

Trabajo Original

Hemorragia Digestiva Alta No Varicosa. La experiencia del Centro Médico Bautista

Upper Gastrointestinal bleeding. The Baptist Medical Center's experience

Dres. Castor Samaniego,
Eva T Casco**,
Carlos M Cristaldo***.*

* Cirujano del Plantel. Profesor Titular de Clínica Quirúrgica de la FCM - UNA.

** Médico Residente

*** Gastroenterólogo

CENTRO MÉDICO BAUTISTA

RESUMEN

Antecedentes: La hemorragia digestiva alta (HDA) constituye una de las emergencias médicas más frecuentes; el método diagnóstico estándar es la endoscopia digestiva alta y la terapéutica de elección la que combina el tratamiento médico y el endoscópico.

Pacientes y método: Se realizó un estudio descriptivo, retrospectivo, de casos consecutivos de HDA atendidos en el Centro Médico Bautista entre junio de 2.002 y diciembre de 2.004. Se investigó: características demográficas, cuadro clínico, hallazgos endoscópicos, tratamiento y resultados.

Resultados: La serie incluye 55 casos: 30 hombres y 25 mujeres, con una edad promedio de 59 años; 21 eran consumidores de AINEs. Los motivos de consulta fueron: melena 27 casos, hematemesis 6, hematemesis y melena 17, lipotimia 3 y rectorragia 2. Las causas del sangrado fueron: Úlcera péptica 32 casos, gastritis 19, esofagitis erosiva 2 y Síndrome de Mallory-Weiss 2. Ningún paciente sometido a tratamiento médico o endoscópico tuvo recaída del sangrado. Dos pacientes fueron sometidos a cirugía de urgencia. No se registró deceso alguno.

Conclusión: la HDA afecta más frecuentemente a varones, siendo la hematemesis y la melena los síntomas comunes; la úlcera péptica es la causa habitual del sangrado y el manejo no operatorio conduce a resultados satisfactorios.

Palabras clave: hemorragia gastrointestinal alta, endoscopia digestiva alta.

ABSTRACT

Background: Upper gastrointestinal (GI) bleeding is one of the most frequent medical emergencies. The standard diagnostic method is upper GI endoscopy, and treatment of choice combines medical and endoscopic treatment.

Patients and methods: A descriptive, retrospective study was done in consecutive cases of upper GI bleeding seen at the Baptist Medical Center between June 2002 and December 2004. Parameters studied were: demographic characteristics, clinical setting, endoscopic findings, treatment and results.

Results: The series includes 55 cases: 30 men and 25 women, with an average age of 59 years; 21 patients were taking NSAIDs. Chief complaints were: melena in 27 cases, hematemesis in 6, hematemesis

and melena in 17, fainting in 3 and rectal bleeding in 2. The causes of bleeding were: peptic ulcer in 32 cases, gastritis in 19, erosive esophagitis in 2 and Mallory-Weiss syndrome in 2. No patient relapsed after medical or endoscopic treatment. Two patients had emergency surgery. There were no deaths.

Conclusion: Upper GI bleeding is more common in men, and hematemesis and melena are the most frequent chief complaints. Peptic ulcer is the most frequent cause of bleeding and non-surgical management gives satisfactory results.

Key words: upper GI bleeding; upper GI endoscopy

INTRODUCCIÓN

La hemorragia digestiva alta (HDA) es la pérdida de sangre procedente del tracto digestivo superior; esto es, por encima del ángulo duodeno-yeyunal (Treitz). Constituye una de las emergencias médicas más frecuentes; es un cuadro grave, con una mortalidad del orden del 10 al 30 %, sujeta a variaciones según la naturaleza de la lesión sangrante, la intensidad del sangrado inicial, la recidiva hemorrágica y la presencia de enfermedades asociadas (1).

La extravasación sanguínea hacia el lumen esófago-gastro-duodenal puede ser aguda o crónica; la hemorragia aguda suele manifestarse por hematemesis, melena o rectorragia, en dependencia del volumen y la velocidad de la pérdida, la ubicación topográfica de la lesión y la existencia de alteraciones anatómicas en las zonas de pasaje – cardias, fundamentalmente – como consecuencia de la patología en causa o de otras concomitantes. La hemorragia de tipo crónica – con pérdidas sanguíneas más o menos ocultas – suelen conducir a cuadros de anemia; sus causas más frecuentes son de naturaleza neoplásica y su manejo clínico diferente hace que se la excluya regularmente de los cuadros de HDA (2).

