

Colonoscopia de urgencia en hemorragia digestiva en el Hospital Valentín Gómez Farías

Emergency colonoscopy in digestive bleeding at the Valentín Gómez Farías Hospital

Joaquín Ortiz-Aramburo*, Abrahán Guzmán-Lepe y Félix A. Ventura-Sauceda

Cirugía gastrointestinal, Hospital Regional "Valentín Gómez Farías", Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado (ISSSTE), Zapopan, Jalisco, México

Resumen

Introducción: La hemorragia digestiva baja (HDB) se define como el sangrado por el tracto digestivo de origen distal a la válvula ileocecal. Ocurre en individuos de edad avanzada y a menudo con comorbilidades graves. La hemorragia digestiva baja corresponde a una patología frecuente con una mortalidad variable. La prevalencia de la HDB ha aumentado marcadamente en los últimos años. En la actualidad la enfermedad diverticular es, probablemente, la causa más frecuente de hemorragia digestiva. A pesar de ello, la evidencia científica sobre su manejo es muy limitada. No se disponen de estudios terapéuticos comparativos en nuestro hospital. La endoscopia como procedimiento en cuadros agudos, presenta algunas consideraciones relacionadas con su utilidad, sin embargo, está estrechamente relacionada a la causa. **Objetivo:** Describir las características de las colonoscopias de urgencia en hemorragia digestiva baja en el hospital Valentín Gómez Farías. **Material y métodos:** Se trata de un estudio transversal, descriptivo, poblacional, exploratorio en el cual se analizaron todas las colonoscopias de urgencia en el periodo de estudio se trató de identificar, la principal causa, la principal indicación y el porcentaje de estas que resultaron con tratamiento y cuál fue el tratamiento instaurado el análisis se realizó mediante estadística descriptiva con frecuencias y porcentaje para las variables cualitativas y media desviación estándar para las variables cuantitativas se compararon las variables entre los grupos en los que las colonoscopias resultaron terapéuticas y el grupo que solo fueron diagnósticas. **Resultados:** Se incluyeron 30 colonoscopias que se realizaron de urgencia en el periodo de estudio de las cuales 70% (21) fueron solo diagnósticas (GD) y 30% (9) terapéuticas (GT) de estas la terapéuticas empleadas fueron clipaje 3 (60%) y argon plasma en 2 (40%), La principales causas fueron enfermedad diverticular en 23 (76.7%) hemorragia secundaria a tumor 3 (10%), angiodisplasia en 2 (6.7%) y proctitis post radiación en 2 (6.7%), la edad en GT fue de 70.5(±11.477) y en GD 68.23(13.086) p=0.6, el INR fue en GD 1.15 (± 0.19) y GT 1.15 (± 0.18)p=0.06 y hb GT 10.35 (±1.6) GD 11.6(±0.5) p=0.04, las principales localizaciones anatómicas fueron sigmoides 21 (70%), trasverso 1 (3%) ascendente en 1 (3%) y anorrectal en 2 (6.7%) de las cuales las terapéuticas fueron 60% (3) de sigmoides y 40% (2) en recto (p=0.025). **Conclusiones:** La principal causa de hemorragia digestiva en nuestro medio es la enfermedad diverticular, y su localización más frecuente es el colon sigmoides, las colonoscopias en este sitio anatómico y con una hemoglobina menor resultaron terapéuticas en una mayor proporción. Sin embargo la mayor parte de estos procedimientos no pudieron resultar terapéuticos.

Palabras clave: Colonoscopia. Hemorragia digestiva baja. Hemo clip.

Correspondencia:

Joaquín Ortiz-Aramburo

E-mail: drjoaquinortizaramburo@gmail.com

0188-9893/© 2020. Asociación Mexicana de Endoscopia Gastrointestinal, publicado por Permayer México SA de CV, todos los derechos reservados.

Fecha de recepción: 31-07-2020

Fecha de aceptación: 14-08-2020

DOI: 10.24875/END.M20000215

Endoscopia. 2020;32(Supl 2):116-121

www.endoscopia-ameg.com

Introducción

La hemorragia digestiva baja (HDB) representa aproximadamente entre el 20% y el 25% de todas las hemorragias digestivas y se define como aquel sangrado que tiene un origen distal a válvula ileocecal. Representa un número muy importante de ingresos hospitalarios en servicios tanto médicos como quirúrgicos. En un alto porcentaje con manejo conservador la HDB cede espontáneamente, especialmente en aquellos pacientes con hemorragia por divertículos^{1,2}. El tratamiento médico y/o el quirúrgico se precisa tan solo en un escaso porcentaje de los casos. Muchos de estos pacientes están inestables hemodinámicamente y/o han recibido numerosas transfusiones de hematies. Para aquellos pacientes de esta minoría la mortalidad incluso en centros hospitalarios terciarios excede el 15% al 20%³.

