

Endoscopia de urgencia en las hemorragias digestivas

Dra. JUDITH FERRAZ RAMOS *

Siempre la Hemorragia Digestiva (H.D.) es una situación potencialmente severa, pero a veces adquiere perfiles dramáticos, para el paciente y angustiantes para el médico.

En la mayoría de los casos, la sobrevida del paciente depende de la rapidez con que hagamos el diagnóstico correcto de la causa del sangrado. A veces éste puede ser difícil, sobre todo si consideramos que las asociaciones lesionales potencialmente sangrantes pueden ser frecuentes. Es justamente en esta determinación, que la Endoscopia y sobre todo la endoscopia intrahemorrágica cumple una misión fundamental.

En los últimos años, con la aparición de los modernos endoscopios flexibles, con comando externo y equipos de aspiración y lavado, de fácil manejo, se ha podido llegar en un alto porcentaje de casos a hacer diagnóstico precoz y correcto y así modificar el concepto de incidencia etiológica que teníamos antes, basado fundamentalmente en datos radiológicos.

Gracias a la Endoscopia de urgencia hemos visto disminuir el porcentaje de hemorragias etiquetadas como "de causa no determinada" y hemos podido realizar una terapéutica correcta y efectiva, disminuyendo la tasa de mortalidad por hemorragias digestivas.

VENTAJAS DEL METODO

Son varias:

1º) Inocuidad para el paciente.

El examen es perfectamente tolerable para el paciente y en manos experimentadas no ofrece ningún peligro.

2º) Posibilidad de ser practicado en el curso de la hemorragia, sin movilizar el paciente y si es necesario, mientras que se lo compensa hemodinámicamente.

3º) Permite encontrar lesiones que por su superficialidad y fugacidad escapan a la radiología o en otros casos cráteres ulcerosos tapados por coágulos que los hacen radiológicamente invisibles.

4º) Es el único método no quirúrgico que permite ver y evaluar la fuente y naturaleza del sangrado.

5º) Permite la posibilidad de encontrar lesiones múltiples, a veces todas potencialmente sangrantes y una o más responsables del sangrado.

6º) Permite realizar técnicas terapéuticas endoscópicas, como ser electrocoagulación de vasos sangrantes, o esclerosis de várices esofágicas.

INDICACIONES

Podemos decir sin exagerar que toda H.D. tiene indicación endoscópica, ya sea ella alta o baja.

Lo que sí se puede discutir es la *oportunidad* del examen en el tiempo.

Casi todos los autores están de acuerdo en que para obtener buenos resultados debe realizarse entre las 2 y 48 horas del inicio del sangrado.

El inconveniente es que no siempre el paciente consulta dentro de ese lapso.

Queremos aquí también mencionar el valor de la endoscopia intraoperatoria. Bien es sabido que a veces para llegar a ciertas áreas del duodeno y del colon se requieren técnicas a veces acrobáticas por parte del endoscopista y aún así no se puede llegar a estudiarlo totalmente. De igual manera ocurre a veces con el fornix gástrico o la región subcardial.

En estos casos la endoscopia constituye una técnica auxiliar invaluable para el cirujano. quien con el abdomen abierto puede dirigir la progresión del aparato y localizar exactamente la zona de sangrado, evitando la apertura del órgano con fines diagnósticos.

CONTRAINDICACIONES

Podemos dividir las en dos tipos:

a) *De la endoscopia intrahemorrágica.*

Este método no es aceptable si el provecho eventual es poco o nulo. Es el caso de pacientes muy graves, que no soportarían una intervención quirúrgica.

b) *De la endoscopia diferida.*

Las que derivan de un impedimento al paso del endoscopio por causas orgánicas (estenosis) deformaciones óseas del cuello, o funcionales (insuficiencias cardíacas descompensadas, crisis asmáticas, etc.).

INSTRUMENTAL

Lo ideal es tener un Departamento de Endoscopia permanente, en un Servicio hospitalario conectado con el Departamento de Emergencia equipado con un servicio radiológico, quirúrgico y de tratamiento intensivo.

Al no contar con este Servicio, las H.D. se estudian evolucionadas y las estadísticas en cuanto a etiología del sangrado cambian sustancialmente.

* Ex Asistente Clínica Gastroenterología. Fac. Med. Montevideo.

El gran valor diagnóstico de la endoscopia de urgencia justifica el tiempo y el esfuerzo de la instalación de un Servicio de Endoscopia de Emergencia.

El instrumental endoscópico mínimo necesario estaría constituido por:

1) Un *panendoscopio* de visión axial que permite en un solo procedimiento estudiar esófago, estómago y duodeno. Es muy largo y requiere experiencia para su manejo.

2) Un *fibrogastroscoPIO* de visión lateral, para aclarar dudas sobre fundus y región subcardial, sobre las cuales puede dejar dudas el panendoscopio.

