

Etiología de las hemorragias digestivas altas en el geronte

Diagnóstico fibroscópico

Dres. Enrique Sojo y Gonzalo Estapé

De un total de 1.006 pacientes con hemorragia digestiva alta estudiados por fibroendoscopia, se analizan 271, cuya edad es mayor de 60 años.

Se demuestra la mayor frecuencia del sexo masculino; se exponen las causas más frecuentes de sangrado, donde hay predominio de las lesiones crónicas (55 %), frente a las agudas (45 %).

Se señala la frecuente falta de sintomatología previa en el geronte (45,7 % de los casos), así como la coexistencia de lesiones potencialmente sangrantes, en el mismo o en diferentes órganos.

Se llama la atención del importante papel que juega la ingestión de agresores de la mucosa gastro-duodenal, especialmente el ácido acetilsalicílico, y del stress.

Palabras clave (Key words, Most clés) MEDLARS:
Hemorrhage Gastrointestinal.

INTRODUCCION

La hemorragia es la causa de muerte más frecuente entre las lesiones no tumorales del estómago y el duodeno.

Las cifras oscilan entre el 13 % y el 26 % según los diferentes autores (2, 3).

En trabajos que publicáramos anteriormente (4, 5, 6), hemos resaltado el decisivo papel que juega la fibroscopia gastro-duodenal en el diagnóstico y tratamiento de esta grave complicación, por lo que no insistiremos al respecto en esta publicación.

El hecho de que el 26,9 % de los casos por nosotros analizados, corresponda a hemorragias digestivas altas de enfermos mayores de 60 años, con todos los problemas que puede acarrear el geronte, ha motivado nuestro interés y nos ha llevado a investigar las causas de las mismas, para así instituir el tratamiento más adecuado, en el tiempo más breve posible.

Trabajo realizado en el Depto. de Endoscopia del Hospital Italiano. Montevideo.

La indicación de la fibroscopia dentro de las 72 horas de iniciado el sangrado (1, 5), es un hecho ya aceptado por todos los autores, cualquiera sea la edad y el estado del paciente, por tratarse de un método inocuo y de fácil realización.

Al respecto podemos decir que no hemos tenido complicaciones en los estudios realizados hasta el presente, en donde se incluyen todo tipo de enfermos (shockados, internados en CTI, comatosos, etc.).

Las limitaciones de la radiología intrahemorrágica ha impulsado más aún el uso de la fibroscopia de urgencia.

MATERIAL Y METODOS

Hemos estudiado 1.006 pacientes con hemorragias digestivas altas, entre los cuales 271 (26,9 % de los casos) ocurrieron en mayores de 60 años de edad.

En 277 casos, el estudio fue realizado dentro de las 72 horas del comienzo del sangrado, y fue en ellos donde se encontró el mayor índice de lesiones agudas.

RESULTADOS

Entre los pacientes mayores de 60 años, fueron examinados 167 de la década de 61 a 70 años, 89 de la de 71 a 80, y 15 mayores de 80.

Hubo un predominio significativo del sexo masculino, ya que fueron estudiados 166 hombres frente a 105 mujeres.

Las causas de la hemorragia pueden verse detalladas en el Cuadro I, donde puede concluirse que en el 97 % de los casos se pudo llegar a un diagnóstico correcto.

Como vemos, las lesiones de tipo inflamatorio, como las gastritis y duodenitis ocupan el primer lugar (38,9 %), seguidas muy de cerca por las ulceradas, ya sean duodenales, gástricas crónicas o por medicamentos (32,6 %) en ese orden de frecuencia.

Presentado como Tema libre en el XXVIII Congreso Uruguayo de Cirugía. Diciembre, 1977.

Residente y Prof. Adjunto de Cirugía. Fac. Med. Montevideo.

Dirección: Liorna 6511, Montevideo (Dr. Sojo).

En un porcentaje muy inferior, se encuentra el neoplasma gástrico (7,7 %) y las lesiones telangiectásicas (6,2 %), entidad que recién en los últimos tiempos se le ha dado su real jerarquía en la etiología de las hemorragias gastroduodenales.

Las úlceras agudas se ven en el 5,2 %, y luego, en orden decreciente, los tumores benignos (submucosos y pólipos), la esofagitis, hernia hiatal por deslizamiento, várices esofágicas, estomitis y erosiones yeyunales.

