

Endoscopia de urgencia en pacientes fallecidos por hemorragia digestiva alta asociada a úlcera péptica gastroduodenal

Hospital Provincial Docente Saturnino Lora Torres

Lucas García Orozco¹, Luis Roberto Piña Prieto², Erian Jesús Domínguez González³

¹Médico Especialista de 1er Grado en Cirugía General y Medicina General Integral. Profesor Instructor; ²Médico Especialista de 2do. Grado en Cirugía General, Profesor Auxiliar, Máster en Urgencias Médicas; ³Médico Especialista de 1er. Grado en Medicina General Integral, Residente de Cirugía General, Profesor Instructor, Asociado Joven a la Academia de Ciencias de Cuba.

RESUMEN

Objetivo: Describir las características endoscópicas encontradas en los pacientes fallecidos por hemorragia digestiva alta (HDA) asociada a úlcera péptica gastroduodenal.

Método: Investigación descriptiva de serie de casos realizada en el Hospital Provincial Clínico Quirúrgico Docente Saturnino Lora Torres, Santiago de Cuba, durante el periodo entre el primero de enero de año 2002 y diciembre del 2011, en pacientes fallecidos por hemorragia digestiva alta no varicosa asociado a enfermedad ácido péptica. Se analizaron un total de 38 pacientes a los que se les realizó endoscopia de urgencia al ingreso.

Resultados: El 66,6% de los pacientes eran del sexo masculino y el 75,7% tenían edad superior a los 60 años. De acuerdo con la clasificación de Forrest, el 37% pertenecieron al grupo IIa y el 25,9% al grupo III. Según las características de las lesiones en el 31,6% de los enfermos la localización fue duodenal precisa y en el 23,7% gástrica precisa, en ambos con tamaños ≤ 2 cm. Las condiciones más frecuentes desde el punto de vista endoscópico para decidir el tratamiento quirúrgico fueron la úlcera >2 cm y la endoscopia Forrest I.

Conclusiones: Predominaron los pacientes del sexo masculino, mayores de 60 años de los grupos IIa y III, siendo las principales localizaciones de las lesiones duodenal y gástrica precisas, con tamaños inferiores o iguales a los 2 cm.

Palabras clave: Endoscopia del Sistema Digestivo; Hemorragia Gastrointestinal/Mortalidad; Úlcera Péptica Hemorrágica/Mortalidad.

INTRODUCCIÓN

La hemorragia digestiva es un problema frecuente en el mundo y se considera la causa mayor de morbilidad y mortalidad en todos los grupos etarios; no obstante, su incidencia es difícil de determinar a pesar de la gran cantidad de informes existentes en la bibliografía médica. Estudios realizados notifican en los países occidentales una incidencia global entre 50 y 150 por 100 000 habitantes, y es la causa de 50 por cada 100 000 ingresos, cifra que podría no ser real dado que el 50% de las hemorragias se producen durante la hospitalización (1).

Conceptualmente la hemorragia digestiva alta (HDA) es toda pérdida hemática de volumen suficiente como para producir hematemesis, melena o ambas, cuyo origen se encuentra entre el esfínter esofágico superior y el ángulo de Treitz (1-3).

La mayoría de las veces se presenta de forma aguda y con importantes repercusiones sistémicas, lo cual obliga a adoptar medidas urgentes para estabilizar a los pacientes y efectuar un tratamiento específico adecuado.

En los últimos años se han producido grandes avances que han permitido mejorar el tratamiento y el pronóstico de estos pacientes por el desarrollo de la terapéutica endoscópica (4).

Se debe realizar una endoscopia digestiva alta en todo paciente con HDA a no ser que existan contraindicaciones. Debe realizarse de forma precoz, principalmente en las primeras 12-24 horas, por asociarse a una mayor eficacia diagnóstica y la posibilidad de detectar casos con lesiones de bajo riesgo. En los pacientes con lesiones de alto riesgo permite aplicar una terapia hemostática, lo cual determina una reducción de la estancia hospitalaria, menores requerimientos transfusionales, disminución de la incidencia de resangrado y cirugía, sí como un aumento de la supervivencia (5).

