenal

28 % (gastritis 21 %, duodenitis 6 %, síndrome de Mallory-Weiss 1%), procesos relacionados con hipertensión portal 13 %, de los cuales 12 % fueron várices esofágicas y un 1 % de hepatopatías (ver imágenes en página 9). Con menor asiduidad se presentaron otras patologías: tumores 6 % (cáncer de estómago y pólipos gástricos 3 % respectivamente) y en la categoría de otros (6 %) se incluyeron esofagitis (3 %), hernia hiatal (1,5 %) y síndrome nefrótico (1,5 %). No se llegó a un diagnóstico determinado en un 16 % (ver gráfico 3, pág.11).

El tratamiento instaurado fue médico 93 % y quirúrgico en 7 % de los casos. La base del tratamiento médico residió en: suspensión de la ingesta oral, hidratación parenteral, antiácidos cada 4 hs (Mylanta), bloqueadores de receptores H₂ (ranitidina) y en algunos pacientes se empleó inhibidores de la bomba de protones (omeprazol); la dosis se manejó según la sintomatología particular. También en el esquema se podía optar por incluir lactulosa 10 cc cada 4 hs (lactulón) para prevenir las complicaciones derivadas de las hepatopatías alcohólicas.

Dentro de los irritantes de la mucosa gástrica se encontró consumo en exceso de alcohol 72 %, tabaquismo 21 % y consumo crónico de AINEs 8%.

La estadía media fue de 5 días, y el promedio de pacientes que reingresaron fue de 13% (7 pacientes).

DISCUSION

En primer lugar, cabe destacar la marcada diferencia de la edad de presentación hallada en nuestro estudio de 50 años, contra 60-65 años de otros trabajos (4, 5) . Por un lado podría correlacionarse con un alto porcentaje de consumo de alcohol, así como el inicio a edades tempranas del mismo. Si esto agregamos a otros irritantes de la mucosa gastroduodenal habituales en la sociedad tales como el mate, café, tabaco y condimentos, explicarían en parte las causas frecuentes de la hemorragia digestiva alta: las lesiones del tipo erosivas (inflamaciones y úlceras). Por otro lado, también es cierto que la úlcera duodenal, entidad principal promotora del sangrado en todas las publicaciones (1, 4, 5, 7-10), es muy frecuente entre los 35 y 55 años de edad. Este detalle podría además expresar el motivo de los escasos decesos y complicaciones que se pudo observar a lo largo de la investigación, es decir a menor edad, mejor expectativa de recuperación.

Con respecto a las manifestaciones clínicas, generalmente se consultó por hematemesis o melena, o ambas a la vez, no advirtiéndose discrepancias con otros resultados revisados (1, 4, 5, 8-11).

Las etiologías prevalentes que se expone en el estudio, corresponde a la que normalmente

se considera en la hemorragia gastrointestinal: úlcera péptica gastroduodenal, lesiones agudas de la mucosa (inflamaciones, erosiones), y ruptura de várices esofágicas (1, 4, 5, 8-11). Pero lo trascendente es el alto índice de pacientes en los que no se consiguió un diagnóstico etiológico. Esto se explica por diversas razones inherentes al estudio endoscópico: 1) en ocasiones era tal el sangrado, que no permitía una buena visualización de la lesión en la endoscopia (según figuraba en los informes), 2) no se encontraba el sitio sangrante ni lesiones aparentes con restos hemáticos, sumado a que se trataba de pacientes sin antecedentes de hemorragia previos, 3) no se realizaba la endoscopia, sea por decisión del paciente (no colaborador) o por falta de disponibilidad del equipo.

El índice de reingresos no es comparable, ya que son pacientes que periódicamente pasan por el Servicio de Cirugía, etilénolistas crónicos o presidiarios. No se puede atribuir su reingreso al tratamiento recibido en el hospital, sino a su descuido personal o necesidad de atención.

Si bien no fue objeto de nuestro estudio el manejo clínico de la hemorragia digestiva alta, averiguamos cómo se procede con estos pacientes. Todo individuo que consulta por esta entidad y es comprobable por el examen clínico o por conocer antecedentes de su patología de base, es internado. Por supuesto que el tiempo de internación dependerá del volumen y velocidad del sangrado o de la causa subyacente si ya se sabe certeramente.

En los casos estudiados no hubo decesos, pero de todas maneras pudimos observar que existe un muy bajo número de complicaciones o fallecimientos por hemorragia digestiva alta.