Del estudio estadístico realizado, podemos concluir que hay un leve predominio de las lesiones crónicas (55 %) frente a las agudas (45 %) en el geronte.

El otro aspecto a resaltar es la alta incidencia de úlceras duodenales crónicas, que hasta el presente parecían patrimonio de los pacientes jóvenes.

Si hacemos un paralelo de las lesiones vistas en los dos grupos de enfermos, siempre considerando como frontera los 60 años de edad, vemos (Cuadro II) que en el geronte hay una mayor frecuencia de las gastritis erosivo-hemorrágicas, de las úlceras por medicamentos, de los neoplasmas gástricos, y especialmente de las lesiones telangiectásicas, que son

CUADRO I

CAUSAS DE HEMORRAGIAS DIGESTIVAS ALTAS EN EL GERONTE

271 pacientes mayores de 60 años			
Úlceras	- Gástrica crónica 27 9,9 % - Duodenal 42 15,4 % - Por medicamentos 20 7,3 %	32,6 %	
Gastritis	86 31,6 %		
Duodenitis	20 7,3 %	38,9 %	
Neoplasma gástrico	21 7,7 %		
Lesiones telangiectásicas	17 6,2 %		
Úlceras	- Agudas 9 - De neoboca 4 - Por material de sutura 1	5,2 %	
Tumores	- Submucosos 3 - Pólipos 5		
Estomitis	5		
Várices esofágicas	7		
Esofagitis	8		
Hernia hiatal	9		
Erosiones yeyunales	1		
Lesiones agudas	128	45 %	
Lesiones crónicas	156	55 %	
Sin lesiones actuales		3,6 %	

CUADRO II

INCIDENCIA LESIONAL SEGUN EDADES

Lesión	Menores 60 años	Mayores 60 años
Úlcera gástrica crónica	20,4 %	9,9 %
Gastritis erosivo - hem.	16,1 %	28 %
Úlcera por medicamentos	2,7 %	7,3 %
Esofagitis ..	0,9 %	2,9 %
Hernia hiatal ..	0,2 %	3,3 %
Neoplasma gástrico	4,6 %	7,7 %
Les. telangiectásicas	0,1 %	6,2 %

CUADRO III

SANGRADO SIN ANTECEDENTES DIGESTIVOS

Úlcera gastro - duodenal	- Crónica 35 - Aguda 7 - Neoboca 1	
Gastroduodenitis erosivo - hemorrágica	47	
Esofagitis hemorrágica	5	
Hernia hiatal	3	
Tumores	- Cáncer 7 - Pólipos 4 - Submucosos 1	12
Estomitis	3	
Lesiones telangiectásicas	17	
TOTAL	130	45,7 %

excepcionales en los jóvenes (6,2 % frente a 0,1 %).

En cuanto a la clínica, ya es sabido que en el geronte es pobre, y que pueden haber prolongados períodos de latencia; aún así es realmente sorpresiva la cifra elevada de lesiones que sangraron sin ningún antecedente digestivo, lo que ocurrió en 130 pacientes, es decir, en un 45,7 % de los estudiados (Ver Cuadro III).

Entre ellos, los más frecuentes fueron las gastroduodenitis erosivo - hemorrágicas (47 casos) y el úlcus crónico (35 casos).

Lógicamente, las 17 telangiectasias no dieron sintomatología, ya que sólo se exteriorizan por sangrados repetidos.

Entre los tumores, hubo 7 neoplasmas, 4 pólipos y un tumor submucoso que no se expresaron clínicamente.

La ingestión de agresores de la mucosa, provocó sangrado en 64 pacientes (23,6 % del total), ocupando con largueza el sitio de privilegio el ácido acetil - salicílico (41 casos), luego, los antirreumáticos (11 casos), el alcohol (6 casos), los corticoides (3 casos) y los antiinflamatorios (3 casos).

El stress fue causante de hemorragias en 33 enfermos (12,1 % del total), 10 en el post-operatorio, 6 psíquicos, 5 con insuficiencia re-

nal, 5 con insuficiencia respiratoria, 4 con sepsis y 3 post-traumatismos.