La mortalidad hospitalaria por HDA ha permanecido sin cambios durante la última década, y oscila entre el 4 y el 10% en los sangramientos de origen no varicoso (6).

El tratamiento adecuado de la HDA no varicosa es un reto para cualquier servicio quirúrgico y, en este caso, la utilización diagnóstica de la endoscopia de urgencia constituye la esencia de la problemática por sus posibles

efectos relacionados con estándares de seguridad, vista desde indicadores de resultados.

En el presente trabajo se describen las características endoscópicas encontradas en los pacientes fallecidos por HDA asociada a úlcera péptica gastroduodenal.

MATERIALES Y MÉTODOS

Se realizó un estudio descriptivo de casos en serie con el fin de describir los hallazgos endoscópicos en pacientes fallecidos por HDA asociado a enfermedad ácido péptica, en el Hospital Provincial Clínico Quirúrgico Docente Saturnino Lora Torres, de la provincia Santiago de Cuba, durante el período entre el primero de enero de 2002 y diciembre de 2011.

La población objeto de estudio estuvo constituida por el total de pacientes fallecidos con el diagnóstico expresado antes, para un total de 57. De estos, se analizaron 38 casos a quienes fue posible realizar una endoscopia de urgencia al momento del ingreso.

Variables analizadas

- Edad: Según años cumplidos distribuida en los grupos: 15-30, 31-45, 46-60 y más de 60.

- Sexo: masculino y femenino.

- Clasificación de Forrest: Según confirmación de los hallazgos endoscópicos se clasificaron del modo siguiente (3): I: sangrado activo; Ia: sangrado en chorro; Ib: sangrado en sábana; II: estigmas recientes o sangrado reciente; IIa: coágulo centinela (adherido); IIb: vaso visible no sangrante; IIc: signos indirectos: manchas planas, rojas o negruzcas, sobre el fondo ulceroso; III: ausencia de signos hemorrágicos sobre la lesión, sin evidencias de sangrado.

- Localización del proceso actual: Según confirmación endoscópica anatómica. Se precisaron las localizaciones siguientes: gástrico difuso, gástrico preciso, duodenal difuso, duodenal preciso y combinados.

- Tamaño del proceso actual: según confirmación endoscópica las lesiones se clasificaron: ≤ 2 cm y > 2 cm.

- Indicaciones para recibir tratamiento quirúrgico urgen-

te: según indicación asumida desde el punto de vista endoscópico, para operar con urgencia al paciente. Se tuvieron en cuenta los siguientes hallazgos: endoscopia con Forrest I, IIa y úlcera > 2 cm. (El total de pacientes con indicación endoscópica se dividieron en operados y no operados)

La información necesaria para llevar a término la investigación se obtuvo a través de las historias clínicas individuales de los enfermos, informes operatorios, resultados de endoscopías y certificados de defunción. Con los datos aportados por las fuentes antes mencionadas fue llenada una planilla confeccionada al efecto.

Para el análisis de los datos se utilizaron el porcentaje y la razón para las variables cualitativas. Los resultados se presentan en tablas.

RESULTADOS

Predominó en la serie de pacientes analizada el sexo masculino (66,6%) para una razón hombre/mujer de 2 a 1. El 75,6% de los casos tenían edad mayor de 60 años (tabla 1).

En siete del total de 38 enfermos (18,4%) no se encontraron evidencias de úlcera péptica y cuatro casos (10,5%) no fueron concluyentes. De los 27 pacientes restantes, 10 (37%) correspondieron al grupo IIa y solo 3 (11,1%) presentaron sangrado activo (tabla 2).

De acuerdo con la localización del proceso y extensión de la lesión ulcerosa, predominaron las duodenal y gástrica precisas con tamaños > 2 cm (tabla 3).