3) Un *colonofibroscoPIO* para estudiar la totalidad del colon.

Recién se está iniciando la técnica de estudio endoscópico del intestino delgado, a lo cual no nos referiremos por no tener experiencia.

PREPARACION DEL PACIENTE

Depende de la urgencia del examen.

En los casos de extrema urgencia, se hacen en preparación. A veces es necesario sedarlos lo hacemos con 10 mgrs. de Diazepóxido i/v o i/m.

En los pacientes que han detenido aparentemente el sangrado, se les somete a un ayuno de 12 horas y se los premedica 10 minutos antes con una mezcla de diazepóxido y un antiespasmódico del tipo de la atropina que a su vez disminuye las secreciones.

Se anestesia localmente la faringe con una solución de Pantocaína o Xilocaina al 4 %.

Con respecto al lavado gástrico previo las opiniones están divididas.

En caso de exámenes intrahemorrágicos, la mayoría de los endoscopistas —entre los cuales me encuentro— siguiendo a Palmer, hacemos sistemáticamente lavados gástricos con agua helada que a la vez que mejoran la visibilidad, actúan también con efecto terapéutico en aquellos casos de lesiones agudas.

Los autores que objetan el lavado creen que cuando la cantidad de sangre no es muy grande, la visualización puede mejorarse, cambiando de posición al paciente, y creen que el lavado en posición con la aspiración posterior puede producir nuevas lesiones sangrantes, o movilizar coágulos lo que haría más dificultoso el diagnóstico correcto.

Cuando el examen no es intrahemorrágico, el lavado gástrico previo, no es necesario.

CRITERIOS DIAGNOSTICOS

El endoscopista debe responder a las siguientes interrogantes:

1º) *¿Dónde está la sangre en el órgano explorado?*

Debemos saber que el estómago se vacía muy rápidamente de la sangre que contiene. Cuando esté lleno de sangre es de suponer que la hemorragia continúa.

2º) *¿El sangrado persiste o no? Y si se ha detenido ¿lo ha hecho en forma reciente (sangre fresca) o hace varias horas? (sangre modificada).*

3º) *¿Cuál es la fuente del sangrado?* Esto exige ver la lesión sangrando.

4º) *En algunos casos, ¿cuál es la causa?* Por ejemplo telangiectasias en la enfermedad de Rendu-Osler-Weber.

Para ello es necesario respetar ciertas reglas:

a) *La endoscopia debe ser hecha lo más precozmente posible.*

La experiencia muestra que la mayoría de las lesiones hemorrágicas agudas, cesan de sangrar o desaparecen rápidamente.

b) *La endoscopia debe preceder al estudio radiológico.*

El bario no permite una endoscopia correcta hasta después de varias horas.

Si la endoscopia no aclara la etiología, la arteriografía selectiva debe indicarse inmediatamente después y luego si es necesario el estudio baritado y en este orden.

c) *La endoscopia tiene valor sólo cuando es completa y no dirigida a un solo órgano.* No podemos olvidar la posibilidad de asociaciones lesionales.

RESULTADOS

Antes de la era endoscópica, se consideraba la úlcera gastroduodenal, como la única responsable de H.D. graves. Aunque sigue siendo la causa más frecuente, gracias a la endoscopia hoy se sabe que existen otras causas de hemorragias tan frecuentes como la lesión ulcerosa y que son pasibles de tratamiento médico en muchos casos, tal es el caso por ejemplo de la gastritis erosiva hemorrágica.

Revisando la bibliografía nos encontramos con trabajos serios como el de Brevil y col. (1) en que como causa etiológica del sangrado colocan a las lesiones erosivas agudas en el primer lugar, responsables del 50 % de las hemorragias de sus pacientes.

A iguales conclusiones llegan Nava y col. (6). El resto de los autores consultados (2, 3, 4, 5, 7, 8, 9) consideran a las gastritis erosivas en el segundo lugar, luego de las úlceras gastroduodenales, como causa de sangrado, y en tercer lugar, a las várices esofagogástricas.

Como vemos, la endoscopia de urgencia ha permitido modificar el concepto de frecuencia y etiología del sangrado digestivo.

Antes, a un paciente etiquetado como cirrótico y portador de várices y que sangraba, se interpretaba ese sangrado como debido a várices y se le colocaba el balón de Sengstaken-Blackmore, sin investigar más. Hoy en un Servicio bien organizado y con los medios necesarios, antes de realizar ningún gesto terapéutico específico, lo sometemos a una endoscopia de urgencia y actuamos de acuerdo a las conclusiones sacadas de este estudio.

Por no actuar de acuerdo a este criterio, es que se explica, la alta incidencia de algunas estadísticas de úlceras sangrantes cuando los autores no hacen endoscopias de urgencia.

