

LESIONES ENDOSCÓPICAS MÁS FRECUENTES EN UN GRUPO DE PACIENTES CON CLÍNICA DE HEMORRAGIA DIGESTIVA ALTA

Dra. Gisela Vanina Lepore, Dra. Claudia Vanesa Sampor
Dra. María Paola Storni, Dra. Silvia Romina Calderón Gospodinoff

RESUMEN

La hemorragia digestiva alta es una de las principales causas de ingreso hospitalario por enfermedad del tracto gastrointestinal, con una mortalidad elevada, por lo cual se debe proceder a la rápida resolución de la lesión.

El objetivo de este trabajo es identificar las lesiones endoscópicas más frecuentes en los pacientes con clínica de hemorragia digestiva alta, para lo cual se realizó un estudio descriptivo-retrospectivo, basado en la revisión de informes endoscópicos de historias clínicas, durante el período comprendido entre el 1 de diciembre de 2004 al 30 de septiembre de 2005, documentados en los archivos del Servicio de Gastroenterología del "Sanatorio Frangioli", de la ciudad de Resistencia, Chaco, incluyéndose pacientes de ambos sexos, sin límites etéreos.

De los 118 casos, 47 (40%) eran mujeres, y 71 (60%) eran hombres. Las lesiones más frecuentemente halladas por endoscopia digestiva alta (EDA) fueron: gastritis erosiva hemorrágica 22 casos (19%), várices esofágicas 19 casos (16%), gastropatía erosiva 18 casos (15%) úlcera gástrica 13 casos (11%), úlcera esofágica 11 casos (9%), bulbitis más gastropatía erosiva difusa 7 casos (6%), úlcera duodenal más gastroduodenitis erosiva 7 casos (6%) úlcera duodenal 6 casos (5%), úlcera duodenal más úlcera gástrica 3 casos (2%), carcinoma ulcerado 3 casos (2%). La mayoría de los pacientes tenía edades superiores a los 60 años (74 casos, 63%).

Palabras clave: Hemorragia digestiva alta - hallazgos endoscópicos.

SUMMARY

One of the principal hospitalization causes because of gastrointestinal diseases, is the acute upper hemorrhage, which has a high mortal level, being, as a consequence, so important to diagnostic and solve it, in order to decrease the risk of death.

Our goal with this article is to identify the frequently endoscopic injuries in patients with clinic of HDA. For which it was made a descriptive- retrospective study, based on the review of endoscopic reports in clinical cases, in the period between December 1, 2004 to September 30, 2005, documented in the files of the Service of Gastroenterology of the Frangioli Sanatory, in the city of Resistencia, Chaco. The article include patients with HDA of both sexes, with no age limits.

On 118 cases, 47 (40%) were women, and 71 (60%) were men. The most frequents injuries found by EDA were: hemorrhagic erosive gastritis 22 cases (19%), esophagic varices 19 cases (16%), erosive gastritis 18 cases (15%) gastric ulcer 13 cases (11%), esophagic ulcer 11 cases (9%), bulbitis and erosive gastritis 7 cases (6%), duodenal ulcer and erosive gastroduodenitis 7 cases (6%), duodenal ulcer 6 cases (5%), duodenal and gastric ulcer 3 cases (2%), ulcerated gastric cancer 3 cases (2%). Most of the patients were 60 years old and even more (74 cases, 63%).

Key words: acute gastrointestinal tract hemorrhage, endoscopic findings.

INTRODUCCION

En el marco de las patologías gastroenterológicas, la hemorragia digestiva alta (HDA) constituye un motivo frecuente de consulta.¹ Consiste en la pérdida de sangre hacia la luz del tubo digestivo en una zona comprendida entre el esfínter esofágico superior y el ángulo de Treitz.^{1, 2} Este sangrado puede proceder de órganos digestivos o de estructuras adyacentes que vierten su contenido en esta localización, por conductos naturales (árbol biliar-pancreático) o patológicos (fístulas espontáneas, traumáticas o quirúrgicas)^{1, 2}.

Se manifiesta clínicamente por hematemesis y melena, independientemente de la lesión de origen, diferenciándose sólo por su magnitud, evidenciable a través de la presencia o ausencia de compromiso hemodinámico y magnitud del mismo. En principio, toda HDA franca debe considerarse como potencialmente

grave, y por lo tanto, merecedora de esfuerzos diagnósticos y terapéuticos intensos.³ La morbilidad y mortalidad del paciente se relaciona con ciertos factores de riesgos, como la edad, enfermedades asociadas magnitud de la hemorragia, origen de la misma, alcoholismo, ingesta de medicamentos, etc.