Las condiciones más frecuentes para decidir el tratamiento quirúrgico desde el punto de vista endoscópico fueron: la úlcera > 2 cm en siete pacientes operados de un total de 11 y la endoscopia Forrest I en dos de tres pacientes. En el caso del IIa el tratamiento fue más conservador y se operó un solo un caso de 10. El Grupo I de Forrest es una indicación casi absoluta de intervención quirúrgica, en la serie analizada el paciente no operado falleció en el preoperatorio por un shock hipovolémico (tabla 4).

Tabla 1. Distribución de pacientes según sexo y grupos de edad

| Grupos de edad (años) | Sexo | | Total N (%) |
|--------------------------|-------------------|--------------------|----------------|
| | Femenino N (%) | Masculino N (%) | |
| 15-30 | 0 (0) | 1 (4,0) | 1 (2,6) |
| 31-45 | 0 (0) | 4 (16,0) | 4 (10,5) |
| 46-60 | 1 (7,7) | 4 (16,0) | 5 (13,2) |
| > 60 | 12 (92,3) | 16 (64,0) | 28 (73,7) |
| Total | 13 (100,0) | 25 (100,0) | 38 (100,0) |

Tabla 2. Distribución de la serie según clasificación de Forrest.

| Clasificación de Forrest | | No. | % |
|--------------------------|---|-----|-------|
| Forrest-I | a | 1 | 3,7 |
| | b | 2 | 7,4 |
| Forrest-II | a | 10 | 37,0 |
| | b | 3 | 11,1 |
| | c | 4 | 14,9 |
| Forrest-III | | 7 | 25,9 |
| Total | | 27 | 100,0 |

Tabla 3. Localización y extensión del proceso

| Localización del proceso actual | | No. | % |
|---------------------------------|-------|-----|-------|
| Gástrico difuso | | 5 | 13,1 |
| Gástrico preciso | ≤ 2cm | 9 | 23,7 |
| | > 2cm | 3 | 7,9 |
| Duodenal difuso | | 2 | 5,3 |
| Duodenal preciso | ≤ 2cm | 12 | 31,6 |
| | > 2cm | 4 | 10,5 |
| Combinación | | 3 | 7,9 |
| Total | | 38 | 100,0 |

Tabla 4. Indicación de tratamiento quirúrgico urgente

| Indicación de tratamiento | Operados | | No operados | |
|----------------------------|----------|-------|-------------|-------|
| | No. | % | No. | % |
| quirúrgico urgente | | | | |
| Úlcera > 2 cm | 7 | 70,0 | 4 | 28,6 |
| Endoscopia con Forrest I | 2 | 20,0 | 1 | 7,1 |
| Endoscopia con Forrest IIa | 1 | 10,0 | 9 | 64,3 |
| Total | 10 | 100,0 | 14 | 100,0 |

DISCUSIÓN

La HDA es una emergencia relativamente común y potencialmente letal. No obstante, los nuevos avances en el tratamiento de estas lesiones, apoyados en la endoscopia terapéutica, la supresión ácida más profunda y sostenida con los inhibidores de la bomba de protones y el manejo en unidades especializadas e interdisciplinarias, ha permitido una reducción significativa en la recurrencia de la hemorragia, uso de transfusiones, cirugía y días de hospitalización, así como una disminución de la mortalidad desde 10% hasta valores de 5,4% (10).

En esta investigación predominó en la serie el sexo masculino y los mayores de 60 años, similar a lo encontrado en otros trabajos consultados aunque con superioridad variable en cuanto a los restantes grupos de edades (9, 12-14). La explicación de estos hallazgos se atribuye a errores en el ADN, ARN y la síntesis proteica, que al au-

mentar entre sí culmina en una catástrofe por error. Las sustituciones de aminoácidos no aumentan con la edad, pero sí algunas actividades enzimáticas a la cual no escapa la actividad gástrica, predisponiendo a este grupo de personas a padecer múltiples enfermedades digestivas que conducen muchas veces al sangrado (1, 7). Se suma a ello que, después de los 60 años se produce en el estómago una disminución de 5-10% de la capacidad secretoria y absorptiva lo cual se evidencia en estos casos desde el punto de vista clínico (8).