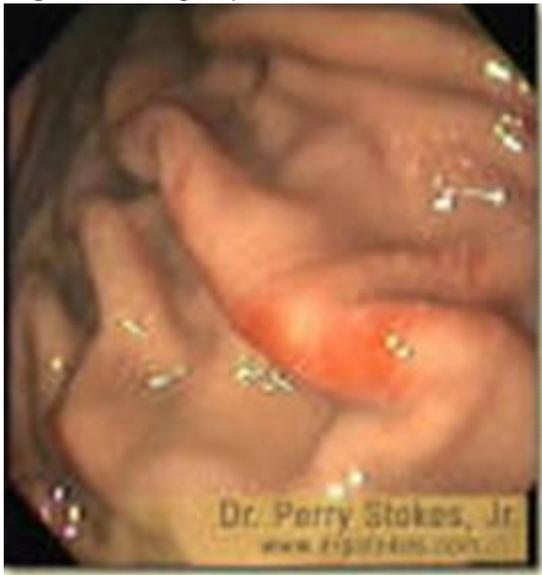
CONCLUSION

La edad media de presentación en la muestra estudiada fue de 50 años en comparación a los 60 a 65 de otros estudios, lo que conduciría a mejor expectativa de recuperación en nuestros casos.

La patología desencadenante más frecuente fue la úlcera péptica gastroduodenal, y en particular se encuentra la úlcera duodenal. Si bien las lesiones mucosas agudas gastroduodenales y las várices esofágicas siguen en orden de importancia como lo indican la mayor parte de las publicaciones, existe un alto índice de casos sin diagnóstico etiológico, aún mayor que la efracción de las várices.

El tratamiento que en mayor medida se implementa y da buenos resultados es el médico en 93% de los pacientes, sólo utilizando el tratamiento quirúrgico en 7 % restante. Esto influye notoriamente en el menor tiempo de permanencia intrahospitalaria con los riesgos que ocasionaría.

Imágenes: Etiologías predominantes



Gastritis



Úlcera gástrica



Úlcera duodenal



Várices esofágicas

Gráfico 1: Motivo de consulta: presentaciones clínicas habituales.

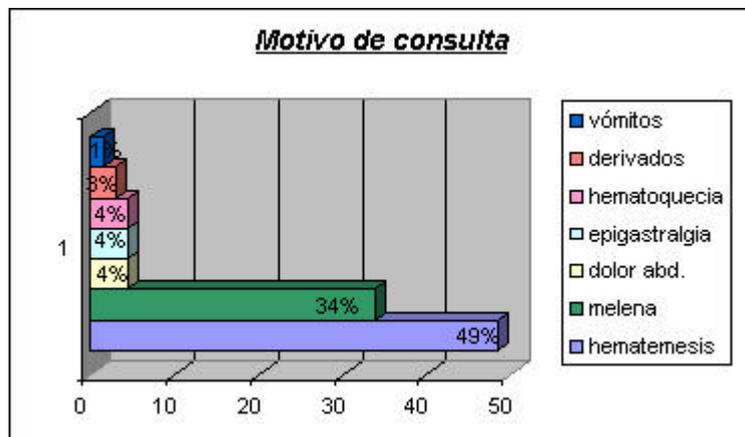


Gráfico 2: Forma de diagnóstico

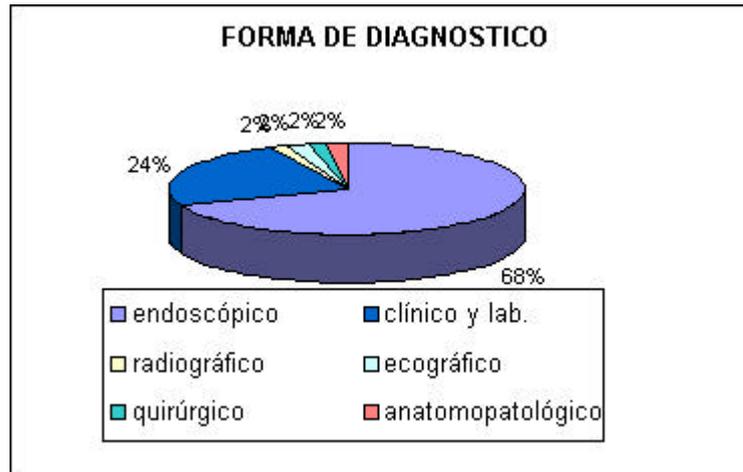
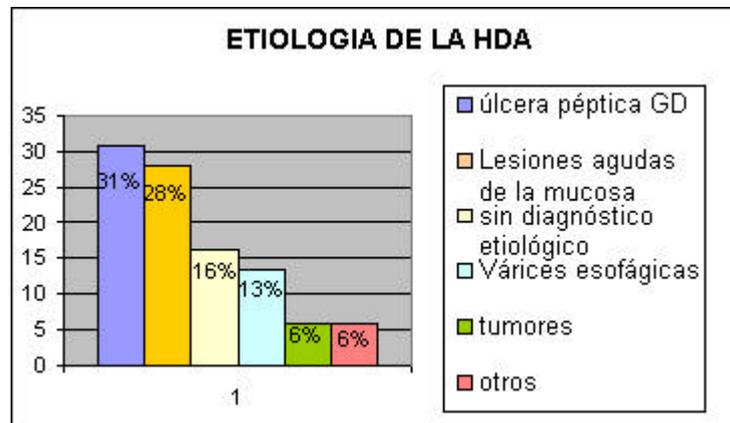