El manejo óptimo de la HDA requiere de un diagnóstico lo más exacto posible: ¿se trata realmente de un sangrado gastrointestinal o de sangre deglutida?. ¿Cuál es el sitio de la extravasación?. ¿Se trata de una lesión varicosa o de otra naturaleza?. ¿Cuáles son las posibilidades de una hemostasia espontánea o de una recidiva?. Por otra parte: ¿es preciso internar al paciente y reponer la sangre perdida?. ¿Habría necesidad de una intervención quirúrgica o será resuelta por procedimientos endoscópicos? (3).

La mejoría del pronóstico de los cuadros de HDA en las últimas décadas es manifiesta; esto, debido fundamentalmente a la precisión diagnóstica ofrecida por los estudios endoscópicos. Los recursos de tratamiento al alcance del médico son en la actualidad variados y de eficacia creciente; el desarrollo

de técnicas de hemostasia por vía endoscópica ha logrado restringir la indicación operatoria de urgencia a cifras menores del 10%, disminuyendo en consecuencia la morbi-mortalidad (4).

El objetivo de este trabajo es revisar la experiencia del Centro Médico Bautista en el diagnóstico y tratamiento de la HDA.

PACIENTES Y MÉTODO

Se realizó un estudio descriptivo, retrospectivo, de casos consecutivos de hemorragia digestiva alta (HDA) no varicosa, atendidas en el Centro Médico Bautista (CMB) de Asunción en el periodo de junio de 2.002 a diciembre de 2.004.

La obtención de los datos fue posible mediante la revisión de los archivos computarizados del Departamento de Endoscopia Digestiva y de los expedientes clínicos obrantes en el fichero del Hospital.

Se revisaron 430 informes de endoscopia digestiva alta (EDA), de los cuales 55 corresponden a HDA. Fueron tabulados datos relacionados con los hábitos (consumo de alcohol, corticoides, AAS o AINES), el motivo de consulta, el tiempo de evolución, la severidad de la hemorragia, los resultados de la endoscopia y las intervenciones quirúrgicas, realizadas a falta de diagnóstico preciso y ante cuadros de hemorragia masiva.

El estudio endoscópico se realizó bajo sedación con Midazolán; el aparato utilizado fue el OLYMPUS GIFXQ 20. Los pacientes con lesiones ulcerosas fueron clasificados según la escala de Forrest (5).

Los recursos de tratamiento empleados fueron: en ulcera péptica la escleroterapia con inyección de adrenalina 1/10.000 y Aetoxyesclerol al 1%; en las gastritis erosivas y en los casos de Síndrome de Mallory-Weiss se aplicó sólo tratamiento médico: inhibidores de la bomba de protones y/o sucralfato.

RESULTADOS

La serie incluye 30 hombres y 25 mujeres, con una edad promedio de 58.8 años (r 20-90); 21 eran consumidores de AINES. Los valores sanguíneos de hemoglobina al ingreso se situaron entre 5.6 a 11 con un promedio general de 8 gr %.

Los motivos de consulta fueron: melena 27 pacientes (49%), hematemesis y melena 17 (31 %), hematemesis 6 (11%), lipotimia 3 (5.4%) y rectorragia 2 (3.6 %). Figura 1.

Las causas del sangrado fueron: Ulcera péptica 32 (20 gástricas y 12 duodenales), gastritis erosiva 19, esofagitis erosiva 2 y Síndrome de Mallory-Weiss 2. Figura 2. Esta lista incluye 2 pacientes que cuentan con diagnóstico operatorio exclusivamente: uno de ellos (lesión ulcerosa) fue intervenido sin EDA y en

el otro (gastritis erosiva) el estudio endoscópico no pudo precisar la naturaleza de la lesión sangrante.

La distribución de los pacientes con úlcera péptica según la clasificación de Forrest reveló: Ib 1 caso, Ila 7, Iib 7, Iic 1 y Forrest III 15 casos; en el paciente operado de entrada no se tiene la información que permita clasificarlo.

En el grupo con antecedente de ingesta crónica de AINEs (21 casos) se comprobó 17 úlceras pépticas (14 gástricas) y 4 gastritis erosivas.