En aquellos que se someten a cirugía urgente la mortalidad alcanza entre el 20% y el 50%⁴. Teniendo en cuenta la elevada morbilidad y mortalidad asociada con la cirugía urgente de la HDB, las técnicas menos invasivas son y deben ser una opción de tratamiento preferente, incluyendo la colonoscopia con coagulación y la embolización transcáteter. La colonoscopia está muy limitada en la hemorragia masiva, situación muy habitual en estos pacientes, debido a la mala visualización del punto sangrante por el abundante contenido hemático en la luz intestinal. Es una técnica adecuada para los pacientes en los que hay un cese espontáneo del sangrado y pueden ser preparados adecuadamente⁵. Hemos de decir que es la técnica ideal para pacientes con patología maligna, rectal, sangrado de novo y en aquellos con sangrado lento pero persistente como ocurre en la isquemia o la colitis infecciosa^{6,7}.

Su incidencia anual se estima en 20 casos por 100.000 habitantes⁸. Sin embargo, se presenta mayoritariamente en pacientes de edad avanzada, por lo que debido al envejecimiento progresivo de la población se está convirtiendo en un motivo cada vez más frecuente de ingreso hospitalario. En la gran mayoría de los casos tiene su origen en el colon, mientras que la hemorragia digestiva que se origina en el intestino delgado es mucho más infrecuente y suele representar un problema diagnóstico y tener una peor evolución clínica⁸. La HDB es, en general, auto limitada y cesa espontáneamente. Sin embargo, en un 20% de los casos la hemorragia es persistente o recidiva tras el ingreso en el hospital y requiere algún tipo de intervención invasiva para conseguir la hemostasia.

clásicamente la hemorragia persistente ha requerido una resección quirúrgica, los avances endoscópicos y angiográficos ofrecen en la actualidad nuevas opciones terapéuticas⁹. El diagnóstico definitivo del origen de la hemorragia es esencial para el tratamiento apropiado, el objetivo inicial del tratamiento del paciente con HDB aguda es la reanimación, el mantenimiento de la estabilidad hemodinámica con reposición de la volemia y la corrección de la anemia mediante transfusión sanguínea. La estrategia diagnóstica y terapéutica recomendada se esquematiza en algoritmos, que en la actualidad no son universales, y que se basan en la experiencia local, disponibilidad de medios y preferencias personales¹⁰.

La identificación de la causa de la HDB entraña más dificultades que en la HDA. Existe una gran superficie a explorar y requiere una preparación intensiva para minimizar la presencia de sangre y heces. Por otro lado, la mayor parte de las HDB cede espontáneamente y será frecuente identificar varios orígenes potenciales de sangrado^{11,12}. Por ello, consideraremos un diagnóstico de certeza la visualización de una lesión que está sangrando activamente, la presencia de un estigma de sangrado reciente (vaso visible o coágulo adherido) o una disrupción de la mucosa (úlceras con fibrina, neoplasia friable). La probabilidad de llegar a un diagnóstico de certeza depende, fundamentalmente, del momento en el que se realice la colonoscopia. Otros factores determinantes son la calidad de la preparación del colon, la selección de pacientes con HDB grave o activa, la experiencia del explorador y su motivación^{14,15}.

La colonoscopia, realizada precozmente, permite un mayor tasa de detección de diagnósticos de certeza (88-27%)²² que realizada de forma electiva (48-22%). En la HDB grave, la colonoscopia urgente también es superior demostrando el origen de la HDB^{16,17}.

Colonoscopia de urgencia

Solo la mitad de las causas de HDB son tratables endoscópicamente (angiodisplasia, diverticulosis, úlceras pospolipectomía, hemorroides, Dieulafoy)²². En cambio, las colitis isquémica o inflamatoria tienen lesiones difusas sobre las que no podrá ofrecerse un tratamiento endoscópico^{18,19}.

Como se ha comentado, la colonoscopia **de urgencia** permite obtener un mayor porcentaje de diagnósticos de certeza, por lo que también ofrece la posibilidad de un mayor porcentaje de tratamientos endoscópicos^{20,21}.