En cuanto a la coexistencia de dos patologías, fue frecuente, ya que en 261 enfermos que presentaron lesiones, había 284 de ellas, siendo las asociaciones más frecuentes:

úlcera gástrica y gastritis erosiva,
 úlceras gástricas múltiples,
 úlcera gástrica y duodenal,
 úlcera duodenal y antritis erosiva,
 úlcera duodenal y gastroduodenitis erosiva,
 várices esofágicas y úlcus gastroduodenal,
 várices esofágicas y gastritis erosiva.

En 68 pacientes (25 % del total) se vio más de un accidente hemorrágico.

CONCLUSIONES

Del estudio realizado se pueden concluir los siguientes hechos:

1) Los gerontes corresponden al 26,9 % del total de los enfermos estudiados por hemorragias digestivas altas.

2) Hay predominio del sexo masculino frente al femenino (166 casos frente a 105).

3) Las causas más frecuentes corresponden a las gastritis y duodenitis (38,9 % de los casos), seguidos muy de cerca (32,6 %) de las lesiones ulceradas gastroduodenales.

4) Hay un índice llamativamente alto (6,2 %) de lesiones telangiectásicas, que contrasta con el de los sujetos jóvenes.

5) Las lesiones crónicas son más frecuentes que las agudas (55 % frente a 45 %).

6) Sólo en el 3,6 %, no pudo detectarse la lesión causal.

7) En comparación con los menores de 60 años, hay aumento significativo de lesiones telangiectásicas, neoplasmas gástricos, gastritis erosivo-hemorrágicas y úlceras por medicamentos, y una disminución importante de úlceras gástricas crónicas.

8) En 130 enfermos (45,7 %) no existió ningún antecedente digestivo, siendo la hemorragia la primera manifestación.

9) Los agresores de la mucosa estuvieron presentes en el 23,6 % de los casos, siendo el más frecuente, el ácido acético-salicílico.

10) El stress se vio en el 12,1 % de los enfermos, como principal causa de sangrado.

11) Finalmente, la frecuencia de la coexistencia de lesiones.

RESUME

Etiologie des hemorragies digestives hautes dans les vieux. Diagnostic fibroscopique

Du total de 1.006 malades avec hémorragie digestive haute étudiée par fibroscopie, on analyse 271, dont l'âge est supérieure à 60 ans.

On démontre qu'on la trouve plus souvent chez les hommes; on expose ses causes plus fréquentes, et on souligne la prédominance des ulcères chroniques (55 %) face aux aigus (45 %).

On signale l'absence de symptômes préalables dans les vieux (45,7 % des cas).

On détache, aussi, le rôle important qui joue l'ingestion d'agresseurs de la muqueuse gastroduodénale, particulièrement de l'acide acétique-salicylique et aussi le stress.

SUMMARY

High digestive hemorrhage in the elder patients. Fibroscopy diagnosis

Out of a total of 1.006 patients suffering from high digestive hemorrhage studied with fibroscopy those over 60 years of age were analyzed.

This condition appears with greater frequency in males, with greater incidence of bleeding where there is predominance of chronic lesions (55 %) over acute lesions (45 %).

There is rarely any prior symptomatology in the older patient (45.7 %) and coexistence of potentially bleeding lesions in the same or different organs.

It is noteworthy that ingestion of gastro-duodenal mucosa aggressors, most particularly acetylsalicylic acid and stress, play an important role.

REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS

1. FERRAZ J. Endoscopia de Urgencia en las hemorragias digestivas. *Cir Uruguay*, 44: 274, 1974.
2. LARGHERO P. Hemorragias graves del tracto digestivo superior. Sup. An. Fac. Med. Montevideo. Rosgal, 1960.
3. MUÑOZ-MONTEAVARO C, MESCIA C, NISKI DE RYDEL R. Análisis de 585 casos de Hemorragias digestivas. *Congreso Panamericano de Gastroenterología*. 130. Jornada Médica - Resúmenes, 1973.
4. SOJO E, ESTAPE G. Contribución de nuevos métodos al diagnóstico del Cáncer Gástrico. *Cir Uruguay*, 45: 97, 1975.
5. SOJO E, ESTAPE G. Aporte de la fibroscopia en el diagnóstico de las hemorragias digestivas altas. *Rev Argent Cir*. 31: 161, 1976.
6. SOJO E, ESTAPE G, PIKE A. 685 hemorragias digestivas altas estudiadas por fibroscopia. *Cir Uruguay*, 47, 382, 1977.