El uso de la endoscopia terapéutica para el control de la hemorragia gastrointestinal ha revolucionado el tratamiento de este problema de salud tan complejo. En casos de HDA es una técnica altamente sensible y relativamente fácil que permite precisar la causa y el origen de la hemorragia en la mayoría de los casos (90-95%), con una incidencia de complicaciones menor del 0,01%. Se reconoce que tiene una sensibilidad del 98%, especi-

ficidad 33%, un 5 % de falsos positivos y 37% de falsos negativos (16).

La endoscopia digestiva se ha ganado la primera posición como procedimiento diagnóstico y en muchos casos terapéutico. Debe realizarse como primera medida en la mayoría de los pacientes cuando hay signos de hemorragia persistente. Constituyen contraindicaciones la intoxicación alcohólica aguda en un paciente no colaborador, la pérdida de sangre muy rápida que puede comprometer la capacidad de visualizar el recubrimiento mucoso del esófago, estómago y duodeno, y la dificultad al paso del endoscopio por alguna lesión obstructiva del esófago distal. Salvo estas excepciones, es posible realizar el procedimiento de urgencia en el 97 a 98% de los casos con el fin de realizar un adecuado diagnóstico y proceder terapéutico (17).

En Cuba se realizan estudios endoscópicos de urgencia a pacientes con diagnósticos sindrómicos de HDA, aunque no en todos con intención terapéutica. Palomino Besada y colaboradores (18), en un trabajo que incluye a 110 pacientes en quienes se efectuó endoscopia de urgencia por HDA, solo el 30% requirió tratamiento endoscópico. Lepore y Sampor (12) notifican como más frecuente al grupo III, seguido del IIb y IIc. Apaza por su parte (13), encuentra como predominantes, en orden decreciente, los grupos IIa, III y IIb, en porcentajes similares a los encontrados en la presente serie.

La úlcera péptica es la causa más frecuente de HDA y representa poco más del 50% de las mismas. Es más frecuente la úlcera duodenal que la úlcera gástrica, en una proporción 2:1 datos que son concordantes con los encontrados (3, 10). Garrido y colaboradores (11) declaran predominio de la úlcera duodenal sobre la úlcera gástrica, aunque en menor proporción.

Salvatierra Layten y colaboradores (9), estiman una proporción similar al compararla con la ingestión de antiinflamatorios no esteroideos (AINES). Describen a la úlcera duodenal como la causa más frecuente en pacientes sin tratamiento con AINES y a la úlcera gástrica como la más frecuente en enfermos tratados con AINES, seguido por la gastritis erosiva. Los resultados de Lepore y Sampor (12) se contraponen a los ya citados, pues encuentran a la gastritis erosiva hemorrágica, las várices esofágicas y la gastropatía erosiva, como las causas más frecuentes de HDA.

El tamaño de la lesión ulcerosa ha cobrado importancia en los últimos tiempos por su relación con la intensidad de la hemorragia digestiva y la valoración predictiva de resangrado y muerte, aun luego del tratamiento hemostático endoscópico. Otros autores (3, 5) consideran importante determinar el tamaño de las lesiones en re-

lación con los 2 cm de diámetro y la localización de la úlcera, pues estiman que lesiones ulcerosas mayores a dicho diámetro producen erosión vascular de contigüidad, y afectan vasos de calibre importante, principalmente, aquellas localizadas en la cara posterior del bulbo duodenal (arteria gastroduodenal) y en la porción proximal de la curvatura menor gástrica (arteria gástrica izquierda). Fleitas y colaboradores (15) consideran que las afecciones que conllevan a la HDA tienen un carácter más grave después de los 60 años, pues el 30% de las lesiones sangran a partir de esa edad. No obstante, en su estudio el 85% de los pacientes presentaron detención de la hemorragia a las pocas horas de la hospitalización y para controlar definitivamente el evento requirieron cirugía en proporción superior a lo citado por otros autores.

