

# Hallazgos endoscópicos en pacientes con hemorragia de tubo digestivo alto y bajo en un hospital de segundo nivel

Julia M. Hernández-Jerónimo<sup>1,2\*</sup>, Cuauhtémoc Matadamas-Zárate<sup>2</sup>, Beatriz Cárdenas-Morales<sup>2</sup>, M. Isabel Azcona-Cruz<sup>2</sup> y Julio C. Matadamas-Hernández<sup>2</sup>

<sup>1</sup>Servicio de Endoscopia, Hospital Regional Presidente Juárez, ISSSTE; <sup>2</sup>Facultad de Medicina y Cirugía, Universidad Autónoma Benito Juárez de Oaxaca, Oaxaca, México

## Resumen

**Introducción:** La hemorragia digestiva es la pérdida de sangre que se origina en el tubo digestivo. **Objetivo:** Describir los hallazgos endoscópicos en pacientes evaluados por hemorragia de tubo digestivo alto (HTDA) y bajo (HTDB) en un hospital de segundo nivel del Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado (ISSSTE) en Oaxaca, México. **Método:** Durante 3.5 años se realizaron 4285 esofagogastroduodenoscopias y colonoscopias. **Resultados:** De 778 solicitudes, el 74.5% fueron por HTDA y el 25.5% por HTDB. Las causas más frecuentes de HTDA no variceal fueron úlcera péptica (19%) y gastropatía erosiva (15%), y las de HTDA variceal fueron varices esofágicas (23%) y gastropatía hipertensiva (13%). Las causas más frecuentes de HTDB fueron hemorroides (53.5%) y divertículos (18.5%). **Conclusiones:** Los hallazgos endoscópicos más frecuentes en los pacientes evaluados endoscópicamente por HTDA fueron úlcera péptica, gastropatía erosiva y varices esofágicas, mientras que para los pacientes evaluados por HTDB fueron hemorroides y divertículos del colon.

**Palabras clave:** Hemorragia de tubo digestivo. Hemorragia de tubo digestivo alto. Hemorragia de tubo digestivo bajo.

## Endoscopic findings in patients with upper and lower gastrointestinal bleeding in second-level hospital

## Abstract

**Introduction:** Gastrointestinal bleeding is blood loss that originates in the digestive tract. **Objective:** To describe the endoscopic findings in patients evaluated for upper (UGIB) and lower (LGIB) gastrointestinal bleeding that was performed in a second-level care hospital of the ISSSTE in the Mexican state of Oaxaca. **Method:** For 3.5 years, 4285 esophagogastroduodenoscopies and colonoscopies were performed. **Results:** The results of 778 requests are as follows: 74.5% were diagnosed with UGIB and 25.5% with LGIB. The most frequent causes of non-variceal UGIB are peptic ulcer (19%) and erosive gastropathy (15%), and for the variceal UGIB were esophageal varices (23%) and hypertensive gastropathy (13%). In the case of LGIB, the most common causes were hemorrhoids (53.5%) and diverticula (18.5%). **Conclusions:** According to the findings observed in patients evaluated endoscopically, the most common causes for UGIB were peptic ulcer, erosive gastropathy, and esophageal varices; while for patients diagnosed with LGIB, they were hemorrhoids and colonic diverticula.

**Keywords:** Gastrointestinal bleeding. Upper gastrointestinal bleeding. Lower gastrointestinal bleeding.

### \*Correspondencia:

Julia M. Hernández-Jerónimo

E-mail: juliahernandezj@hotmail.com

0188-9893/© 2023. Asociación Mexicana de Endoscopia Gastrointestinal, publicado por Permanyer México SA de CV, todos los derechos reservados.