En el estudio retrospectivo de Strate, et al., el tratamiento endoscópico fue utilizado con éxito en el 29% de las colonoscopias realizadas en las primeras 12 h y fue del 0% más allá de las 48 h²³. Un estudio prospectivo de cohortes observó que la colonoscopia realizada en menos de 24 h era un factor predictivo independiente para obtener un diagnóstico de certeza (OR: 0.42; IC 95%: 0.21-0.81; p=0.004) y de realizar un tratamiento endoscópico (OR; 0.38; IC 95%: 0.16-0.91; p=0.03)²⁴.

La probabilidad de detectar una lesión tratable es superior en los episodios de HDB grave²⁵. Ello es debido a que este grupo está formado mayoritariamente por episodios de HDB de origen vascular²⁶.

Objetivo

Describir las características de las colonoscopias de urgencia en hemorragia digestiva baja en el hospital Valentín Gómez farías

Material y métodos

Tipo, diseño y temporalidad del estudio:

Estudio observacional, descriptivo

Universo de trabajo:

Pacientes a los que se les realizó una colonoscopia por sangrado de tubo digestivo de urgencia en el Hospital Regional ISSSTE "Dr. Valentín Gómez Farías.

Periodo de estudio: Del 01 de enero 2019 al 31 enero 2020.

Tamaño de la muestra:

No se calculó tamaño de muestra debido a que se realizó una inclusión poblacional tomándose todos los pacientes que cumplieron los criterios de ingreso.

Se incluyeron pacientes con diagnóstico de sangrado de tubo digestivo se hizo un muestreo no probabilístico de casos consecutivos en el periodo de estudio puesto que sirve como "estudio piloto" para posteriores estudios clínicos sobre el tema en nuestra unidad y el occidente del país.

Criterios de selección:

Criterios de inclusión

Pacientes a los que se les realizo colonoscopia de urgencia por sangrado de tubo digestivo bajo

Criterios de exclusión

Pacientes que no terminaron su atención en la unidad

Pacientes que no tengan corroborado su diagnóstico en el expediente

Pacientes colonoscópicos cuyo motivo de consulta sea: estreñimiento, dolor abdominal, rastreo de lesiones anteriores.

Criterios de Eliminación

Expedientes incompletos

Previa autorización por el Comité Local de Investigación y Ética en Investigación de así como al Director del Hospital para la realizar un estudio retrospectivo de alcance Descriptivo, transversal Se realizó la revisión de expedientes clínicos de pacientes una colonoscopia por sangrado de tubo digestivo de urgencia en el Hospital Regional ISSSTE "Dr. Valentín Gómez Farías

Para la obtención de datos de los pacientes que cumplieron con los criterios de selección anteriormente mencionados, se tomaron los datos del paciente a través de los censos del servicio del periodo comprendido entre Del 01 de enero 2019 al 31 enero 2020 posteriormente se solicitaron los expedientes clínicos de archivo general.

De los expedientes de los pacientes captados se recolectaron sus notas postendoscópicas, aunado a los resultados de laboratorio y estudios de imagen

Se llenó la hoja de recolección de datos con la información de los diferentes rubros para complementar las variables del estudio.

Periodo de Estudio: Del 01 de enero 2019 al 31 enero 2020

Resultados

Se revisaron los expedientes de 30 pacientes a los que se les realizo Colonoscopia de manera urgente por el servicio de endoscopia La edad promedio fue de 68.83 (\pm 12.52) años, con rango de edades entre 40 a 92 años.

La hemoglobina promedio de los pacientes previo a la colonoscopia fue de 11.04 (\pm 1.2) mg/dl con un INR promedio de 1.16 (\pm 1.2)

De todas las colonoscopias estudiadas 70% (21) fueron solo diagnósticas y 30% (9) resultaron terapéuticas en las colonoscopias empleadas terapéuticas de estas la terapéuticas empleadas fueron clipaje 3 (60%) y Argón plasma en 2 (40%).

La principales causas fueron enfermedad diverticular en 23 casos (76.7%) hemorragia secundaria a tumor en 3 (10%) , angiodisplasia en 2 (6.7%) y proctitis post radiación en 2 (6.7%) , la edad en el grupo terapéutico fue de 70.5(\pm 11.477) y en el grupo diagnóstico fue de 68.23(13.086) p=0.6 , el INR fue en el grupo diagnostico fue de 1.15 (\pm 0.19) y en el Grupo terapéutico fue

de 1.15 (\pm 0.18) $p=0.06$ y hemoglobina fue en Grupo terapéutico 10.35 (\pm 1.6) en el grupo diagnóstico fue de 11.6(\pm 0.5) $p=0.04$.

