SANGRADO DE TUBO DIGESTIVO ALTO

*Dra. Helen Matamoros **

*Dr. J. Armando Rivas ***

Siendo el sangrado de tubo digestivo superior una emergencia médica que ha tenido diferentes formas de enfrentarla, tenemos la intención de presentar la experiencia del Servicio de Endoscopia Digestiva del Hospital Escuela durante el año de 1981 y las conclusiones a que llegamos en cuanto a la incidencia del sangrado en relación al número de procedimientos realizados, causa más común en sangrado, órgano más afectado por sangrado y el porcentaje diagnóstico, a través de esta técnica en función del tiempo transcurrido desde el momento del sangrado. Tratamos de establecer una conducta de manejo endoscópico de estos casos.

MATERIAL Y MÉTODOS

Fueron realizados 596 endoscopías de tubo digestivo superior en el período siendo 159 en pacientes con sangrado reciente lo que presentó un 26.67o/o del total de casos.

De estos 159 casos, no pudimos encontrar 19 expedientes en nuestro Departamento de Estadística (11.94o/o). Se trabajó con 140 expedientes, de estos en 35 casos, no se demostró la etiología del sangrado; 25.5o/o en 105 casos si no fue posible el diagnóstico por endoscopia 74.5o/o.

Los procedimientos endoscópicos fueron realizados previa anestesia faríngea local utilizando xilocaína al 2o/o y un anticolinérgico (Atropina) de retina. Se utilizó un Pan-endoscópico GIF—K Olympus.

* Residente del 3er año, Depto. Medicina Interna, H.E. ** Jefe del Servicio de GastroenterologíaH. E.

RESULTADOS

Según la localización del sangrado encontramos en esófago 33 casos, estómago 44 casos, duodeno 27 casos y no localizado en 1 caso. Ver Cuadro No. 1

Las causas etiológicas de sangrado por órgano son analizadas en cuadro No. 2, y la incidencia por el sexo en cuadro No. 3, la incidencia por edad en cuadro No. 4. El tiempo transcurrido entre el inicio del sangrado y la realización del procedimiento endoscópico en el cuadro No. 5 y 6-

La cantidad de sangre transfundida se analiza en el cuadro No. 7.

Los casos que fueron a cirugía se analizan en el cuadro No. 8.

La mortalidad fue de 5 pacientes, todos ellos portadores de Cirrosis Hepática que sangraron por várices esofágicas, las cuales no fueron a cirugía, (cuadro No. 9).

CUADRO No. 1

LOCALIZACION DEL SANGRADO	NUMERO	PORCENTAJE
ESOFAGO	33	31.4
ESTOMAGO	44	41.9
DUODENO	27	25.7
NO LOCALIZADO	1	0.95
TOTAL:	105	100.00

CUADRO No. 2

CAUSA DE SANGRADO POR ORGANO

ORGANO	CAUSA	NUMERO	PORCENTAJE
Esófago	Várices Esofágicas	20	19.04
	Esofagitis	6	5.71
	S. Mallory-weiss	7	6.66
Estómago	Úlcera	18	17.14
	Polipo	2	1.90
	Gastritis Erosiva	2	1.90
	Antritis	1	0.95
	Carcinoma	8	7.61
	Gastritis Difusa	13	12.38
Duodeno	Úlcera Duodenal	20	19.04
	Duodenitis	7	6.66
No localizado		1	0.95
TOTAL:		105	100.0

CUADRO No. 3

INCIDENCIA POR SEXO

SEXO	NUMERO	PORCENTAJE
MASCULINO	99	70.7
FEMENINO	41	29.2
TOTAL:	140	100.0

CUADRO No. 4

INCIDENCIA POR EDAD

EDAD	NUMERO	PORCENTAJE
10 - 20	8	5.7
21 - 30	19	13.5
31 - 40	44	31.4
41 - 50	21	15.0
51 - 60	23	16.4
Más de 60	25	17.8
TOTAL:	140	100.0

CUADRO No. 5

TIEMPO DE REALIZACION DE ENDOSCOPIAS

TIEMPO	NUMERO	PORCENTAJE
Menos de 12 horas	9	6.4
24 horas	11	7.8
3 días	24	17.1
Más de 3 días	83	59.2
EXTRAHOSPITALARIA.		
Más de una semana	13	9.2
TOTAL:	140	100.0

CUADRO No. 6

EFECTIVIDAD DIAGNOSTICA DE LA ENDOSCOPIA EN FUNCION DEL TIEMPO ENTRE EL MOMENTO DEL SANGRADO Y LA REALIZACION DEL PROCEDIMIENTO.

