

Hemorragia gastrointestinal superior.

Armando Vernaza, M.D.*

EXTRACTO

Se presenta la experiencia del Servicio de Endoscopia Digestiva del Hospital Universitario del Valle durante 4 años, en los que se utilizó la endoscopia como método diagnóstico en los pacientes que consultaron a la institución, o que fueron remitidos a ella, por presentar hemorragia gastrointestinal superior.

Se estudiaron 726 historias clínicas correspondientes a la totalidad de los pacientes con hemorragia digestiva alta, y se encontró la úlcera duodenal como la causa más frecuente del sangrado. También se evidenciaron lesiones que no se hubieran podido diagnosticar sin la endoscopia. Finalmente se sugiere no utilizar el estudio radiológico como método diagnóstico en la hemorragia gastrointestinal superior.

INTRODUCCION

Un cambio fundamental en la habilidad para el diagnóstico de la hemorragia digestiva ha tenido lugar en los últimos 15 años. Anteriormente, cuando se presentaba un paciente con hemorragia del tracto gastrointestinal superior, la secuencia de estudios diagnósticos se limitaba a la historia clínica, el examen físico, la aspiración por sonda nasogástrica y la serie gastroduodenal. Si estos métodos fallaban en el diagnóstico, el paciente era sometido a una laparatomía exploradora que requería múltiples incisiones en estómago y duodeno para tratar de localizar el sitio de la lesión con el consecuente aumento en la morbilidad por la contaminación o la posible dehiscencia de las suturas; finalmente, si con todo lo

anterior no se lograba el diagnóstico, se realizaba una resección gástrica que hasta llegaba algunas veces a ser del 100%.

Con el desarrollo de la endoscopia digestiva y la complementación con la arteriografía selectiva, el porcentaje de pacientes a quienes no se les hace el diagnóstico etiológico del sangrado y que tienen que ser sometidos a laparotomía exploradora para tratar de hacerlo, es mínimo. En algunos centros como el Hospital Universitario del Valle (HUV) en Cali, se ha abolido la serie gastroduodenal como estudio diagnóstico en la hemorragia gastrointestinal.

Esta modificación en el estudio de los pacientes con sangrado digestivo alto, sólo se presentó en el HUV en 1978 cuando se realizaron las primeras endoscopias a pacientes con ese cuadro clínico. La política actual del servicio es la de efectuar la endoscopia digestiva tan pronto como las condiciones generales del paciente lo permitan, esto es, una vez se concluya la etapa de resucitación.

MATERIAL Y METODOS

Se tomaron la totalidad de endoscopias digestivas superiores realizadas por los endoscopistas del HUV durante el período de enero de 1978 a diciembre de 1981.

Se revisaron las 726 historias clínicas de los pacientes y se obtuvo la siguiente información: diagnóstico clínico, diagnóstico endoscópico, edad, sexo, anestesia utilizada, causa de consulta, tiempo transcurrido entre la hemorragia y la realización de la endoscopia y la morbilidad del procedimiento. Toda la información se procesó manualmente.

Todos los pacientes consultaron al Servicio de Urgencias por presentar o haber presentado hemorragia del tracto gastrointestinal superior; el primer paso a seguir fue buscar la estabilización de sus signos vitales, cuando esto era necesario. Una vez logrado, se pasaba una sonda nasogástrica para corroborar la evidencia de la hemorragia; si el sangrado era activo se iniciaba el lavado gástrico con solución salina helada hasta obtener retorno claro por la sonda; una vez logrado esto se realizaba la endoscopia diagnóstica. En muy pocos casos fue necesario

* Profesor Auxiliar, Departamento de Cirugía, Facultad de Salud, Universidad del Valle, Cali, Colombia.

realizar el procedimiento con sangrado activo para evitar llevarlos a cirugía sin diagnóstico; así se buscaba por lo menos ofrecer al cirujano el sitio aproximado de hemorragia, pues el diagnóstico exacto es difícil de obtener por la mala preparación.

Ningún paciente recibió premedicación; como anestésico local se utilizó xilocaína en su forma viscosa o en atomizador. Todos los procedimientos se realizaron con el paciente en decúbito lateral izquierdo. Los instrumentos utilizados fueron ACMI y OLYMPUS, ambos de visión frontal.