Las principales localizaciones anatómicas fueron sigmoides 21 (70%), trasverso 1 (3%) ascendente en 1 (3%) y anorrectal en 2 (6.7%) de las cuales las terapéuticas fueron 60% (3) de sigmoides y 40% (2) en recto ($p=0.025$).

Discusión

En distintas series se reportan resultados colonoscópicos buenos por lo que la utilidad de la colonoscopia resulta imprescindible en la evaluación de la colonoscopia de urgencia, especialmente si el examen se realiza precozmente²⁷.

Mediante este examen se pueden detectar estigmas de sangrado reciente (vaso visible, coágulo centinela, protuberancia pigmentada, etc.); los aciertos superan el 70%; detectando principalmente en enfermedad diverticular y angiodisplasias en este estudio se encontró una casuística similar entre todos los estudios reportados en literatura nacional, la enfermedad diverticular fue de 76.7% comparada con los 70%, al tratarse de centro de referencia encontramos también proctitis post radiación²⁸.

Dentro de nuestro estudio, encontramos que el 30% de los estudios fueron terapéuticos esta tasa es superior al 10 y 15% de las colonoscopias que fueron diagnósticas y demostraron ser terapéuticas, pero no hay datos comparativos como en la HDA; sin embargo se considera que realizar una colonoscopia de urgencia mejoran el pronóstico y acortan la estancia hospitalaria²⁹.

La colonoscopia a veces detecta sangre que proviene a través de la válvula ileocecal, lo que orienta el estudio hacia el intestino delgado porque a pesar de no atribuirse la causa nos puede orientar a la causa, además encontramos que en los pacientes que presentaron una hemorragia más profusa tuvieron una mayor probabilidad de presentar una mejoría o tener un procedimiento terapéutico, $p=0.04$ sin embargo en estos pacientes puede orientarse a un diagnóstico³⁰.

Comparada con otros métodos diagnósticos la angiografía tiene una sensibilidad que varía de 12 a 69% (es mejor en HDB severa), y detecta la extravasación del contraste durante la hemorragia activa si la velocidad de sangrado es mayor de 0,5 ml/minuto³¹.

La angiografía puede ser terapéutica, la cateterización selectiva de las arterias, permite la infusión de sustancias vasoconstrictoras (vasopresina) o la

oclusión embólica del vaso sangrante con gelfoam o coágulos autólogos³².

La vasopresina detiene el sangrado en el 90%, pero 50% resangran al suspender la infusión; además 21% presentan arritmias, edema pulmonar, isquemia, hipertensión arterial, etc. Comparado con la colonoscopia cuyos efectos adversos pueden ser menores³³.

La embolización selectiva o ultraselectiva también inicialmente es eficaz (93-100%), lamentablemente sus índices de recurrencia fluctúan entre 53-71%. Las complicaciones menores de esta técnica son del 9%, y de las mayores 0%³⁴⁻³⁵.

Si comparamos la angiografía con la colonoscopia, esta última la supera (82% versus 12% de aciertos); además la angiografía no está exenta de problemas, en algunas series se han reportado hasta un 9% de complicaciones (hematomas, falla renal o trombosis)²⁶⁻²⁸. En general existe consenso respecto a que la angiografía complementa a la colonoscopia³⁶⁻³⁷.

Conclusión

La principal causa de hemorragia digestiva en nuestro medio es la enfermedad diverticular, y su localización más frecuente es el colon sigmoides, las colonoscopias en este sitio anatómico y con una hemoglobina menor resultaron terapéuticas en una mayor proporción. Sin embargo, la mayor parte de estos procedimientos no pudieron resultar terapéuticos.

