

Hemorragia Digestiva Alta

Nuestra Casuística en los Últimos Cinco Años.

Porfilio Gularte Giovanna¹, Parquet Romina¹, Bugallo Mario², Nakamura Junzo³, Alegre Rossanna⁴.

Resumen:

Realizamos un estudio retrospectivo de las Hemorragias digestivas altas (HDA) que consultaron a nuestro Servicio; entre los años 1.998–2003.

El objetivo del presente trabajo fue determinar las principales causas de sangrado digestivo alto en nuestra región y compararlo con la bibliografía mundial.

La exploración endoscópica constituye el estudio de elección en la HDA. Evaluamos 2387 esofagogastroduodenofibroskopías (EGDF) efectuadas durante los últimos cinco años, de las cuales 402 (16,8%) correspondieron a HDA. Las edades oscilaron entre 16–88 años (edad promedio 56).

La gastroduodenitis aguda 45,28% (182 casos) fue la causa más frecuente de sangrado del tracto digestivo superior. La segunda fue la úlcera gástrica 12,1% (49 casos), seguida de la duodenal 11,9% (48 casos). Respecto a la incidencia estacional hubo un mayor predominio en otoño 36,31% (146 casos). En el 5,2% (21 casos) no se llegó al diagnóstico etiológico debido a la mala preparación o a sangrado activo; sin embargo en 18 casos de éste grupo se lo pudo ubicar topográficamente, el resto requirió una segunda endoscopia para su diagnóstico.

Palabras claves: Hemorragia digestiva alta. Casuística. Gastroduodenitis.

Introducción:

La hemorragia digestiva alta (HDA), constituye junto con el abdomen agudo la principal causa de urgencia gastrointestinal, tanto por su frecuencia como por su elevada morbilidad¹.

Nuestro objetivo en el presente trabajo es comunicar la casuística de hemorragia digestiva alta del Servicio de Gastroenterología del Hospital Escuela de la Facultad de Medicina de la UNNE en los últimos cinco años.

Material y métodos:

Se realizó un estudio retrospectivo donde se evaluaron los resultados de las endoscopías efectuadas a pacientes durante el período comprendido entre el 1º de enero de 1998 y el 31 de octubre de 2003.

Se consideraron los informes endoscópicos que respondían a HDA, fueran o no de urgencia.

Instrumental: Esofagogastroduodenofibroskopia marca FUJINON FG 100 FP.

Las variables evaluadas fueron:

1. Diagnóstico etiológico,
2. Establecer correlaciones respecto:
 - a) edad
 - b) sexo
 - c) incidencia estacional.

Resultados:

Se realizaron 2.387 esofagogastroduodenofibroskopías en los últimos cinco años; 402 (16,8%) correspondieron a hemorragia digestiva alta, encontrándose un franco predominio en el sexo masculino, 62,93% (253 casos) respecto al femenino, 39,55% (159 casos). La edad de presentación osciló entre 16 y 88, edad promedio 56. La causa más frecuente de HDA fue la gastroduodenitis aguda (varones: 71,9%, 131 casos, mujeres: 28,02%, 51 casos), sin diferencias en cuanto a la edad (Tabla 1).

Respecto a la incidencia estacional, se halló un mayor predominio de HDA durante el otoño 36,31% (146 casos), mien-

¹ Concurrerentes de primer año del Servicio de Gastroenterología del Hospital Escuela "Gral. José de San Martín".

² Jefe del Servicio de Gastroenterología del Hospital Escuela "Gral. San José de San Martín". Profesor Adjunto, Cátedra V Medicina, Facultad de Medicina, UNNE.

³ Médico del Servicio de Gastroenterología del Hospital Escuela "Gral. San Martín". Profesor Adjunto, Cátedra II Medicina, Facultad de Medicina UNNE.

⁴ Médico del Servicio de Gastroenterología del Hospital Escuela "Gral. José de San Martín". Instructor de Concurrerentes del Servicio de Gastroenterología del Hospital Escuela "Gral. San Martín". Dirección del autor: Lagrãña 160, Corrientes 3.400. Tel. 03783–15530790. e–mail: giovaporfilio@hotmail.com.ar

tras que en los meses de invierno fue del 28,35% (114 casos), primavera 19,15% (77 casos) y verano 16,17% (65 casos).

Se llegó al diagnóstico etiológico (Tabla 2) en el 82,77% (345 casos) cifra importante en comparación con otras series, en las cuales fue de aproximadamente 65–75% ².