RESULTADOS

De las 726 endoscopias a pacientes con hemorragia digestiva alta, 71% correspondieron a hombres. Las edades oscilaron entre 4 y 90 años con distribución similar en ambos sexos (Cuadro 1). Hubo elevación en el número a partir de los 20 años y una alza mayor después de los 60. El promedio de edad fue 41.6 años que es bastante inferior al obtenido por otros autores^{1, 2}.

Cuadro 1
Distribución por Edad y Sexo de 726 Pacientes con Hemorragia Gastrointestinal Superior.

Edad en años	Hombres		Mujeres		Total	
	Nº	%	Nº	%	Nº	%
10	3	0.5	1	0.4	4	0.5
10-19	29	5.6	13	6.2	42	5.8
20-29	111	21.5	15	7.2	126	17.3
30-39	87	16.8	15	7.2	102	14.1
40-49	72	14.0	31	14.8	103	14.1
50-59	95	18.4	47	22.6	142	19.6
60 y más	120	23.2	87	41.6	207	28.6
Total	517	100.0	209	100.0	726	100.0

No hubo una manifestación clínica que se pudiera correlacionar con los hallazgos endoscópicos (Cuadro 2). Vale la pena anotar las diferencias tan significantes con el trabajo de Halmagyl³ donde la melena era la manifestación clínica más importante.

En 55.9% de los pacientes se realizó el procedimiento endoscópico después de 24 horas de haber hecho el último episodio hemorrágico (Cuadro 3); esto es importante pues se ha demostrado²⁻⁴ que el porcentaje de certeza en el diagnóstico disminuye considerablemente a medida que aumenta el tiempo entre el sangrado y la endoscopia.

En cuanto al diagnóstico etiológico (Cuadro 4), definitivamente en Cali, la enfermedad ulcerosa péptica en sus manifestaciones duodenal y gástrica es la causa principal de hemorragia digestiva alta. Otros investigadores^{1, 5-8} (Cuadro 5) han tenido hallazgos similares a los del presente trabajo. Como causa de hemorragia se consideraba que las várices esofágicas eran raras en Cali antes de la utilización del endoscopio, pero hoy ocupan el tercer lugar después de la enfermedad ulcerosa y la gastritis hemorrágica.

Cuadro 2
Manifestación Clínica de la Hemorragia en 726 Pacientes con Sangrado Digestivo Alto.

Signo	Nº	%
Hematemesis	410	56.4
Melenas	110	15.1
Ambos	172	23.7
Sin dato	34	4.8

Cuadro 3
Tiempo Transcurrido entre la Última Hemorragia y la Endoscopia Digestiva Superior.

Horas	Nº	%
6	65	8.9
6-11	56	7.7
12-17	31	4.3
18-23	116	16.0
24 y más	406	55.9
Sin dato	52	7.2
Total	726	100.0

Cuadro 4
Diagnóstico Etiológico Endoscópico por Sexo de 726 Pacientes con Hemorragia Digestiva Alta.

Diagnóstico	Hombres		Mujeres		Total	
	Nº	%	Nº	%	Nº	%
Esofagitis	17	3.2	7	2.7	24	3.0
Várices	45	8.4	29	11.0	74	9.3
Mallory Weiss	21	3.9	3	1.1	24	3.0
Gastritis	65	12.0	19	7.4	84	10.5
Úlcera gástrica	121	22.3	71	28.0	192	24.0
Úlcera duodenal	154	28.5	74	28.8	228	28.7
Carcinoma	26	4.8	16	6.2	42	5.2
Otros	55	10.1	19	7.4	74	9.3
Sin diagnóstico	37	6.8	19	7.4	56	7.0
Total	541	100.0	257	100.0	798	100.0

Cuadro 5
Estudios Endoscópicos sin Diagnóstico en Pacientes con Hemorragia Digestiva Alta.

	%
Webb et al. ¹	6
Villar et al. ⁵	7
Katon y Smith ⁶	4
Mc Gim et al. ⁷	11
Gilbert et al. ⁸	8
Presente trabajo	7

Cuadro 6
Diagnóstico Etiológico Endoscópico en Varios Estudios
Realizados en Pacientes con Hemorragia Digestiva Alta.