La esofagogastroduodenoscopia ocupa una posición importante en la evaluación diagnóstica y manejo terapéutico de la HDA. La seguridad, refinamiento anatómico, y su capacidad para obtener muestras de tejido soportan su uso como principal instrumento diagnóstico. La amplia diversidad de instrumentos endoscópicos disponibles permiten ampliar su aplicación diagnóstica y terapéutica a un amplio rango de patologías, tanto benignas como neoplásicas, precisando de esta manera la causa y el origen de la hemorragia en la mayoría de los casos

(90-95%), con una incidencia de complicaciones menor del 0,01%⁴⁻⁷.

Atendiendo al tipo de lesión observada endoscópicamente, Forrest y otros establecieron la siguiente clasificación:⁸

- Activo I* A: Hemorragia a chorro
B: Hemorragia en sábana (difuso)
- Reciente II* A: Lesión con vaso visible.
B: Lesión con coágulo
C: Lesión con fondo oscuro hemático
- Ausente III* Sin signos de sangrado

Todo lo anterior nos motivó a realizar un estudio para observar como se presenta la HDA en nuestro medio en particular, y según los datos obtenidos, poder comparar con la bibliografía consultada.

MATERIALES Y METODOS

Se realizó un estudio de tipo descriptivo retrospectivo, para lo cual se revisaron informes de Endoscopia Digestiva Alta (EDA), efectuadas en el servicio de Gastroenterología del "Sanatorio Frangioli", de la ciudad de Resistencia, provincia del Chaco. Se abarcó el período comprendido entre 1 de diciembre de 2004 a 30 de septiembre de 2005.

Se incluyeron los pacientes en los cuales se comprobó HDA mediante la realización de EDA. En estos casos se tuvo en cuenta las siguientes variables: edad, sexo, antecedentes personales patológicos, antecedentes de la enfermedad actual, y diagnóstico endoscópico. En los casos de úlceras pépticas, se agruparon según la clasificación de Forrest, atendiendo a su estado en el momento de la prueba.

Los datos obtenidos se registraron en un modelo creado al efecto. Se realizó un análisis descriptivo de los datos, los cuales se presentan en tablas de frecuencias, se describen las observaciones en números absolutos y porcentajes para su posterior análisis y discusión.

RESULTADOS

El universo estuvo constituido por 501 informes de EDA, realizados en el Servicio de Gastroenterología del "Sanatorio Frangioli" entre el 1 de diciembre de 2004 al 30 de septiembre de 2005. De éstos, un 24% presentó evidencias de sangrado digestivo activo o reciente al momento del estudio, por lo cual la muestra definitiva se redujo a 118 pacientes.

La edad máxima de presentación fue de 87 años, con una edad mínima de 19. El mayor porcentaje (60%) estuvo dado por individuos con edades superiores a los 60 años (Tabla Nº 1):

Tabla Nº 1

Edad	Nº de pacientes
15 - 29	8 (7%)
30 - 44	12 (10%)
45 - 59	24 (20%)
60 y más	74 (63%)

Con respecto al sexo, se halló un franco predominio masculino (Tabla Nº 2):

Tabla Nº 2

Femenino	Masculino
47 (40%)	71 (60%)

Al analizar los antecedentes patológicos personales, en la totalidad de los pacientes se evidenció patología previa, ya sea antecedentes de sangrado, hábitos tóxicos o medicamentosos (alcoholismo, AINES, glucocorticoides), o diversas entidades, las cuales fueron agrupadas, a los fines prácticos. Se incluyen: gastritis crónica, síndrome ácido-sensitivo, dolor epigástrico, anemia en estudio, pérdida de peso, diverticulosis, tumor renal, cáncer de páncreas, cáncer de origen desconocido, metástasis, quimioterapia, insuficiencia renal crónica, antecedentes neurológicos, retraso mental, demencia senil, esplenomegalia, pérdida de peso, plaquetopenia, Púrpura Trombocitopénica Idiopática, dislipidemias, diabetes, angina inestable, desnutrición, anticoagulación por trombosis venosa profunda, Post operatorio de aneurisma abdominal (Tabla Nº 3).