En el 5,21% (21 casos) no se llegó al diagnóstico etiológico; ya sea por mala preparación (9 casos) o por sangrado activo (12 casos). En este último grupo si bien no se llegó a determinar el origen del sangrado, en el 87,5% (18 casos) se pudo ubicar topográficamente el mismo; los demás pacientes requirieron de una segunda exploración endoscópica (3 casos).

La positividad diagnóstica fue del 94,26% (Tabla 1), similar a la de otras series que mencionan cifras de 91–93% ^{3,4,5}.

Discusión:

En la actualidad no existen dudas de que la endoscopia es el examen de elección en la HDA ^{6,7} al proporcionar un diagnóstico rápido y fidedigno, debiéndose indicarla lo más precozmente posible ⁸.

La HDA es una entidad frecuente en la práctica clínica que requiere hospitalización ⁹. Cede espontáneamente en un alto porcentaje ¹⁰ y aproximadamente en el 15–20% es necesario implementar un tratamiento endoscópico o quirúrgico ^{11,12,13,14}.

Estadísticamente, las causas más frecuentes de sangrado digestivo alto son: ^{11,12,15,16} 1) gastroduodenitis aguda asociada a ingesta de AINE ^{17,18}, 2) úlcera duodenal, 3) úlcera gástrica, 4) varices esofágicas y gastropatía de hipertensión portal, 5) síndrome de Mallory-Weiss, 6) malformaciones arteriovenosas.

En los pacientes que consultaron a nuestro Servicio la gastroduodenitis aguda asociada a ingesta de AINE ocupó el primer lugar. A este grupo le corresponden el 45,28% de los casos, dato que concuerda con la estadística mundial que la atribuye a una mayor difusión en su prescripción y al aumento de la expectativa de vida en la población general ^{11,12,14,17}.

En segundo lugar la úlcera gástrica con un 12,18%, seguida de úlcera duodenal en un 11,94%.

Según la bibliografía consultada ^{12,17,18} la úlcera duodenal se complica con sangrado más frecuentemente que la gástrica; esta diferencia no resultó significativa en nuestra revisión.

El sangrado por varices esofágicas en nuestra casuística representó el 3,73%, mientras que en la estadística internacional alcanza hasta un 10% ^{11,12,17}.

Al síndrome de Mallory-Weiss le correspondió el 2,23% en tanto que la bibliografía mundial le asigna un 8% ^{11,12,17}.

La incidencia estacional de HDA, mayor durante el otoño (36,31%), guarda relación con otras publicaciones ^{19,20,21}.

Dentro de las causas menos frecuentes encontramos esofagitis, neoplasias, duodenitis aguda, varices gástricas,

Tabla 1

HDA Nuestra casuística en los últimos 5 años
Hospital Escuela (Enero 1998—Octubre 2003)

Población:	
Total de Pacientes: 402	M 253 (62,93%) F 159 (39,55%)
Edad promedio:	56 años (desde 16—88 años)
Positividad diagnóstica:	94,26%

Tabla 2

Causas de HDA	Frecuencia %
Gastroduodenitis aguda	45,28% (182 casos)
Úlcera gástrica	12,18% (49 casos)
Úlcera duodenal	11,94% (48 casos)
Estudio normal	8,95% (36 casos)
Várices esofágicas	3,73% (15 casos)
Várices gástricas	3,23% (13 casos)
Cáncer gástrico	2,48% (10 casos)
Síndrome de Mallory-Weiss	2,23% (9 casos)
Esofagitis	1,99% (8 casos)
Pólipo gástrico	1,24% (5 casos)
Angiodisplasia gástrica	0,74% (3 casos)
Lesión por decúbito por sonda nasogástrica	0,49% (2 casos)
Hemorragia rinofaríngea	0,24% (1 caso)

En el 5,21% (21 casos) no se llegó al diagnóstico etiológico. Por sangrado activo, 2,98% (12 casos) y mala preparación 2,23% (9 casos).

Tabla 3

HDA Nuestra casuística en los últimos 5 años
Hospital Escuela (Enero 1998 – Octubre 2003)

Posibilidad diagnóstica	Casos	%
Total de estudios	402	100%
Normales	36	8,95%
Diagnóstico etiológico	345	82,77%
Diagnóstico topográfico	18	4,47%
Hemorragia sin diagnóstico*	3	1,2%

*Se realizó una segunda endoscopia para llegar al diagnóstico.

lesiones por sonda nasogástrica, angiodisplasia gástrica, pólipo gástrico ^{13,22}.