Bibliografía

- Schuetz A, Jauch KW. Lower gastrointestinal bleeding: Therapeutic strategies, surgical techniques and results. *Langenbecks Arch Surg.* 2001; 386:17-25.
- Zuckerman GR, Prakash C. Acute lower intestinal bleeding. Part II: Etiology, therapy, and outcomes. *Gastrointest Endosc* 1999;49:228-238.
- VernavaAM3^d, Moore BA, Longo WE, Johnson FE. Lower gastrointestinal bleeding. *Dis Colon Rectum* 2017;40:846-858.
- Ufflacker R (1987) Transcatheter embolization for treatment of acute lower gastrointestinal bleeding. *Acta Radiol.* 1987. 28:425-430.
- Jensen DM, Machicado GA, Jutabha R, Kovacs TO. Urgent colonoscopy for the diagnosis and treatment of severe diverticular hemorrhage. *N Engl J Med* 2010;342:78-82.
- Hendrickson RJ, Diaz AA, (5)Salloum R, Koniaris LG. Benign rectal ulcer. *Surg Endosc* 2003;11:1759-65.
- Strate LL, Saltzman JR, Ookubo R, Mutinga ML, Syngal S. Validation of a clinical prediction rule for severe acute lower intestinal bleeding. *Am J Gastroenterol.* 2015;100:1821-1827.
- Hamilton W, Sharp D. Diagnosis of colorectal cancer in primary care: evidence base for guidelines. *Fam Pract.* 2004;21:991-1006. Disponible en: 140 BIBLIOGRAFIA <http://fampra.oxfordjournals.org/cgi/content/full/21/1/99>. Consultado el 30 de marzo de 2020.
- Sheth TS, Choudhry NK, Bowes M, Detsky AS. The relation of conjunctival pallor to the presence of anaemia. *J Gen Intern Med.* 1997;12:102-106.
- Chalco JP, Huicho L, Alamo C, Carreazo NY, Bada CA. Accuracy of clinical pallor in the diagnosis of anaemia in children: a meta-analysis. *BMC Pediatr.* 2015;5:46.
- Strate LL, Orav EJ, Syngal S. Early predictors of severity in acute lower intestinal tract bleeding. *Arch Intern Med.* 2013;163:838-843
- McGinn TG, Guyatt GH, Wyer PC, Naylor CD, Stiell IG, Richardson WS. Users' guides to the medical literature: XXII how to use articles about clinical decision rules. Evidence-Based Medicine Working Group. *JAMA.*