Se constató un dato que merece atención y es el referente al criterio endoscópico de indicación quirúrgica para la HDA con el cual solo se estimó el 7,9% de los pacientes. Fueron evaluados con Forrest IIa 10 enfermos los cuales no se consideraron para realizar cirugía de urgencia. Este comportamiento no difiere del encontrado en otras series y se debe a que en relación con la clasificación de Forrest IIa, aún hay controversias. Algunos la consideran como indicador de resangrado e indirectamente de cirugía, pues al intentar la remoción del coágulo para examinar la base de la lesión se pudiera condicionar una nueva hemorragia (3). Aun así es considerada por especialistas en el tema como un criterio endoscópico de intervención urgente (1, 15). A juicio de los autores del presente trabajo, pudo influir en la decisión que casi dos tercios de los casos analizados presentaron muy pocas manifestaciones sistémicas de hipovolemia, lo cual pudo condicionar que no se estimaran otras condiciones clínicas que justificaran la decisión de intervenir quirúrgicamente de urgencia a los pacientes como fueron, por ejemplo, la edad superior a 60 años (tres cuartas partes de la serie); la comorbilidad asociada con los consecuentes cambios fisiopatológicos a nivel gástrico, duodenal y sistémico presentes a estas edades, además de la afectación dada por la disponibilidad de recursos materiales.

CONCLUSIONES

En la serie analizada predominaron los pacientes del sexo masculino, mayores de 60 años, de los grupos de Forest IIa y III, siendo las principales localizaciones de las lesiones duodenal y gástrica precisas, con tamaños inferiores o iguales a los 2 cm.

BIBLIOGRAFÍA

1. Rodríguez Fernández Z, Acosta González D, Fong Estrada J. Conducta ante la hemorragia digestiva alta por úlcera gastroduodenal en el anciano: consideraciones actuales. *Rev Cubana Cir.* 2010;49(1). Disponible en: <http://bvs.sld.cu/revistas/cir/vol49110/cir11110.htm>.