Fecha de recepción: 16-01-2023

Fecha de aceptación: 13-03-2023

DOI: 10.24875/END.23000002

Disponible en internet: 24-04-2023

Endoscopia. 2022;34(3)70-73

www.endoscopia-ameg.com

## Introducción

La hemorragia digestiva es la pérdida sanguínea que se origina en el tubo digestivo. La hemorragia de tubo digestivo (HTD) se manifiesta como hematemesis, melena, hematoquecia, rectorragia, sangre oculta en heces o anemia. Según su localización anatómica, puede clasificarse en: 1) hemorragia de tubo digestivo alto (HTDA), con pérdida sanguínea proximal al ámpula de Vater<sup>1</sup>; 2) hemorragia de tubo digestivo bajo (HTDB), que ocurre de la válvula ileocecal al ano<sup>2</sup>, y 3) hemorragia de tubo digestivo medio, que se localiza entre el ámpula de Vater y la válvula ileocecal<sup>3</sup>. En México existen pocos reportes estadísticos acerca de las causas de la HTD. La HTDA representa el 75-80% de los casos de hemorragia digestiva, y se clasifica como: 1) HTDA de origen no variceal (HTDANV), con una mortalidad del 10-25%, cuya causa más frecuente es la úlcera péptica, y 2) HTDA variceal (HTDAV), con una mortalidad de hasta el 50%, siendo las varices esofágicas la causa más frecuente<sup>4</sup>. La HTDB es causa de sangrado en el 20-25% de los casos, es más frecuente en los hombres y se incrementa con la edad; las causas que la ocasionan son los divertículos colónicos<sup>5</sup>.

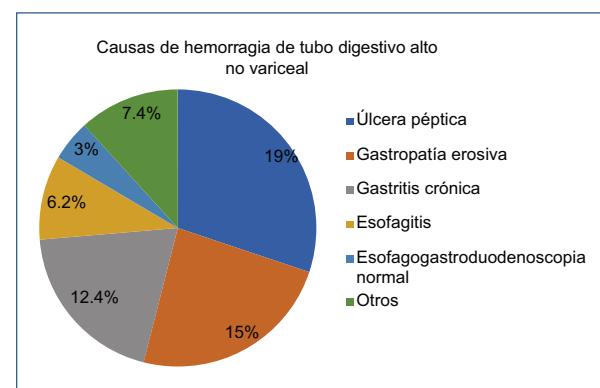
El objetivo de este estudio fue describir los hallazgos endoscópicos en los pacientes evaluados por HTDA y HTDB en un hospital de segundo nivel del Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado (ISSSTE) en Oaxaca, México.

## Material y métodos

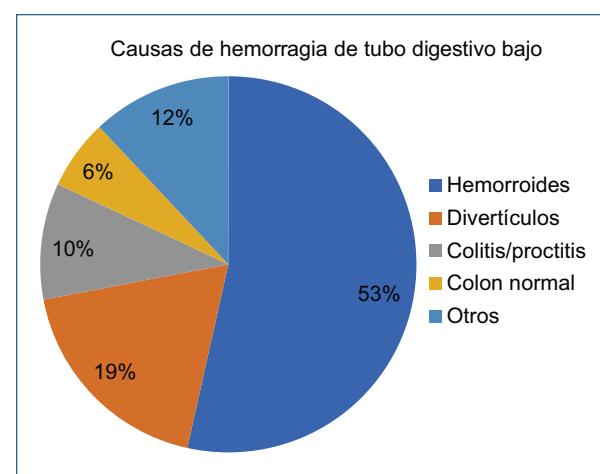
Estudio retrospectivo, transversal, descriptivo, en el que se evaluaron 4285 reportes de procedimientos endoscópicos (esofagogastroduodenoscopia y colonoscopia), realizados en el periodo del 3 de enero de 2011 al 31 de julio de 2014. De estos, 778 (18%) fueron solicitados con un diagnóstico presuntivo de HTDA o HTDB. Se describen los hallazgos endoscópicos encontrados en estos estudios. Se realizaron medidas de tendencia central y estadística descriptiva.

## Resultados

De los 778 reportes revisados, 366 correspondieron al sexo femenino (47%) y 412 (53%) al sexo masculino. Se realizaron 579 esofagogastroduodenoscopias (74.5%) y 199 colonoscopias (25.5%). El rango de edad de los pacientes fue de 4 a 101 años, con un promedio de 62.7 años y una mediana de 64 años. El diagnóstico de HTD fue más frecuente de la sexta a la octava décadas de la vida. Los



**Figura 1.** Hallazgos endoscópicos en pacientes con hemorragia de tubo digestivo alto no variceal.



**Figura 2.** Hallazgos endoscópicos en pacientes con hemorragia de tubo digestivo bajo.

diagnósticos más frecuentes para HTDANV en 364 estudios (63%) fueron úlcera péptica 19% (110 casos: 78 gástrica y 32 duodenal), gastropatía erosiva (15%), gastritis crónica (12.4%) y esofagitis (6.2%) (Fig. 1). De los 579 pacientes con HTDA, 215 (37%) correspondieron a HTDAV, y se realizó un estudio endoscópico o más por paciente. Las causas más frecuentes fueron varices esofágicas (23%), gastropatía por hipertensión portal (13%) y varices fúndicas (1.2%). Las causas más frecuentes de HTDB fueron hemorroides (53.5%), divertículos (18.5%) y colitis/proctitis inespecífica (10%) (Fig. 2).