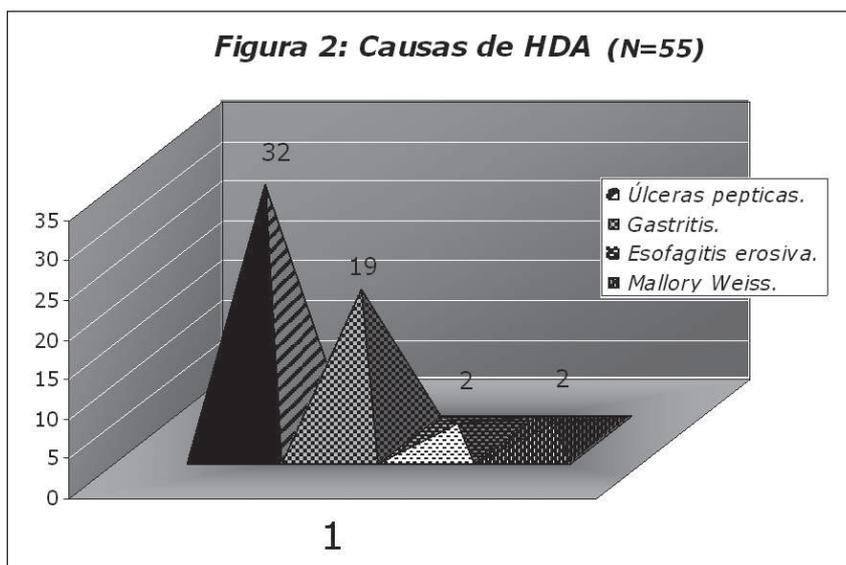
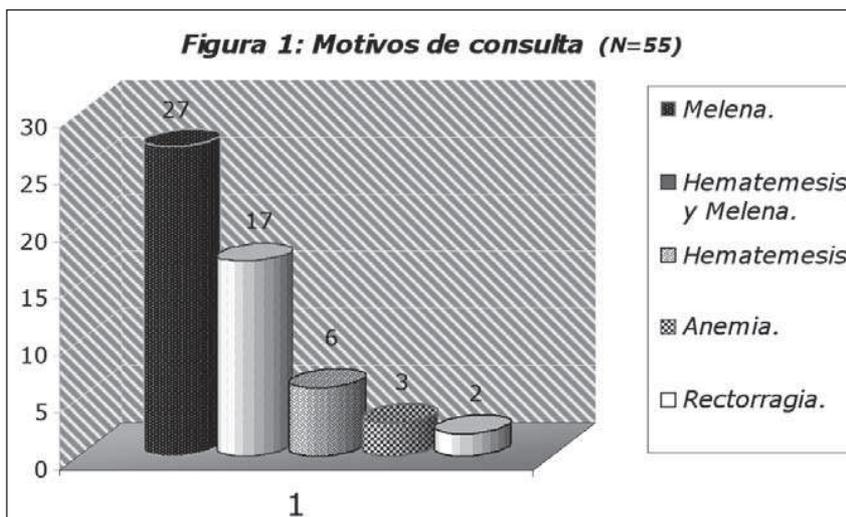
El tratamiento médico exclusivo fue aplicado a los 22 pacientes sin lesiones ulcerosas determinadas por la EDA y a los 23 portadores de úlcera Forrest Ib, Iic y III; la esclerosis endoscópica a los 8 pacientes con Forrest Ib y Ila.. Dos pacientes fueron sometidos a cirugía de urgencia. En ellos el estudio endoscópico no pudo precisar con certeza la causa

del sangrado. El primero fue sometido a una gastrectomía sub-total por úlcera gástrica hemorrágica; al segundo se le practicó una vagotomía troncular - por una gastritis erosiva hemorrágica - presentando una recaída del sangrado; fue sometido a una gastrectomía total 3 días mas tarde.

Ningún paciente, sometido a tratamiento médico exclusivo (43 casos) o endoscópico (8 casos) tuvo recaída del sangrado. No se registró deceso alguno en la serie.

DISCUSIÓN

La distribución por sexo fue: hombres 30 pacientes (55%) y mujeres 25 (45 %). La edad media de los pacientes de la serie fue de 58,8%. Los antecedentes del consumo de ciertos fármacos “tóxicos de la mu-



cosa gastroduodenal” (AINEs y corticoides) permitió detectar que 21 pacientes tenían antecedentes; se conoce su acción deletérea sobre la mucosa gástrica, que ha sido comprobada incluso por microscopía de barrido con la ruptura de las distintas uniones celulares y la producción de distintas erosiones (6).

Esta serie revela que los motivos de consulta más frecuentes fueron: melena en 27 pacientes, hematemesis y melena en 17 y sólo hematemesis en 6; estas cifras no coinciden con las reportadas por Bannura (7), que revelan la hematemesis como motivo de consulta más frecuente; posiblemente estos pacientes eran, en su mayoría, portadores de hemorragias más profusas y de mayor cuantía. Las cifras de nuestra serie coinciden, sin embargo, con las señaladas por Machain para quien el hallazgo más frecuente es vómito con sangre y heces negras (8).