Tabla Nº 3

Antecedentes Patológicos Personales	Nº de pacientes
Patologías previas	68 (57%)
Ingesta de AINES	18 (15%)
Ingesta de Glucocorticoides (GCC)	2 (1%)
Alcoholismo	15 (13%)
Antecedentes de sangrado	15 (13%)
Hipertensión portal (HPTA)	5 (4%)

Los motivos de consulta que motivaron la indicación de EDA, se muestran a continuación (Tabla Nº 4). Destaca la alta incidencia de melena y/o hematemesis.

Tabla Nº 4

Motivo de consulta	Nº de pacientes
Melena	61 (52%)
Hematemesis	20 (17%)
Melena- hematemesis	16 (14%)
Epigastralgia	9 (8%)
Anemia	5 (4%)
Síndrome ulceroso	4 (4%)
Afagia - disfagia	2 (2%)
Cuerpo extraño	1 (1%)

Los diagnósticos definitivos, confirmados por EDA, fueron los siguientes (Tabla Nº 5):

Tabla Nº 5

Afecciones	Nº de pacientes
Úlcera duodenal	6 (5%)
Úlcera gástrica	13 (11%)
Gastritis erosiva	18 (15%)
Bulbitis más Gastropatía erosiva difusa	6 (5%)
Bulbitis erosiva más Gastropatía erosiva difusa	7 (6%)
Úlcera duodenal y gástrica	3 (2%)
Úlcera duodenal más gastroduodenitis erosiva	7 (6%)
Carcinoma ulcerado	3 (2%)
Várices esofágicas	19 (16%)
Úlcera esofágica	11 (9%)
Gastropatía erosiva hemorrágica	22 (19%)
Bulboduodenitis más gastropatía crónica hemorrágica	3 (2%)

Como se desprende de los datos anteriores, 29 pacientes (24%), presentaron úlceras pépticas, ya sea a nivel duodenal y/o gástrico. En éstas, se aplicó la clasificación de Forrest, lo que se informa a continuación (Tabla N° 6):

Tabla N° 6

Clasificación de Forrest	Nº de pacientes
I.A	2 (5%)
I.B	1 (2%)
II.A	2 (5%)
II.B	5 (17%)
II.C	3 (10%)
III	16 (61%)

DISCUSION

En nuestro estudio, del total de 118 pacientes con HDA diagnosticada por EDA, el 60% correspondió al sexo masculino, lo que concuerda con la bibliografía consultada, donde se recoge que la incidencia de HDA es más frecuente en el varón.^{8,9}

Al analizar la distribución por edades, se comprobó que el mayor número de pacientes se enmarcaba en el grupo de 60 años y más. Este incremento proporcional al aumento de la edad se ha venido acentuando considerablemente en años recientes, lo que es considerado en todas la series revisadas como un factor de riesgo^{4,5} y está incluido en la mayoría de los sistemas de valoración pronóstica. La mortalidad de los enfermos con HDA mayores de 60 años se duplica con respecto a lo que ocurre por debajo de esa edad, y en determinados grupos etiológicos, como la úlcera péptica, la esofagitis o la hemorragia de origen desconocido, la mortalidad se acumula de forma casi exclusiva en este grupo etáreo.

En nuestros pacientes la HDA se presentó con mayor frecuencia en forma de melena, por este motivo consultaron 77 pacientes (65%). Este aspecto concuerda con lo planteado en las series revisadas. Debemos hacer la salvedad que la forma de presentación de la hemorragia va a depender básicamente de dos factores: el débito de la hemorragia y la localización en el tracto gastrointestinal de la lesión sangrante, varía entonces la incidencia de cada forma de presentación de acuerdo con los factores y los distintos grupos etiológicos^{9,10}.

A pesar de que la HDA puede tener muchas causas, la mayoría de los episodios de sangrado se deben a un tipo reducido de lesión. En nuestro estudio, la causa mas frecuente fue la gastritis erosiva hemorrágica (GEH), con un 19%, lo que contrasta con la bibliografía consultada en la que se plantea que la úlcera péptica es la causa mas frecuente de sangrado^{7,8}. Esta afección corresponde a la respuesta gástrica común a diferentes noxas asimilables al concepto de stress fisiológico. Esto se correlaciona perfectamente con la alta incidencia de consumo de medicamentos (AINES, glucocor-

ticoides) y alcohol, reflejada en el estudio (16 y 13% respectivamente), ambos factores de riesgo observados en la bibliografía consultada^{11,12}. Si a ello agregamos otros irritantes habituales de la sociedad, tales como mate, café, tabaco y condimentos, explicarían su alta frecuencia. También es de destacar que en un gran porcentaje (57%) se halló patología asociada, lo cual puede tener una correlación directa con la patología digestiva, o bien ser inherente a la edad avanzada de los pacientes.