TIEMPO	NUMERO	PORCENTAJE
Menos de 12 horas	8	88.88
24 horas	8	88.88
3 días	9	37.50
Más de 3 días	31	37.34
Más de una semana	4	30.76
TOTAL:	70	50.00

CUADRO No. 7

REQUERIMIENTO DE SANGRE

UNIDADES	NUMERO	PORCENTAJE
0	119	85
1	6	4.3
2	6	4.3
3	1	0.71
4	4	2.85
5	4	2.85
TOTAL:	140	100.00

CUADRO No. 8

PACIENTES LLEVADOS A CIRUGIA

CIRUGIA	NUMERO	PORCENTAJE
Vagotomía + Píloroplastia	6	5.71
Gastrectomía	2	1.90
Esplenectomía	1	0.90
TOTAL:	9	8.57

CUADRO No. 9

MORTALIDAD

CAUSA	NUMERO	PORCENTAJE
Várices Esofágicas	5	4.76o/o

DISCUSIÓN

En el pequeño número de casos analizados, consideramos que el diagnóstico endoscópico, investigando la etiología del sangrado, se logra cuando el procedimiento se realiza en las primeras 24 horas después de iniciado el episodio. (1) (2) (3). En todos los casos de sangrado vigente una vez admitido el paciente a la emergencia se procedió al lavado gástrico, hasta obtener agua limpia para proceder al examen; algunos autores (2), han sugerido que la endoscopia debe ser realizada, en vigencia del sangrado para tener la certeza de que se localiza el sitio exacto del mismo. En nuestra experiencia, cuando encontramos coágulos o sangre en estómago, se nos ha hecho difícil llegar a localizar la lesión, a veces, conformándonos apenas a indicar cual es el órgano que sangra, por lo cual hemos optado por el lavado gástrico previo, con lo cual hemos podido localizar la lesión responsable del sangrado en el 88.80/0, no así cuando han transcurrido más de 24 horas del episodio inicial del sangrado. Esto está de acuerdo con la experiencia de otros autores (3).

Siendo pequeña la serie de pacientes, tenemos que darle un valor relativo a la etiología más frecuente de sangrado una vez que algunos autores conside-

ran que la gastritis es la causa más común de sangrado de tubo digestivo superior. Habrá que esperar tener una serie mayor de casos para establecer si nuestras estadísticas son comparables (1).

CONCLUSIONES

- 1) Del total de endoscopías hechas en 1981 que fue de 596 casos el 26.67o/o es decir 159 casos fueron por sangrado digestivo alto.
- 2) El estudio se realizó únicamente en 140 casos (88.05o/o) dado que 19 expedientes (11.94o/o) no fueron encontrados en el Departamento de Estadística.
- 3) El órgano responsable por la mayoría de los sangrados fue el estómago con un total de 44 pacientes (41.90o/o).
- 4) El segundo órgano implicado en sangrado digestivo alto fue esófago con 33 pacientes (31.43o/o).
- 5) El órgano causante en tercer lugar de sangrado digestivo alto fue duodeno con 27 pacientes (25.7o/o).
- 6) La causa más frecuente de sangrado en esófago fue várices esofágicas en 20 pacientes (19.04o/o).
- 7) La causa más frecuente de sangrado en estómago fue úlcera gástrica con 18 pacientes (17.14o/o).
- 8) La causa más frecuente de sangrado en duodeno fue úlcera duodenal con 20 pacientes (19.04o/o).
- 9) La causa más frecuente de sangrado de tubo digestivo alto fue úlcera, ya sea gástrica o duodenal con 38 pacientes (36.19o/o).
- 10) La segunda causa más frecuente de sangrado fue várices esofágicas con 20 pacientes (19.04o/o).

- 11) En 35 pacientes (25o/o) la gastroscopía fue normal.
- 12) El sexo masculino con 99 pacientes (70.71 o/o) es el que tiene el primer lugar en esta patología
- 13) La mayor incidencia de S.D.A. fue en el grupo de edad comprendido entre 31-40 años con un total de 44 pacientes (31.4o/o).
- 14) El requerimiento de transfusiones fue de 0 unidades en 119 casos (85o/o).
- 15) Fueron a cirugía un total de 9 pacientes (8.57o/o).
- 16) La mortalidad fue de 5 pacientes (3.5o/o) y su causa de muerte fue várices esofágicas sangrantes.

El resto necesitaron entre 1-5 unidades, aparentemente los pacientes necesitaron más

que las cantidades anteriores, pero no había disponibilidad en el Banco de Sangre

BIBLIOGRAFÍA

- 1.- Berry L.H. Gastrointestinal por - endoscopy Charles C. Thomas sprinfield 1974. 2.- Palmer E.E. - Upper Gastrointestinal Hemorrhage Charles C. Thomas sprinfield 1970. 3.- J.J. Villalobos - vol. 1 Gastroenterología, 1980.