## Discusión

Aproximadamente una quinta parte de los estudios endoscópicos realizados en nuestro hospital

corresponden a HTD. Las causas más frecuentes de HTDANV fueron úlcera péptica, gastropatía erosiva y gastritis crónica. Existe variabilidad entre los centros hospitalarios en cuanto a las causas de HTD<sup>6-8</sup>. Nuestros datos difieren de los publicados por Solís et al.<sup>9</sup>, quienes en una revisión de 18 reportes de HTD en diferentes hospitales del país encontraron, en orden de frecuencia, gastropatía erosiva, úlcera gástrica, varices y úlcera duodenal. En 2010, Zepeda<sup>10</sup> reportó como principales causas de HTDANV la úlcera péptica, el desgarro de Mallory-Weiss, la gastritis y la duodenitis erosiva, y la esofagitis. Sin embargo, nuestros datos coinciden con las causas de HTDA reportadas por Pinto et al.<sup>11</sup> en Chile, quienes mencionan como principales causas úlcera péptica, gastropatía erosiva y esofagitis, además de la edad de presentación. Es de notar que, a pesar del advenimiento de los inhibidores de la bomba de protones, la úlcera péptica y la gastropatía erosiva (muy probablemente asociadas a factores como la utilización de antiinflamatorios no esteroideos y *Helicobacter pylori*, entre otros) continúan siendo las principales causas de HTDANV. Dentro de las causas de HTDAV se encontraron las varices esofágicas y la gastropatía hipertensiva en mayor porcentaje que la úlcera péptica y la gastropatía erosiva (HTDANV), de modo que, cuando se analizan todas las causas de HTDA en forma conjunta, se observan datos como los reportados por Roesch-Dietlen et al.<sup>12</sup>, en un estudio realizado en hospitales de Veracruz, quienes publicaron como causas más frecuentes de HTDA las varices esofágicas, la gastritis erosiva y la úlcera péptica.

En cuanto a la HTDB, las causas encontradas con mayor frecuencia fueron hemorroides y divertículos, en contraste con las reportadas por otros estudios que señalan la enfermedad diverticular como la causa más común en pacientes mayores de 40 años, con una frecuencia del 17-50% de los casos de HTDB, seguida de angiodisplasias, colitis, pólipos, cáncer colorrectal, enfermedad anorrectal y hemorragia pospolipectomía<sup>13,14</sup>.

El 9% de nuestros estudios de esofagogastroduodenoscopia (3%) y colonoscopia (6%) fueron reportados como normales, y podrían corresponder a hemorragia de tubo digestivo medio, también conocida como hemorragia de origen oscuro, que en la mayoría de los casos se autolimita, por lo que no requirieron ser enviados a tercer nivel para estudio endoscópico. En cuanto a los estudios reportados como gastritis crónica (12.4%), pudieron deberse a padecimientos controlados con el tratamiento médico o bien a solicitudes de estudios endoscópicos no justificados en nuestra unidad hospitalaria.

La fortaleza de esta revisión es que incluye todos los casos de HTD de pacientes derechohabientes del ISSSTE del Estado de Oaxaca; sin embargo, no en todos los casos existe la posibilidad de seguimiento de ellos, por la dispersión de la población en el Estado y la posibilidad de posterior atención a nivel privado, o por la curación de los pacientes. Tampoco se realizó la detección de *H. pylori* en todos los casos, ni de otros factores causales, por lo que no se reportan.

## Conclusiones

Los hallazgos endoscópicos más frecuentes en los pacientes evaluados endoscópicamente por HTDA fueron úlcera péptica, gastropatía erosiva y varices esofágicas, mientras que para los pacientes evaluados por HTDB fueron hemorroides y divertículos del colon.