La mayor frecuencia de sangrado fue por úlcera péptica (gástrica o duodenal) en coincidencia con la mayoría de lo encontrado en la literatura, en particular las series nacionales de Machain, Samaniego y Paredes (3, 9, 10).

Actualmente existen diversos métodos para identificar el sitio y la causa de la HDA; la precisión diagnóstica de la endoscopia digestiva alta (EDA), realizada en plena hemorragia, llega a un 95% sobre todo si se realiza en las primeras 24 hs (11). Esto nos obliga a recurrir siempre a este método - diagnóstico y terapéutico - ante toda HDA.

En esta serie se realizó la EDA a 54 de los 55 pacientes: en un solo caso no se pudo practicar la endoscopia por inestabilidad hemodinámica; el paciente fue sometido a cirugía de urgencia, encontrándose una úlcera gástrica; fue sometido a gastrectomía subtotal 2/3 con anastomosis Billroth II, con buen resultado. Un solo estudio dio paso a un informe incorrecto: úlcera gástrica con hemorragia masiva; el paciente fue intervenido, comprobándose una gastritis erosiva hemorrágica corroborada por anatomía patológica.

Es importante mencionar a la arteriografía selectiva como método diagnóstico, útil en caso de hemorragia gastrointestinal en curso. Para lograr un resultado positivo se requiere de una pérdida sanguínea de 0,5 a 1 ml/min en el momento de la inyección (12). El rendimiento de la angiografía depende, además del tipo de estudio y del tipo de sangrado, detectando fundamentalmente el sangrado venoso. Por otra parte, se necesita una cateterización selectiva del vaso apropiado para detectar el sitio de sangrado, lo que requiere mucha experiencia en radiología intervencionista.

Existe el consenso de que el 80 - 85% de las HDA se detienen con tratamiento médico (13); en esta serie - tratada con recursos médicos y endos-

cópicos casi exclusivamente - no se observó ningún caso de recidiva. Las series consultadas señalan que, la recurrencia de la de la hemorragia se produce en un 15-20% de los pacientes con lesiones pépticas sangrantes. El tratamiento más adecuado en estos casos es todavía controvertido. La repetición del tratamiento endoscópico y la cirugía de urgencia “diferida” después de una segunda terapia endoscópica, constituyen las opciones más defendidas.

En esta situación la cirugía de urgencia conlleva una morbilidad y mortalidad elevadas, por lo que se la debe evitar en la medida de lo posible. La cirugía precoz en pacientes de alto riesgo, realizada después de conseguir la hemostasia inicial mediante métodos endoscópicos, ha logrado reducir la mortalidad del 11,7 al 7,1% (2) y del 1 a 4 % (14).

Los recursos de tratamiento endoscópico aplicados en la serie fueron la escleroterapia con adrenalina diluida 1/10.000 y el aetoxyesclerol al 1%. Cabe mencionar, sin embargo, que numerosos estudios reportan diversas opciones de hemostasia por vía endoscópica; algunas de ellas aplicadas de preferencia en las úlceras hemorrágicas y otras más bien a várices esofágicas. Cabe mencionar algunas como los *métodos térmicos* (láser, electrocoagulación mono y multipolar, sondas térmicas) y los *métodos mecánicos* (hemoclips y bandas elásticas) (15).

Sólo dos pacientes fueron sometidos a cirugía de urgencia (3,6%): el primero - portador de una úlcera duodenal - fue sometido a una gastrectomía subtotal; el segundo - portador de una gastritis erosiva - inicialmente a vagotomía troncular y 4 días más tarde a gastrectomía total. Cabe resaltar que este paciente presentaba varios factores de co-morbilidad (ACV secular, HTA, entre otros).

La proporción de pacientes sometidos a cirugía varía entre el 10 y el 20%, según diversas series, con una mortalidad operatoria entre el 15 al 25 %, en la hemorragia masiva (cirugía de urgencia). Las cifras varían en función a los momentos operatorios: electiva, semi electiva o de urgencia; debido a esto se han protocolizado ciertas indicaciones de cirugía (16).

El tratamiento quirúrgico de la gastritis erosiva hemorrágica fue motivo de mucha controversia en décadas pasadas; se han propuesto opciones que van de la simple vagotomía troncular hasta la gastrectomía total, pasando por las gastrectomías parciales. Estas opciones de tratamiento han quedado completamente relegadas luego del empleo de drogas bloqueantes de la acidez gástrica que logran - se cree - el mismo grado de bloqueo de la producción ácida en el estómago. Estas drogas asociadas a otras, que tienden a “desconectar” al paciente de su medio ambiente permiten en la mayoría de los casos controlar la hemorragia (17).