Fuente	Nº casos	Gastritis erosiva %	Úlcera gástrica %	Mallory Weiss %	Úlcera duodenal %	Várices esofágica %	Cáncer gástrico %
Sugawa et al. ¹⁰	178	42	18	15	11	5	3
Villar et al. ⁵	192	18	10	8	26	15	3
Katon y Smith ⁶	100	9	15	8	23	16	2
Mc Ginn et al. ⁷	118	6	21	2.5	42	2.5	2
Webb et al. ¹	125	1	36	10	38	5	1
Gilbert et al. ⁸	2097	29	22	8	23	15	4
Presente trabajo	726	10	24	3	28	9	5

La efectividad del procedimiento para obtener un diagnóstico es bastante aceptable (Cuadro 6) pues se aprecian 93% de pacientes con diagnóstico endoscópico. La sensibilidad de la endoscopia no se pudo obtener porque en la mayoría de los casos fue el único estudio diagnóstico que se realizó.

No hubo mortalidad y tampoco se vieron complicaciones. En la presente serie únicamente 7 personas rehusaron la endoscopia por lo cual se excluyeron del estudio.

DISCUSION

La endoscopia, como procedimiento diagnóstico en la hemorragia del tracto gastrointestinal, ha hecho aportes muy importantes al grupo de médicos que se enfrentan a la atención de personas con esta emergencia médico-quirúrgica. En primer lugar, de situaciones muy frecuentes, por encima de 50%, en las que se debía iniciar terapia sin conocer el diagnóstico, con la endoscopia esa proporción se reduce a 7%. En esta cifra por lo menos se indica el órgano que está sangrando lo cual elimina una serie de causas y facilita así no sólo el manejo médico sino también el abordaje quirúrgico en caso de ser necesario.

En segundo lugar, la rapidez para lograr el diagnóstico junto con la morbimortalidad casi inexistente y la ausencia de complicaciones, obligan a utilizar este procedimiento como el primer estudio en todo paciente con sangrado digestivo alto.

Aunque es cierto que se ha informado⁹ que no hay diferencia en el pronóstico de los pacientes con hemorragia del tracto gastrointestinal superior, sometidos de rutina a endoscopia frente a quienes no lo son, sin embargo, poder dirigir el tratamiento hacia una etiología ya conocida y lograr no sólo una resucitación más rápida sino una utilización más racional de los recursos, justifica plenamente hacer la endoscopia en forma rutinaria.

Es importante destacar entre las causas del sangrado digestivo que antes de la endoscopia el principal diagnóstico era la gastritis hemorrágica¹⁰. Hoy, la enfermedad péptica es la causa más frecuente y además aparecen otras entidades que sólo se diagnostican por la endoscopia como el síndrome de Mallory Weiss¹¹ que es la ruptura longitudinal de la mucosa en la unión gastroesofágica.

La explicación del descenso en la frecuencia de la gastritis hemorrágica se puede deber a que las lesiones en la mucosa de este tipo se han visto cicatrizar en menos de 24 horas¹². De ahí la importancia de realizar el procedimiento endoscópico lo más rápido posible y lograr así mayor certeza diagnóstica.

Durante la endoscopia hay que tratar de examinar tanto el esófago como el estómago y el duodeno, sin tener en cuenta si en el primer órgano se encuentra alguna lesión patológica, pues el porcentaje de casos con 2 ó más posibles causas de hemorragia es relativamente alto y más notorio en los pacientes con várices esofágicas.

El cáncer gástrico como causa de hemorragia en el presente estudio tuvo un comportamiento similar al descrito por otros autores.

Está demostrado que los estudios radiológicos no se deben utilizar como procedimiento diagnóstico en pacientes con hemorragia del tracto gastrointestinal superior^{13, 14}.

Los hallazgos en esta investigación permiten concluir que es necesaria la existencia de un servicio de endoscopia, con disponibilidad del personal especializado, para atender los pacientes con hemorragia digestiva en quienes no cede el sangrado a pesar del tratamiento médico, y en quienes la endoscopia es mandatoria antes de llevarlos a cirugía.

Por otro lado, las instituciones de salud deberían tomar las normas pertinentes para racionalizar el uso de los estudios diagnósticos en estos enfermos, buscando no utilizar recursos poco efectivos cuando hay otros que ofrecen mejores resultados. Esto no sólo disminuye los costos sino que permite brindar una mejor atención al paciente.