Gráfico 3: Etiología de la hemorragia digestiva alta: distribución porcentual según frecuencia.



- Úlcera péptica gastroduodenal (31%): corresponde a úlcera duodenal 21% y úlcera gástrica 10%.
- Lesiones agudas de la mucosa (28%): gastritis 21%, duodenitis 6%, síndrome de Mallory-Weiss 1%.
- Várices esofágicas (13%): várices esofágicas 12%, hepatopatías 1%.
- Tumores (6%): Cáncer gástrico 3%, polipos 3%.
- Otros (6%): esofagitis 3%, hernia hiatal 1,5%, síndrome nefrótico 1,5%.

6. Ferraina P: Hemorragia digestiva alta. Cirugía de urgencia, Perera-García. Ed. Médica Panamericana 1997. Cap.19, págs.341-358.
7. Ibáñez LA y col: Tratamiento de la Hemorragia digestiva alta de origen no variceal: evolución de 10 años de experiencia. Revista Chilena de Cirugía 1998; 50: 4.
8. Ibáñez LI: Hemorragia digestiva alta. Archivos de Cirugía General y Digestiva. <http://www.cirugest.com/Revisiones/Cir12-09/12-09-01.htm>
9. Latarjet, Ruiz L: Anatomía del aparato digestivo. Anatomía humana de Latarjet y Ruiz L 1989; 2ª edición, vol 2. Ed. Panamericana.
10. Montero Pérez FJ: Manejo de la Hemorragia digestiva alta en urgencias. Emergencias 2002; 14: S19-S27. http://www.semes.org/semes_revista_html/revista
11. Moreno JC, Deluca E, García HA, Odriozola LI, Perera SG : Hemorragia digestiva por várices esofágicas. Revista Argentina de Cirugía 1988; 55:47.
12. Patricio Ortiz P, Díaz M, Huanquilef L, González R Hemorragia digestiva alta: revisión de 450 casos. Revista Medicina Interna 1998, 2: 1. <http://www.udec.cl/~ofem/remedica/VOL2NUM1/hemorragia.htm>
13. Sena SE, Gallelli HJ: Terapéutica y procedimientos: Hemorragia digestiva alta por úlcera gastroduodenal y lesión aguda de la mucosa. Diagrama de flujo. Medicina Intensiva 1989; VI, 2: 80-84.
14. Sívori EA, Cavadas D, Beveraggi EM, Sonquieres M, Rodríguez F: Hemorragia digestiva alta: cirugía de urgencia. Revista Argentina de Cirugía 1995; 68: 1-13.

BIBLIOGRAFIA

1. Conrado RC y col: Relato oficial: Hemorragia digestiva alta grave. Revista Argentina de Cirugía 1996, número extraordinario :9-57.
2. Corbelle JL (h), Molinari DH, Pastore R: Hemorragias digestivas altas graves: estudio prospectivo de 100 casos. Revista Argentina de Cirugía 1993; 64: 171-179.
3. Corbelle JL (h): Hemorragia digestiva alta. Cirugía de Michans, 5ª edición, 1997. Ed. El Ateneo, pág. 730.
4. Crawford JM: El tracto gastrointestinal. Patología estructural y funcional de Robbins, 5ª edición, 1995. Ed. Panamericana.
5. Dallas MS, Palmer MR: Upper gastrointestinal hemorrhage. British Medical J 2001; 323: 1115-1117.