En la serie del CMB no se registraron recidivas del sangrado (excepto le paciente intervenido por gastritis erosiva) ni óbitos. Es posible que la intensidad de la hemorragia en nuestros pacientes haya sido relativamente menor a los casos de otras series: un solo paciente era portador de Forrest I. En una serie chilena se resume las principales causas de muerte por HDA: recaída del sangrado y sepsis con falla multiorgánica (14).

CONCLUSION

Las causas comunes de HDA fueron la enfermedad ulcerosa gastroduodenal y las lesiones gástricas agudas (gastritis erosivas). La endoscopia digestiva alta fue hecha en las primeras 24 horas y tuvo buena precisión diagnóstica. No hubo recidiva de la hemorragia en los pacientes sometidos a tratamiento médico o endoscópico; la proporción de pacientes operados de urgencia fue baja y la mortalidad de la serie nula.

BIBLIOGRAFÍA

- 1- Cabrera G., Macedo V.: Hemorragia digestiva alta. En: Blanco E.: Cirugía UNMSM. ISBN 9972-46-101-7-1999. Cap. 10.1.
- 2- González-Huix F., Hombrados-Verde M: Hemorragia digestiva alta no secundaria a hipertensión portal. Viguera Editores DL B44721-02. 2.002. Cap. 5.
- 3- Machain G, Marín E, Farina C, Sasamoto H: Prevalencias de hemorragias digestivas en el Hospital de Clínicas. Rev Chilena Cir 1999; 51: 477-82.
- 4- Blasco C, Macchi H, Ortiz Villalba J, Cristaldo C, Kojima T: Tratamiento endoscópico de las lesiones hemorrágicas gastrointestinales no varicosas. Anales de la Facultad de Ciencias Médicas 1998; XXXI (1-2): 187-201.
- 5- Forrest J, Finlayson N, Shearman D: Endoscopy in gastrointestinal bleeding. Lancet 1974; 2: 394-7.
- 6- Alcedo-Gonzalez J, Lanás-Arbeloa A. Gastropatía por antiinflamatorios no esteroideos. En: Manual de diagnóstico y terapéutica de las enfermedades digestivas. ISBN: 84-85424-45-X. Barcelona 2.002. Cap. 4.
- 7- Bannura G, Fischer J, Palacios R: Hemorragia Digestiva Alta masiva por úlcera péptica. Rev. Chilena Cir 1990; 42: 65-8.
- 8- Machain G: Hemorragia digestiva alta. En: Samaniego C. Pautas de la conducta médica. EFACIM-EDUNA 2000: 204-22.
9. Samaniego C, Paredes O, Parquet G, Ortiz J, Macchi H: Hemorragia digestiva alta: la precisión diagnóstica del estudio endoscópico. Clínicas 2002; 6: 18-22.
10. Paredes O, Samaniego C. Hemorragia gastrointestinal alta: La experiencia de un grupo de trabajo. Cir. Parag. 2002; 25: 6-10.
11. Farges O, Champault G, Trinchet J, Boutelier P: Qu'attendre de l'endoscopie dans les hemorragies digestives hautes?. Chirurgie 1985; 111 : 480-7.
12. Cofre J. y Cols. Utilidad de cintigrafía en la hemorragia digestiva. Rev. Chilena Cir 1997; 49: 209-12.
13. Jhonston D. Ulcera duodenal y gástrica En: Schwartz G, Ellis L, Cowles W. Maingot: Operaciones abdominales. Panamericana (Bs As) 1990: 724-58.
14. Ibáñez L, Baeza P, Guzmán S, Llanos O et Al. Tratamiento de la hemorragia digestiva alta de origen no variceal: evaluación de 10 años de experiencia. Rev. Chilena Cir 1998; 50: 370-8.
15. Antelo P: Trabajo cooperativo sobre hemorragia digestiva alta. Arch Argent de Enf Ap Digest 1995; 9: 22-4.
16. Patiño J. Tratamiento quirúrgico de la enfermedad ulceropéptica. En: Patiño J. Lecciones de cirugía. Panamericana (Bogotá) 2ª Ed. 2000: 477-84.
- 17- Ferraina P., Prevención de las lesiones agudas de la mucosa gástrica. Arch. Arg. Enf. Ap. Dig. 1995; 9 (3): 38-9.