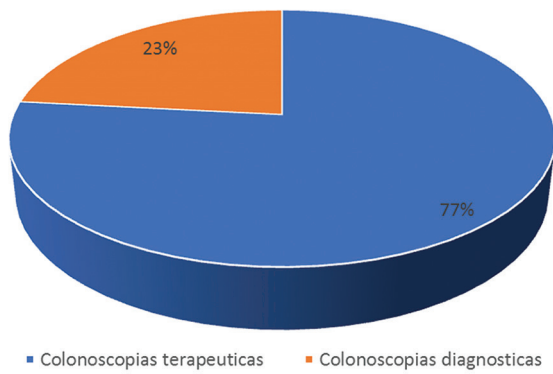
13. Muris JW, Starmans R, Fijten GH, Crebolder HF, Krebber TF, Knottnerus JA. Abdominal pain in general practice. *Fam Pract.* 2013;10:38790.
14. Rosenkrantz H, Bookstein JJ, Rosen RJ, Goff WB 2nd, Healy JF. Post-embolic colonic infarction. *Radiology* 1982;142:47-51.
15. Hamilton W, Sharp D. Diagnosis of colorectal cancer in primary care: evidence base for guidelines. *Fam Pract.* 2004;21:99106. Disponible en: 140 BIBLIOGRAFIA <http://fampra.oxfordjournals.org/cgi/content/full/21/1/99>. Consultado el 30 de marzo de 2020.
16. Referral guidelines for suspected cancer. NICE Clinical Guideline N° 27. London: National Institute for Health and Clinical Excellence (2020). Disponible en: <http://www.nice.org.uk/guidance/CG27>.
17. Alavi A, Ring EJ. Localization of gastrointestinal bleeding: superiority of 99mTc sulfur colloid compared with angiography. *AJR Am J Roentgenol.* 1981;137:741-8.
18. Kuhle WG, Sheiman RG. Detection of active colonic hemorrhage with use of helical CT: findings in a swine model. *Radiology.*2003;228:743-52.
19. Laine L, Shah A. Randomized trial of urgent vs. elective colonoscopy in patients hospitalized with lower GI bleeding. *Am JGastroenterol.* 2010;105:2636-41.
20. Caos A, Benner KG, Manier J, McCarthy DM, Blessing LD, Katon RM, et al. Colonoscopy after Golytely preparation in acute rectal bleeding. *J Clin Gastroenterol.* 1986;8:46-9.
21. Rodriguez-Moranta F, Berrozpe A, Botargues J, Soriano-Izquierdo A, Chahri N, Biondo S, et al. Colonoscopy delay in lower gastrointestinal bleeding: influence on diagnostic accuracy. *Endoscopic therapy and hospital stay (abstract).* *Gastrointest Endosc.* 2017;65:261-63
22. Foutch PG. Angiodysplasia of the gastrointestinal tract. *Am J Gastroenterol.* 1993;88:807-18.
23. Eisen GM, Dominitz JA, Faigel DO, Goldstein JL, Kallou AN, Petersen BT, et al. An annotated algorithmic approach to acute lower gastrointestinal bleeding. *Gastrointest Endosc.* 2001;53:859-63.
24. Hokama A, Uehara T, Nakayoshi T, Uezu Y, Tokuyama K, Kinjo F, et al. Utility of endoscopic hemoclipping for colonic diverticular bleeding. *Am J Gastroenterol.* 2007;92:543-6.
25. Wong Kee Song LM, Baron TH. Endoscopic management of acute lower gastrointestinal bleeding. *Am J Gastroenterol.* 2018;103:1881-7.
26. Farrell JJ, Graeme-Cook F, Kelsey PB. Treatment of bleeding colonic diverticula by endoscopic band ligation: an in-vivo and ex-vivo pilot study. *Endoscopy.* 2003;35:823-9.
27. Chaudhry V, Hyser MJ, Gracias VH, et al. Colonoscopy: the initial test for acute lower gastrointestinal bleeding. *Am Surg* 1998;64(8):723-728.
28. Angtuaco TL, Reddy SK, Drapkin S, et al. The utility of urgent colonoscopy in the evaluation of acute lower gastrointestinal tract bleeding. *Am J Gastroenterol* 2001; 96(6):1782-1785.
29. Jensen DM, Machicado GA, Jutabha R, et al. Urgent colonoscopy for the diagnosis and treatment of severe diverticular hemorrhage. *N Engl J Med* 2000;342(2):78-82.
30. Bloomfield RS, Rockey DC, Shetzline MA. Endoscopy therapy of acute diverticular hemorrhage. *Am J Gastroenterol* 2001; 96(8):2367-2372.
31. Kovacs TOG, Jensen DM. Endoscopic control of gastroduodenal hemorrhage. *Ann Rev Med* 1987;38:267- 277.
32. Kuo WT, Lee DE, Saad WE, et al. Super selective microcoil embolization for the treatment of lower gastrointestinal hemorrhage. *J Vasc Interv Radiol* 2003;14(2):1503-1509.
33. DeBarros J, Rosas L, Cohen J, et al. The changing paradigm for the treatment of colonic hemorrhage: superselective angiographic embolization. *Dis Colon Rectum* 2002;45(6):802-808.
34. Junquera F, Quiroga S, Saperas E. Et al. Accuracy of helical computed tomographic angiography for the diagnosis of colonic angiodysplasia. *Gastroenterology* 2000; 119(2):293-299.
35. Bounds BC, Friedman LS. Lower gastrointestinal bleeding. *Gastroenterol Clin N Am* 2003;32(4):1107-1125.
36. Richter JM. Occult gastrointestinal bleeding. *Gastroenterol Clin North Am* 1994;23(1):53-66.
37. Triester SL, Leighton JA, Leontiadis GI, et al. A Metaanalysis of the yield of capsule endoscopy compared to other diagnostic modalities in patients with obscure gastrointestinal bleeding. *Am J Gastroenterol* 2005;100(11):2407-2418.

Anexo

Anexo 1

Estadísticos descriptivos					
	N	Mínimo	Máximo	Media	Desv. Desviación
EDAD	30	40	92	68.83	12.523
hb	30	7.600000000000000	12.800000000000000	11.046666666666667	1.207086356175219
INR	30	.800000000000000	1.500000000000000	1.165333333333333	.188345488367802
N válido (por lista)	30				

Porcentaje de colonoscopias diagnosticas



Principales localizaciones anatómicas

		Frecuencia	Porcentaje
zona anatómica	trasverso	26	86.7
	ascendente	1	3.3
	sigmoides	1	3.3
	recto	2	6.7
	Total	30	100.0

Diagnósticos endoscópicos

		Frecuencia	Porcentaje
Diagnóstico	Enfermedad diverticular	23	76.7
	Angiodisplasia	3	10.0
	Tumor	2	6.7
	Proctitis postradiación	2	6.7
	Total	30	100.0