Bibliografía:

1. Aabakken L. Nonvariceal upper gastrointestinal bleeding (review). Endoscopy 2001; 33:16–23.

2. Appleyard M, Glukhorsky D, Swain P. Wireless-capsule diagnostic endoscopy for recurrent small-bowel bleeding. *N Engl J Med* 2001; 344:232–233.
3. Hellers G.; Ihre T. Impact of change to early diagnosis and surgery in mayor upper gastrointestinal bleeding. *Lancet II*: 1975. 1250–1251.
4. Jonick P.; Alfydi R.S. Selective visceral angiography in the diagnosis and treatment of gastroduodenal hemorrhage. *Surgical Clinics of North America*. 1977. 56: 1365–1373
5. Schiller K.F.; Truelove S.C.; Williams D.G.; Hematomosis and Melena whith Special Reference to Factors Influencing the outcome. *Brit. Med. J* 1970. 2: 7–14
6. Hoare A.M. Comparative study between endoscopy and radiology in acute gastrointestinal hemorrhage. *Brit. Med. J* 1975. 1: 27–30.
7. Katon R.M.; Smith F.W. Panendoscopy the early diagnosis of acute upper gastrointestinal bleeding. *Gastroenterology* 1973. 65: 728–734.
8. Debray CH.; Crepson B.; Housset P.; et al. L'Endoscopie haute d'urgence dans les hemorrhagies digestives. *Acta Endoset Radiocin* 1973; 3 : 120–122.
9. Protell A. ; Silverstein F. ; Gilbert D. ; et al. Severe upper Gastrointestinal Bleeding. *Clinics in Gastr.* 1981; 10, 17–26.
10. Northfield T.C. Factors Predisposing to Recurrent Hemorrhage after Acute Gastrointestinal Bleeding. *Brit. Med J*: 1971. 26–28.
11. Chojkier M.; et al: A controlled comparison of continuos intrarterial and intravenous infusions of vasopressin in hemorrhage from esophageal varices. *Gastroenterology* 1979; 77: 540.
12. Jensen D.M.; Machicado C.A.: Diagnosis and treatment of severe hemotochezia the role of colonoscopy after purge. *Gastroenterology*, 1968; 95: 1569.
13. Panés J, Viver JM, Forné M. Randomized comparison of endoscopic microwave coagulation and endoscopic sclerosis in the treatment of bleeding peptic ulcers. *Gastrointest Endosc* 1991; 37: 611–616
14. Sleisenger–Fordtran. *Enfermedades Gastrointestinales. Hemorragia gaastrointestinal*. Quinta edición 1994: 166–173.
15. Gilbert D. A.; Silverstein F. E.; Tedesco F. J.; et al. National ASGE Survey on upper gastrointestinal bleeding. *Complications of Endoscopy. Dig. Dis. Sci.* 1981. 26: 55 s– 59 s.
16. Cello J. P.; et al. Endoscopic sclerotherapy versus portacabal shunt in patients with severe cirrhosis and acute varicial hemorrhage: long– term follow up. *N. Engl. J. Med.*, 1987; 316:11.
17. Beejay U, Wolfe M. Acute gastrointestinal bleeding in the intensive care unit. The gastroenterologist's perspective. En: *High risk bleeding, Part II. Gastroenterology Clinics*. WB Saunders 2000; 29 (2).
18. Cooper G, Amitabh C, Lynne W et al. Early endoscopy in upper gastrointestinal hemorrhage: associations with recurrent bleedinsurgery and length of hospital stay. *Gastrointest Endosc* 1999; 49:145–152.
19. Farrell J, Friedman L. Gastrointestinal bleeding in older people. En: Cappell M editor. *High risk gastrointestinal bleeding, Part I. Gastroenterology Clinics of North America*. Filadelfia: WB Saunders 2000; 29 (1) 1–36.
20. Laine L. Acute and chronic gastrointestinal bleeding. En: Feldman M, Scharschmidt B, Sleisenger M. editors. *Sleisenger and Fordtran's gastrointestinal and liver disease: Pathophysiology/ diagnosis/ management*. 6ªed. Filadelfia: WB Saunders; 1998: pp.198–219.
21. Longstreth GF, Feitelberg Sp. Successful outpatient management of acute upper gastrointestinal hemorrhage: use of practice guidelines in a large patient series. *Gastrointestinal Endoscopy* 1998; 47 (30):219–222.
22. Wara P. Endoscopic prediction of major rebleeding – A prospective study of stigmata of hemorrhage in bleeding ulcer. *Gastroenterology* 1985; 88: 1209–1214.