2. Goldman L, Schafer AI. Goldman's Cecil Medicine. 24TH ed. Philadelphia, Elsevier Saunders; 2012. p. 587-61. Disponible en <http://MedicoModerno.Blogspot.com>. [Consulta 2 de abril de 2010].
3. Lovesio C. Hemorragia digestiva alta grave. Disponible en Medicina Intensiva: Módulo IV: Patología Gastroenterológica. Capítulo 42, 5ta ed. Buenos Aires, Editorial El Ateneo; 2002. Disponible en: http://books.google.co.uk/books/about/Medicina_intensiva.html?id=TZQOAAAACAAJ [Consulta: 2 de abril de 2010].
4. Balanzó Tintoré J, Villanueva Sánchez C. Tratamiento de las enfermedades gastroenterológicas. Hemorragia digestiva alta. Barcelona: Ediciones Doyma; 2004.
5. Carlos Cárcamo I, Javier López S., Daniela Cardemil N. Cirugía de la hemorragia digestiva alta no variceal. Cuad Cir. 2005; 19: 11-16.
6. Cruz Alonso JR, Anaya González JL, Pampín Camejo LE, Pérez Blanco D, Lopategui Cabezas I. Mortalidad por sangrado digestivo alto en el Hospital Enrique Cabrera. Revista Cubana de Cirugía. 2008;47(4). Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S003474932008000400006&lng=es&nrm=iso, [Consulta: 2 de abril de 2010].
7. Prieto O. Envejecimiento sano. Longevidad satisfactoria: una necesidad de la humanidad. 6 ed. España: Mc Graw-Hill Interamericana; 2003. p. 62.
8. Shamburek RD, Farrar JT. Disorders of the digestive system in the elderly. N Engl J Med. 1990; 322(7): 438-43.
9. Salvatierra Laytén G, De La Cruz Romero L, Paulino Merino M, Vidal Vidal V, Rivera Dávila C, Cano Chuquilin A et-al. Hemorragia digestiva alta no variceal asociada al uso del antiinflamatorios no esteroideos en Lima Metropolitana. Rev gastroenterol Perú. 2006; 26(1): 13-20.
10. Contardo Zambrano C, Espejo Romero H. Hemorragia digestiva alta no originada por várices. Acta méd. Peruana. 2006; 23(3): 162-73.
11. Garrido A, Márquez JL, Guerrero FJ, Leo E. Cambios en la etiología, resultados y características de los pacientes con hemorragia digestiva aguda grave a lo largo del periodo 1999-2005. Rev esp enferm. 2007; 99(5). Disponible en: <http://dx.doi.org/10.4321/s1130-01082007000500006> [citado 12 marzo 2011].
12. Lepore GV, Sampor CV, Storni MP, Calderón Gospodinoff SR. Lesiones endoscópicas más frecuentes en un grupo de pacientes con clínica de hemorragia digestiva alta. Rev de Posgrado de la VI a Cátedra de Medicina [serie en internet]. 2006; 158: 5-8.
13. Salomón Apaza Apaza O. Caracterización topográfica y etiológica de la hemorragia digestiva alta en el Hospital de EsSalud III de Puno. [Tesis]. Lima: Universidad Nacional Mayor De San Marcos; 2003. Disponible en: http://www.cybertesis.edu.pe/sisbib/2003/apaza_ao/html/sdx/apaza_ao-H.front.3.html [Consulta: 2 de abril de 2010].
14. JLe'Clerc N. Caracterización de pacientes con sangramiento digestivo alto. Rev Cubana Cir. 2010; 49(2): 1561-2945.
15. Fleitas Pérez O, Muarra HD, Gil Casas B, Roye Reina Y. Morbimortalidad por sangramiento digestivo alto en el adulto mayor. Análisis de 3 años. Mediciogo. 2009; 15(supl.2). Disponible en: http://bvs.sld.cu/revistas/mciego/vol15_supl2_09/articulos/a5_v15_supl209.htm [Consulta: 2 de abril de 2010].
16. Hierro González A, Jiménez Sánchez N. Sangrado digestivo alto: Comportamiento clínico en un grupo de pacientes. Rev cubana med. 2003; 42(4).
17. Casamayor Callejas E, Rodríguez Fernández Z, Goderich Lalán JM. Sangrado digestivo alto: consideraciones actuales acerca de su diagnóstico y tratamiento. MEDISAN. 2010; 14(5): 591.
18. Palomino Besada AB, Suarez Conejera AM. Escleroterapia endoscópica en el sangramiento digestivo alto de origen no variceal. Rev Cub Med Mil. 2007; 36(2). Disponible en: <http://scielo.sld.cu/pdf/mil/v36n2/mil02207.pdf> [Consulta: 2 de abril de 2010].

Emergency endoscopy in deceased patients with upper digestive bleeding associated with gastroduodenal peptic ulcer.

SUMMARY

Objective: To describe the endoscopic characteristics found in deceased patients with upper GI hemorrhage associated with gastroduodenal peptic ulcer.

Method: A descriptive investigation of a series of cases that occurred in the Provincial Clinical-Surgical Teaching Hospital "Saturnino Lora Torres", Santiago, Cuba, during the period of January 1, 2002 to December 2011, in patients with death by non-varicose upper GI hemorrhage associated with peptic acid disease. A **total of 28 patients** were analyzed whom received emergency endoscopy at the time of admission.

Results: 66.6% of patients were males and 75.7% were over the age of 60. According to the Forrest classification, 37% were grupo IIa and 25.8% grupo III. According to lesion characteristics in 31.6% of lesions were precise duodenal and 23.7% precise gastric, both with sizes ≤ 2 cm. The most frequent conditions for deciding surgical treatment from an endoscopic point of view were an ulcer >2 cm and a Forrest I endoscopy.

Conclusions: The majority of patients were male, above the age of 60, from groups IIa and III, with principal lesion sites being precise duodenal and gastric, less than or equal to 2cm.

Key words: Endoscopy, Digestive System; Gastrintestinal Hemorrhage/Mortality; Peptic Ulcer Hemorrhage/Mortality.

Dirección para la correspondencia: Dr. Erian Jesús Domínguez González. Edificio 1, Escalera C, apto.10, El Modelo, Caney, Santiago de Cuba, Cuba.

Correo electrónico: edominguez@ucilora.scu.sld.cu