La EDA se ha convertido en el "gold standard" para diagnóstico de patología digestiva alta, ya que permite localizar e identificar el origen de la hemorragia, evaluar la velocidad de sangrado, definir cual de todas la lesiones es la causa de sangrado y riesgo de resangrado². El tratamiento endoscópico de las úlceras pépticas ha reducido el riesgo de recurrencia del 20 al 10%, y la necesidad de cirugía del 10 al 5%. Esto se traduce en una estadía hospitalaria más corta, disminución en los costos y en el número de transfusiones sanguíneas, y menor morbilidad¹⁴.

Atendiendo a este motivo, se aplicó la clasificación de Forrest para las úlceras, en correspondencia con los estigmas de sangrado al momento de la EDA. Sobre el total de 29 pacientes con diagnóstico de úlcera gastroduodenal, se aprecia que un 61% corresponde al estadio III (sin evidencia de sangrado). Esto nos separa de otros estudios realizados al respecto, donde la mayor parte se encuentra en el estadio II (sangrado reciente)^{2,13}. Esto puede deberse a que un grueso porcentaje de los pacientes (el cual no se especifica en el estudio) son de control ambulatorio, y en ellos la demora en la realización de la EDA es habitualmente mayor a un mes, cuando es sabido que el éxito en la investigación endoscópica del sitio de sangrado disminuye rápidamente del 78% si se efectúa en las primeras 24 horas de la admisión del paciente, al 32% luego de las 48 horas, lo cual repercute negativamente en los hallazgos endoscópicos².

En conclusión, por todo lo antes expuesto se hace evidente la relevancia que tiene la HDA dentro de las afecciones mas frecuentes en nuestro medio, por lo cual se hace necesario profundizar en los conocimientos relacionados con el diagnóstico, atención y tratamiento, traduciendo esto en una mayor rapidez de los mismos (especialmente, en la pronta realización de la EDA), lo cual redundaría en un mayor bienestar de los pacientes que lo padecen.

BIBLIOGRAFIA

1. Dallas MS, Palmer MR. Upper gastrointestinal hemorrhage. *British Medical J* 2001; 323: 1115-1117.
2. Ferraina P, Oría A. *Cirugía de Michans 5º ed.* Buenos Aires: El Ateneo; 2002:730-36.
3. Holman RA, Davis M, Gough KR. Value of centraliced approach in the management of haematemesis and

- melena: Experiencia en un hospital general de distrito. *GUT* 1999; 31:5048.
4. Debognie JC. Endoscopic et Prognostic de l'hémorragie du tractus digestif supérieur. *Gastroenterol Clin Biol* 1999; 3:37-39.
 5. Mellinger, JD. Upper gastrointestinal endoscopy: current status. *Semin Laparosc Surg*, March 1, 2003; 10 (1): 3-12.
 6. Klebl F, Bregenzner N. Risk factors for mortality in severe upper gastrointestinal bleeding. *Int J Colorectal Dis*, January 1, 2005; 20 (1): 49-56.
 7. Domschke W, Lederer P, Luz G. The value emergency endoscopy in upper gastrointestinal bleeding: Review and analysis of 2014 cases. *Endoscopy* 1998; 15:126-31.
 8. Fauci A, Braunwald E, Isselbacher K et al. Harrison. Principios de Medicina Interna. 14ª ed. México DF: Mc Graw-Hill-Interamericana 1998; vol II:1815-23.
 9. Morgan AG, Clamp SE. OMGE: International upper gastrointestinal bleeding survey 1978-1996. *Scand Gastroenterol* 1998; 36(suppl 210): 51-8.
 10. Cello JP. Hemorragia gastrointestinal. En: Cecil Loeb. Tratado de Medicina Interna. 20ª ed. Vol 1. México: Mc Graw-Hill Interamericana; 1998:734-8.
 11. Graham DY. The relationship between non steroidal anti-inflammatory drugs use and peptic ulcer disease. *Gastroenterol Clin North Am* 1996; 29:171.
 12. Byron C. Reducing the risk of gastrointestinal bleeding with antiplatelet therapies. *N Eng J Med* 2005; 352:287.
 13. Swain CP, Storey D, Bown S. Nature of bleeding vessel in recurrently bleeding gastric ulcer. *Gastroenterology* 1996;90:915-16.
 14. Stiegmann GV. Endoscopic approaches to upper gastrointestinal bleeding. *Am Surg*, 2006; 72(2): 111-5.