¿Qué podemos encontrar?

1º) *Úlceras crónicas sangrantes.* — Para decir que son responsables del sangrado es

necesario ver la hemorragia pulsátil o no en el centro de la úlcera o un coágulo negruzco, en el centro del cráter.

Cuando las úlceras sangran del reborde, o de la periferia se considera al sangrado como debido al mecanismo de las lesiones agudas y pueden como ellas beneficiarse del tratamiento médico.

2º) *Úlceras agudas*. — Menos profundas, con borde irregular y generalmente rodeada de una zona de gastritis edematosa.

3º) *Úlcera duodenal*. — Generalmente es responsable de una hemorragia menor que la gástrica. Pocas veces es masiva. A veces hay que hacer diagnóstico indirecto por dificultad en la duodenoscopia basándose en:

- deformación antral,
- rigidez de anillo pilórico,
- reflujo hemático por el píloro.

En estos casos, si es importante completar con estudio radiológico.

4º) *Gastritis hemorrágica*. — Sangrado en napa, que se reproduce después del lavado con agua helada, sin lesión macroscópica de la mucosa. A veces tiene el aspecto de piqueteado hemorrágico, o purpúrico (Púrpura gástrica de Schindler) — (aspecto morbiliforme de la mucosa), otras veces como "arañazos de alfiler", sin signos inflamatorios.

5º) *Gastritis erosiva*. — Las erosiones de la mucosa superficiales, pueden ser únicas o múltiples caracterizadas por pérdida de sustancia de capa mucosa, que a veces se ven sangrar. Se ponen fácilmente en evidencia sobre todo cuando existen lesiones de edades diferentes unas más evolucionadas que otras, que pueden aparecer cubiertas de un fondo blanco, o con coágulos negruzcos, según la evolución y que a veces cuando aparecen como lesiones aisladas, con reborde edematoso pueden confundirse con una úlcera. Se pueden ver en enfermedades sistémicas graves con insuficiencia renal, cardiorespiratoria.

Otras causas menos frecuentes de H.D. altas son: esofagitis, hernias hiatales, poliposis, prolapso de mucosa antral en el duodeno, neoplasmas ulcerados, etc.

Es importante insistir en la necesidad de la precocidad del estudio endoscópico, y como un corolario de esto tenemos que los autores que tienen mayor porcentaje de lesiones agudas como causa etiológica de sangrado son los que siguen este criterio. No debemos olvidar que estas lesiones son fugaces y no tienen traducción radiológica.

De especial interés es la patología gástrica ocasional aumentada por el excesivo uso de drogas que dañan la mucosa, los stress emocionales cada vez más frecuentes en la vida cotidiana y todo esto especialmente agravado cuando existen taras orgánicas (etilismo, diabetes, arteritis) o factores causales determinantes (infecciones, traumatismos craneoencefálicos, etc.).

El aspecto endoscópico de las gastritis erosivo-hemorrágicas es muy semejante en todos los pacientes, independientemente del factor causal, y a veces llama la atención que lesiones tan pequeñas y poco significativas sean capaces de originar hemorragias a veces masivas.

CONCLUSIONES

Podemos considerar a la endoscopia de urgencia como el método más útil para el diagnóstico etiológico de las hemorragias digestivas.

Su importancia crece en relación directa con la experiencia del técnico con el progreso del instrumental y con la correcta organización del Servicio donde se realiza.

Su interés práctico está ligado estrechamente a la confrontación con los datos obtenidos por otros métodos, sobre todo el radiológico.

Es el único método que permite el diagnóstico de las lesiones erosivas hemorrágicas, agudas que por su superficialidad y fugacidad no son detectadas por el estudio radiológico, como consecuencia de esto, desde que se prodigan la endoscopia de urgencia, se ha visto una disminución relativa de la importancia de las úlceras y las várices y un aumento de las lesiones agudas, en el origen de las hemorragias digestivas. De igual manera han disminuido el número de hemorragias digestivas de causa no determinada.

Permite poner en evidencia la coexistencia de lesiones potencialmente sangrantes y determinar cuál o cuáles son responsables del sangrado.

Es particularmente precisa en el estudio del estómago operado cuyas imágenes radiológicas son de interpretación difícil.

De igual manera ha cambiado el porcentaje de diagnósticos positivos de la enfermedad de Rendu-Osler a localización digestiva, que aunque infrecuente, en algunos casos puede provocar profusos sangrados digestivos, que antes sólo se diagnosticaban por laparatomía o necropsia.

En fin, ha permitido mejorar la orientación terapéutica evitando intervenciones inútiles, indicando exactamente al cirujano la zona a tratar. En este último punto ha colaborado la técnica endoscópica intraoperatoria.