AGRADECIMIENTOS

Se agradece la colaboración de los doctores Luis Guillermo Mayoral, Eduardo De Lima y Edilberto Gómez, sin cuyo concurso no se hubiera podido obtener la casuística del presente estudio.

SUMMARY

The experiences, over a four year period, of the Digestive Endoscopy Service at the Hospital Universitario del Valle, in

Cali, are reported. During this period endoscopy was used as a diagnostic tool in patients with upper gastrointestinal hemorrhage either consulting this hospital or being referred by other institutions.

Among 726 clinical records, covering the total number of patients, duodenal ulcer was the most common source of bleeding. Through the endoscopy some other lesions which could have been overlooked became also evident. Finally, it is suggested to suspend the use of X-ray studies as diagnostic methods in upper gastrointestinal hemorrhages.

REFERENCIAS

1. Webb, W., Daniel, L. y Johnson, R.: Endoscopy evaluation of 125 cases of upper gastrointestinal bleeding. *Ann Surg* 193: 624-626, 1981.
2. Forrest, S.A., Finlayson, N. y Shearman, D.: Endoscopy in gastrointestinal bleeding. *Lancet* 2: 394-396, 1974.
3. Halmagyl, A.F.: A critical review of 425 patients with upper gastrointestinal hemorrhage. *Surg Gynecol Obstet* 130: 419-430, 1970.
4. Schiller, K.F. y Cotton, P.B.: Hemorragia gastrointestinal superior aguda. *Clin Gastroenterológica* 6:41-49, 1980.
5. Villar, H., Fender, H., y Watson, L.: Emergency diagnosis of upper gastrointestinal bleeding by fiberoptic endoscopy. *Ann Surg* 185: 367-374, 1977.
6. Katon, R.M. y Smith F.: Panendoscopy in the early diagnosis of acute upper gastrointestinal bleeding. *Gastroenterology* 65: 728-734, 1975.
7. Mc Ginn, F., Guyer, P.B. y Wilken, B.J.: A prospective comparative trial between early endoscopy and radiology in acute upper gastrointestinal hemorrhage. *Gut* 16: 707-713, 1975.
8. Gilbert, D.A.; Silverstein, F.E. y Tedesco, F.J.: The national ASGE survey on upper gastrointestinal bleeding. Part III: Endoscopy in upper gastrointestinal bleeding. *Gastrointest Endosc* 27: 94-104, 1981.
9. Peterson, W.L., Barnett, C.R. y Smith, H.J.: Routine early endoscopy in upper — gastrointestinal — tract bleeding. *N Engl J Med* 304: 925-929, 1981.
10. Sugawa, Ch., Werner, M. H. y Hayes, D.F.: Early endoscopy. A guide to therapy for acute hemorrhage in the upper gastrointestinal tract. *Arch Surg* 10: 133-137, 1973.
11. Knaver, C.M.: Mallory Weiss syndrome. Characterization of 75 Mallory Weiss lacerations in 528 patients with upper gastrointestinal hemorrhage. *Gastroenterology* 71: 5-8, 1976.
12. Morrissey, J.F.: Controversies in Gastroenterology: Early endoscopy for major gastrointestinal bleeding. It should be done. *Dig Dis* 22: 534-539, 1977.
13. Hoare, A.M. y Conn, H.O.: Comparative study between endoscopy and radiology in acute upper gastrointestinal hemorrhage. *Br Med J* 1: 27-30, 1975.
14. Keller, R.T. y Logan, G.M.: Comparison of emergent endoscopy and upper gastrointestinal series radiography in acute upper gastrointestinal hemorrhage. *Gut* 17: 180-184, 1976.

Señores

Corporación Editora Médica del Valle

A.A. 8025

Cali

Les incluyo el valor de \$ _____ para cubrir el costo de la suscripción de COLOMBIA MEDICA durante _____ año (s).

Un (1) año \$700.00 Dos (2) \$1,350.00

Nombre: _____

Dirección: _____

Estudiantes y Residentes valor de un (1) año \$500.00. Dos (2) \$950.00. Favor especificar año de estudio y, si es Residente, especialidad.



Una publicación de la Corporación Editora Médica del Valle - A.A. 8025, Cali, Colombia