

"ENDOSCOPIA DE URGENCIA EN HEMORRAGIA DIGESTIVA ALTA

*Dr. Gustavo Adolfo Zúñiga h. **

*Dr. Roberto Castillo P. ***

La hemorragia digestiva alta representa una emergencia médica frecuente en nuestro medio y aunque presenta variaciones importantes en su cuantía, es tanto para el cirujano, internista y gastroenterólogo un reto diagnóstico prioritario, para lo cual la endoscopia con aparatos de fibra de vidrio ha sido usada extensamente en los últimos años. (1-2-3-4).

El propósito del presente trabajo es hacer un análisis estadístico de un total de 73 casos de endoscopia de urgencia, realizados en el Hospital Central del Instituto Hondureño de Seguridad Social, durante el período comprendido del 10. de marzo de 1975 hasta el 31 de diciembre de 1979.

MATERIAL Y MÉTODOS

Se estudiaron en forma retro y prospectiva los pacientes hospitalizados en el IHSS., de Tegucigalpa que presentaron hematemesis, melena o ambas en el período comprendido del 10. de marzo de 1975 hasta el 31 de

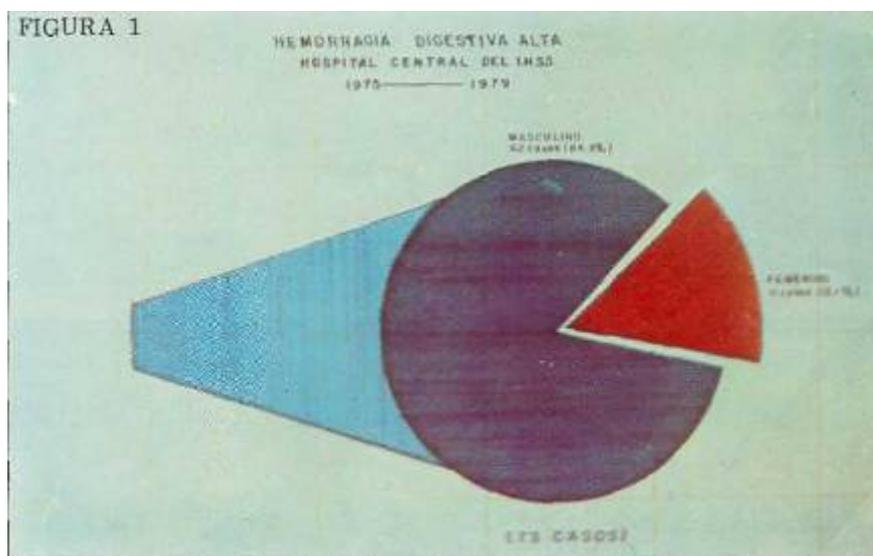
diciembre de 1979, representando un total de 73 casos, el 5.7o/o de los estudios endoscópicos llevados a cabo en el mismo período de tiempo. Todos los estudios fueron llevados a cabo por tres endoscopistas de acuerdo al rol de turno, usando el instrumento de fibra de vidrio ACMI/F8; las endoscopías se llevaron a cabo en las primeras 48 horas después del inicio del sangrado, y una vez que el equilibrio hemodinámico del paciente fue restablecido con las medidas convencionales del shock hipovolémico, usándose en todos los casos que las condiciones lo permitían sulfato de atro-

pina y diazepam intravenoso, sin presentarse ninguna complicación durante o después del procedimiento.

RESULTADOS:

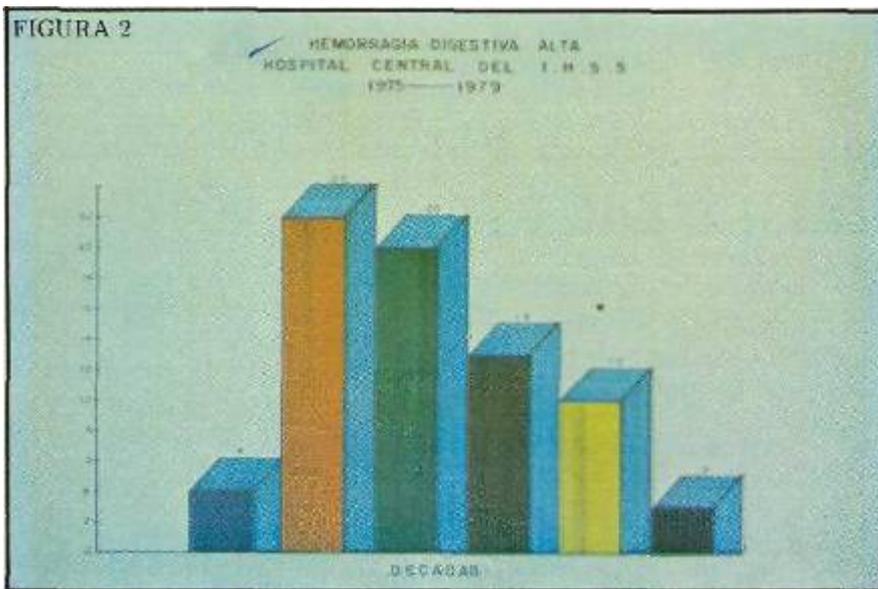
Durante el período antes mencionado se llevaron a cabo 1.260 estudios endoscópicos altos de los cuales 73 fueron motivados por sangrado digestivo alto lo cual representó un 5.7o/o del total.

La incidencia por sexo (Fig. 1), fue mayor para el sexo masculino ya que el 84.9o/o (62 casos), corresponden a hombres, con únicamente 15.1o/o casos del sexo femenino.



* Médico Jefe Sala de Mujeres
IHSS, Profesor Medicina
U.N.A.H.

** Médico Residente IHSS-Hospital
Escuela.



La frecuencia del sangrado digestivo alto considerando las décadas de la vida está representado en la figura 2, encontrándose

la mayoría de los casos en afiliados entre el 20 y 29 años de edad lo que corresponde 30.1% del total de casos. El paciente mayor

fue de 76 años y el menor de 18 con una edad promedio de 36 años.

Los diagnósticos efectuados están representados en la Fig. 3, encontrándose como causa más frecuente de sangrado la Úlcera duodenal, que representó el 31.5% de los estudios efectuados, seguido en segundo lugar por la Gastritis erosiva aguda 28.7%.

Se encontraron únicamente dos casos de mortalidad de los 73 revisados, lo cual representa un 2.7%. Un paciente falleció en el postoperatorio tardío después de ser intervenido por un carcinoma gástrico sangrante y el segundo caso murió con hemorragia cataclísmica por vórices esofágicas.

El período de hospitalización varió desde 5 meses hasta 2 días con un promedio de hospitalización de 15.1 día, requiriéndose en todos los casos un total de 99 pintas de sangre promediando 1.3 unidades por paciente. Del total de casos 5 pacientes requirieron cirugía de urgencia efectuándose las operaciones detalladas en la Figura 4.

La ingestión de alcohol y salicilato se encontró por historia en un 75.3 % de los casos investigados.

COMENTARIO

La disponibilidad de instrumentos ópticos para la exploración de urgencia de las vías digestivas altas constituye la media esencial para el diagnóstico y el tratamiento del paciente con hematemesis. En estudios previos se ha logrado detectar en forma precoz y exacta el sitio del sangrado en cifras que varían del 90 al 95% (5-6), lo cual corresponde a los

HEMORRAGIA G. I. ALTA (1975-79)

FIGURA 3

Diagnóstico	Casos	%
Úlcera Duodenal	23	31.5
Gastritis Erosiva	21	28.7
No Determinada	9	12.3
Úlcera Gástrica	6	8.2
Várices de Esófago	5	6.8
Esófagitis Erosiva	4	5.4
Gastritis Herniaria	3	2.7
Mallory-Weiss	1	1.3
Polipo Gástrico	1	1.3
Carcinoma Gástrico	1	1.3
TOTAL	73	100

FIGURA 4

DIAGNOSTICO	OPERACION
Ca. Gástrico	Gastroyeyunostomía
Poliposis	Resección
Úlcera duodenal	Vagotomía-piloroplastía
Úlcera Gástrica	Bilroth II
Mallory-Weiss	Reparación

datos encontrados en el presente estudio de 87,7o/o.