Sin embargo en nuestro medio y con nuestras posibilidades actuales aún tenemos —los endoscopistas en el Uruguay— que conformarnos con mantenernos en un segundo lugar luego de la radiología, pues es más fácil conseguir un estudio radiológico de urgencia, aún los más especializados como una arteriografía selectiva, que una esófago-gastro-duodenoscopia en las mismas condiciones.

RESUMEN

La endoscopia intrahemorragia cumple una función fundamental en la determinación etiológica de las hemorragias digestivas, sobre todo si consideramos que las asociaciones lesionales potencialmente sangrantes pueden ser frecuentes.

Gracias a ella, ha disminuido el porcentaje de hemorragias etiquetadas como "de causa no determinada" y ha disminuido la tasa de mortalidad por H.D., al permitir realizar un diagnóstico y una terapéutica efectiva.

Mediante este método diagnóstico las lesiones erosivas hemorrágicas agudas no detectadas por el estudio

Rx han aumentado en frecuencia y se ha visto una disminución relativa de la importancia de las úlceras gastroduodenales y de las várices esofagogástricas, en el origen de la H.D.

Es un examen perfectamente tolerable para el paciente y en manos experimentadas, no ofrece ningún peligro.

RÉSUMÉ

L'endoscopie intra-hémorragie joue un rôle essentiel dans la détermination étiologique des hémorragies digestives, surtout si nous considérons que les associations lésionnelle potentiellement saignante peuvent être fréquentes.

Grâce à elle, le pourcentage d'hémorragies étiquetées comme "de cause non déterminée" a diminué, ainsi que le taux de mortalité pour hémorragies digestives, car l'endoscopie permet d'établir un diagnostic et une thérapeutique efficaces.

Au moyen de cette méthode diagnostique, la fréquence des lésions érosives hémorragiques aiguës non décelées par l'étude radiologique a augmenté en même temps qu'une diminution relative de l'importance des ulcères gastro-duodénaux et des varices oesophago-gastriques a été observée à l'origine de l'hémorragie gastrique.

C'est un examen parfaitement tolérable pour le patient et qui n'offre aucun danger lorsqu'il est pratiqué par des mains expertes.

SUMMARY

Intrahemorrhagic endoscopy is fundamental in determining etiology of digestive hemorrhages, especially in view of the fact that potentially bleeding lesional associations are frequent.

By this method the proportion of so-called "hemorrhages of undetermined origin" has decreased, and its deathrate has been reduced.

It has also resulted in a reduction of both the so-called hemorrhages "of undetermined origin" and in the deathrate of digestive hemorrhages by making possible diagnosis and effective therapy.

Thanks to it, acute hemorrhagic erosive lesions which cannot be detected by X-rays have increased

and there are relatively fewer gastroduodenal ulcers and esophago-gastric varices among causes of digestive hemorrhages.

The patient tolerates the procedure well and when performed by experienced professionals it offers no danger.

BIBLIOGRAFIA

1. BREVIL, J. et col. La fibroscopie d'urgence dans les hémorragies digestives hautes. *N. Press. Med.*, 43: 2889, 1972.
2. CLASSEN, M. and coll. New results in the Emergency Endoscopy of the upper gastrointestinal tract. *Urg. Endoscopy of Dig and Abdominal Diseases*, Praga. Maratka, 1972.
3. DE LA REVILLA, L. y col. Valor de la fibroesofagogastroscofia en el diagnóstico de las hemorragias digestivas de origen medicamentoso. *Rev. Esp. Enf. Ap. Dig.*, 36(1): 65, 1972.
4. DUPUY, R. et col. L'endoscopie oesogastriques d'urgence dans les hémorragies digestives hautes graves. *Arch. Franc. Mal. App. Dig.* 60(1-2): 55, 1971.
5. MORELLI E. and col. Organization criteria for urgency endoscopy. Indications and techniques. *Urg. Endoscopy of Dig and Abdominal Diseases*. Praga. Maratka, p. 96.
6. NAVA, G. Gastrophotography as urgent diagnostic aid in upper digestive hemorrhages. *Urg.s Endoscopy of Dig and Abdominal Diseases*. Praga. Maratka, 1972, p. 71.
7. PEETERS, J. and col. Hemorrhage gastric erosions, one of the most severe causes of gastric haemorrhage. *Urg. Endoscopy of Dig and Abdominal Diseases*. Praga. Maratka, p. 124, 1972.
8. SEIFERT, E. and col. Early Endoscopy in Patients with macroscopically visible bleeding from the upper gastrointestinal tract. *Emergency Endoscopy. Urg. Endoscopy of Dig and Abdominal Diseases*. Praga. Maratka, p. 60, 1972.
9. STADELMANN, O. and col. Emergency Endoscopy en cases of acute hemorrhage of the upper gastrointestinal tract. Method and results. *Urg. Endoscopy of Dig and Abdominal Diseases*. Praga. Maratka, p. 25.