## Financiamiento

La presente investigación no ha recibido ninguna beca específica de agencias de los sectores públicos, comercial o con ánimo de lucro.

## Conflicto de intereses

Los autores declaran no tener ningún conflicto de intereses para la publicación de este trabajo.

## Responsabilidades éticas

**Protección de personas y animales.** Los autores declaran que para esta investigación no se han realizado experimentos en seres humanos ni en animales.

**Confidencialidad de los datos.** Los autores declaran que han seguido los protocolos de su centro de trabajo sobre la publicación de datos de pacientes.

**Derecho a la privacidad y consentimiento informado.** Los autores han obtenido el consentimiento informado de los pacientes y/o sujetos referidos en el artículo. Este documento obra en poder del autor de correspondencia.

## Bibliografía

1. Blanco-Vela CI, Peláez-Luna M, Hernández-Guerrero A, Martínez-García CL, Blanco-Velasco G, Zamora-Navá LE, et al. Guías de diagnóstico y manejo endoscópico de la hemorragia de tubo digestivo alto no variceal. Asociación Mexicana de Endoscopia Gastrointestinal. Endoscopia. 2017;29:173-95.
2. Cerna-Cardona J. Hemorragia de tracto gastrointestinal bajo: preparación, prevención post-polipectomía, métodos endoscópicos, angiografía? Endoscopia. 2019;31(Suppl 1):11-3.

3. Gunjan D, Sharma V, Rana SS, Bhasin DK. Small bowel bleeding: a comprehensive review. *Gastroenterol Rep (Oxf)*. 2014;2:262-75.
4. Blanco-Vela CI, Peláez-Luna M, Hernández-Guerrero A, Martínez-García CL, Zamora-Nava LE, Cerna-Cardona J, et al. Guía de abordaje y manejo endoscópico de la hemorragia de tubo digestivo alto variceal asociada a hipertensión portal en pacientes con cirrosis. Asociación Mexicana de Endoscopia Gastrointestinal. *Endoscopia*. 2017;29:229-51.
5. Adams JB, Margolin DA. Management of diverticular hemorrhage. *Clin Colon Rectal Surg*. 2009;22:181-5.
6. van Leerdam ME. Epidemiology of acute upper gastrointestinal bleeding. *Best Pract Res Clin Gastroenterol*. 2008;22:209-24.
7. Wilcox CM, Clark WS. Causes and outcome of upper and lower gastrointestinal bleeding: the Grady Hospital experience. *South Med J*. 1999;92:44-50.
8. Peura DA, Lanza FL, Gostout CJ, Foutch PG. The American College of Gastroenterology Bleeding Registry: preliminary findings. *Am J Gastroenterol*. 1997;92:924-8.
9. Solís-Galindo FA, Téllez-Hernández A, Salas Pérez SM. Etiología de la hemorragia de tubo digestivo alto en México: análisis de más de 4000 casos. *Revista de Salud Pública y Nutrición*. 2003; Edición especial 2.
10. Zepeda Gómez S. Hemorragia de tubo digestivo alto no variceal. *Rev Gastroenterol Mex*. 2010;75(Supl 2):31-4.
11. Pinto C, Parra P, Magna J, Gajardo A, Berger Z, Montenegro C, et al. Hemorragia digestiva alta variceal y no variceal: mortalidad intrahospitalaria y características clínicas en un hospital universitario (2015-2017). *Rev Med Chile*. 2020;148:288-94.
12. Roesch-Dietlen F, García-Rodríguez V, Rueda-Torre G, Guzmán Terrones MT, Palmeros-Sarmiento JL, Morfín-Ríos L, et al. Frecuencia y causas de hemorragia del tubo digestivo alto en la ciudad de Veracruz. *Cir Cir*. 2002;70:3-7.
13. Oforu A, Ramai D, Latson W, Adler DG. Endoscopic management of bleeding gastrointestinal tumors. *Ann Gastroenterol*. 2019;32:346-51.
14. Blanco-Vela CI, Peláez-Luna M, Solana-Sentíes S, Martínez-García C, Hernández-Guerrero A, Cerna-Cardona J, et al. Guía clínica de hemorragia de tubo digestivo bajo. *Endoscopia*. 2019;31:4-29.