La población asegurada masculina entre los 20 y los 40 años resulta la más afectada, lo cual no es más que un reflejo del tipo de población que acude al hospital central del IHSS.

Las cifras de mortalidad de 2.7o/o determinadas en el presente estudio pueden también considerarse de acuerdo con estadísticas recientes de Heidemán y colaboradores (7), que han demostrado que la mortalidad progresa con la edad así que es nula debajo de los 50 años, 30o/o entre los 60 y 69, 42o/o entre los 70 y 79 años y cifras mayores de 67o/o en los pacientes octogenarios; se debe considerar que los casos fallecidos en nuestros pacientes fueron bien manejados, pero ambos adolecían de enfermedades de pronósticos fatales. La causa de sangrado de nuestros 73 pacientes coincide con la reciente recapitulación sobre el tema de Wolff y Shinya (8), que encontraron la Úlcera duodenal como causa en el 27.2o/o de su casuística, pero si contrasta con las cifras bajas de Úlcera gástrica encontradas en el presente estudio, así mismo no se efectuó el diagnóstico endoscópico de Duodenitis erosiva ni Carcinoma de esófago, posiblemente por tratarse esta última de una malignidad poco frecuente en nuestro medio o por lo menos de su rara presentación como sangrado agudo.

Los casos intervenidos quirúrgicamente representaron el 6.80/0 del total y las diferentes operaciones variaron por supuesto con el tipo de patología encontrado Fig. 4 y en todos ellos se confir-

mó el diagnóstico endoscópico.

Creemos finalmente que el presente trabajo no representa en manera fiel las causas de sangrado gastrointestinal alto en nuestro país, ya que se estudió una población seleccionada, tal es los capitalinos afiliados al IHSS., pacientes con aceptable nutrición y nivel socio económico distinto del que se pudiera encontrar en un hospital de beneficencia, por lo que estas cifras deben ser complementadas con estudios ulteriores de población del Hospital Escuela y de hospitales privados en donde se está efectuando en forma rutinaria la endoscopia de urgencia en los pacientes con hemorragia gastrointestinal alta.

CONCLUSIONES

1. Se estudian 73 casos hospitalizados en el IHSS., con sangrado digestivo alto (marzo 1978 a diciembre 1979).
2. Población más afectada fueron los varones en la 3a. década de la vida (30.1o/o).
3. Estancia hospitalaria promedio fue 15.2 días,
4. En el 75.3o/o de los casos se encontró el antecedente de ingesta de alcohol más salicilatos.
5. La causa más frecuente de sangrado fue Úlcera Duodenal (31.5o/o).
6. Cirugía fue requerida en 5 pacientes (6.80/0), de los cuales uno falleció en el postoperatorio tardío.
7. La mortalidad fue de 2.7o/o

REFERENCIAS

- 1.- Palmer, E.D.: The vigorous approach to upper gastrointestinal tract hemorrhage. *JAMA* 207: 1477, 1969.
- 2.- Eastwood' G.L.: Does early endoscopy benefit the patient with gastrointestinal bleeding? *Gastroenterology* 72:737, 1977.
- 3.- Wimans, C.D.: Emergency upper gastrointestinal endoscopy: does haste make waste?, *Amer. J. Dig. Dis.* 22:536, 1977.
- 4.- Schiller, K.F., Truelove S.C. Williams D.: Hematemesis and melena, with special reference to factor influencing the outcome. *Brit. Med. J.* 2:7, 1970.
- 5.- Morrissey, J.F. Emergency diagnosis of upper gastrointestinal bleeding. *Resumen III Cong. Int. Endoscopia*, pag. 21, 1978.
- 6.- Espejo, R.H. Posibilidades de la endoscopia en el diagnóstico precoz de la hemorragia digestiva alta. *Resumen III Cong. Int. Endoscopia*, pag. 18, 1978.
- 7.- Heidman, M., Larson I. y StenquistB.: Surgical management of gastroduodenal hemorrhage. *Acta Chir. Scand.* 143:307, 1977,
- 8.- Wolff, W.I. y Shinya II.: Modern endoscopy of the alimentary tract. *Current problems in surgery. Yearbook Medical Publishers*, 1974.