

Endoscopias digestivas en pacientes internados con anemia

Carrera de posgrado en Clínica Médica, Facultad de Ciencias Médicas
UNR



Autor: Cúneo Matías

Tutor: Dr. Pendino Juan Carlos

Introducción

En situaciones de volemia normal la OMS define anemia como el descenso en la concentración de hemoglobina por debajo de 13 g/dL en varones mayores de 15 años, < 12 g/dl en mujeres no embarazadas y < 11 g/dl en mujeres embarazadas.

La anemia ferropénica se caracteriza por un descenso en la concentración de hemoglobina asociado a un perfil de laboratorio que refleja un déficit de hierro.^{1, 2,3}

Con respecto a la epidemiología, es la causa de anemia más frecuente. En el mundo, entre el 66 y el 80% de la población puede ser deficiente en hierro y más del 30% presentan anemia ferropénica.¹

La determinación de sangre oculta en heces lo podemos utilizar como complemento para evaluar si el sangrado es de causa gastrointestinal, generalmente se utiliza para screening de cáncer colorrectal. A pesar de que este método no es suficientemente fidedigno para la realización de diagnósticos de hemorragias digestivas, dado que presenta una sensibilidad variable que va del 30 al 90% perdiendo la misma cuando se debe a hemorragias ocultas del tracto gastrointestinal superior o lesiones del colon derecho⁴. Por esta razón y con el objetivo de identificar el origen de la hemorragia lo que debe recurrirse a estudios endoscópicos convencionales (video esófago-gastro-duodenoscopia y video colonoscopia) como complemento de la metodología de estudios de la anemia ferropénica.^{4,5}

A destacar, los estudios anteriormente mencionados, no permiten la evaluación del intestino delgado responsable del 5% de las hemorragias digestivas y del 75% de las hemorragias digestivas de origen oscuras.^{4, 5,6}

Los datos clínicos generalmente orientarán hacia cuales son las exploraciones endoscópicas a realizar y su secuencia. En la anamnesis no deben olvidarse situaciones de riesgo de sangrado a veces no valoradas suficientemente, como la ingesta crónica de gastroerosivos (sujetos tomadores habituales de ácido acetil salicílico

y antiinflamatorios). La evidencia de una patología sangrante benigna y fácilmente demostrable (Hemorroides) no debe hacernos olvidar la posibilidad de la existencia simultánea de otra patología más grave (neoplasia de colon).^{3, 4, 5,6}

La ferropenia por malabsorción se reduce en la práctica a los sujetos sometidos a gastrectomía total o con enfermedad celiaca no tratada.

Los estudios endoscópicos en los pacientes con anemia se realizan habitualmente en forma ambulatoria como se puede observar en el estudio de Rockey publicado en NEJM en el año 1993 donde el 75% de los pacientes evaluados por anemia fueron pacientes ambulatorios y el 25 % pacientes hospitalizados. Viendo la demanda de solicitud de estudios endoscópicos para evaluación de pacientes con anemia que se encontraron internados en nuestro hospital (Hospital de Emergencia Clemente Álvarez) y en otros hospitales municipales de segundo nivel, nos propusimos describir las lesiones endoscópicas que presentan esta población de pacientes .

Objetivos

Objetivo: Es evaluar las causas más frecuentes de anemia ferropénica asociada a lesiones gastrointestinales que justifiquen la anemia en nuestra población de pacientes que se encontraban hospitalizados, que se le realizaron estudios digestivos endoscópicos.

Materiales y Métodos

Se realizó un estudio observacional descriptivo, de tipo retrospectivo. Los datos fueron relevados de los informes de endoscopia, previamente seleccionados de la base de datos del servicio de gastroenterología.

Los pacientes fueron derivados con solicitud para la realización de estudios endoscópicos para evaluación de anemia de otros hospitales

municipales, entre ellos, Hospital Roque Sáenz Peña, Hospital intendente Carrasco, Hospital Juan Bautista Alberdi y de nuestro Hospital (HECA).

En el periodo de tiempo de septiembre 2015 a marzo 2016.

- *Criterios de inclusión*

Paciente con anemia, mayores de 16 años, que se encontraban hospitalizados en los efectores mencionados que se les realizo video endoscopia digestiva alta y videocolonoscopia.

- *Criterios de Exclusión*

- Pacientes con diagnósticos previos de hemorragia digestiva alta o baja.

- *Variables*

Se analizaron las siguientes variables

- Edad: en años cumplidos.
- Sexo: Categorizado en masculino femenino.
- Antecedentes patológicos: Hipertensión arterial, Diabetes, Infarto agudo de miocardio, Insuficiencia cardiaca, Arritmias, Insuficiencia renal crónica, Accidente cerebrovascular, Historia de gastritis, Neoplasias.
- Medicación que realiza: AINES, anticoagulantes.
- Hábitos: Enolistas, Tabaquistas.
- Motivo de solicitud de estudio: Anemia.
- Laboratorio: Hemograma, hematocrito, hemoglobina, perfil del hierro.
- Estudios endoscópicos: Resultados de la video endoscópica digestiva alta (VEDA) y de la video colonoscopia (VCC).

- *Análisis Estadístico*

Se analizaron los datos utilizando Microsoft Excel.

Se realizó un análisis descriptivo de todas las variables incluidas en el estudio.

Las variables cuantitativas se expresaron como desvió estándar. Se compararon las medias obtenidas de acuerdo con el diagnóstico final estándar.

Las variables cualitativas se expresaron como frecuencia y proporciones.

Resultados

Se incluyeron un total de 35 pacientes de los cuales 26 eran varones y 9 mujeres, con un promedio de edad 55 años, con un desvió estándar de 13,82 para la edad. Gráfico N° 1 y 2

Gráfico N°1: Número de pacientes según el sexo (N°= 35)

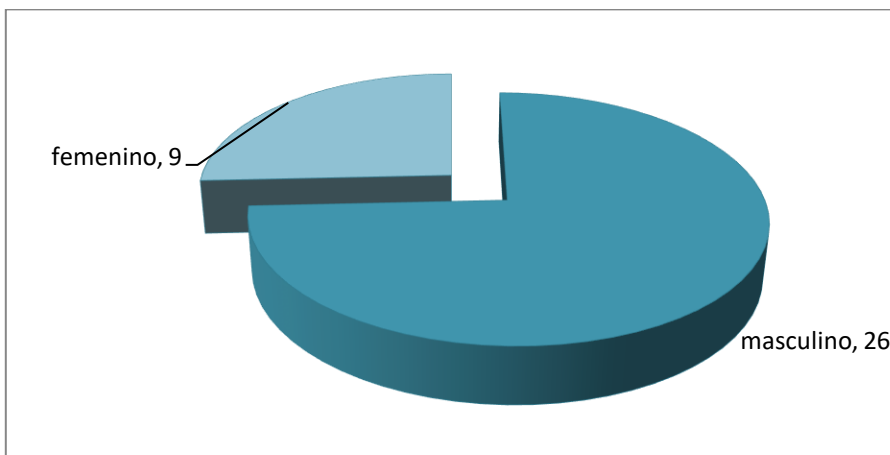
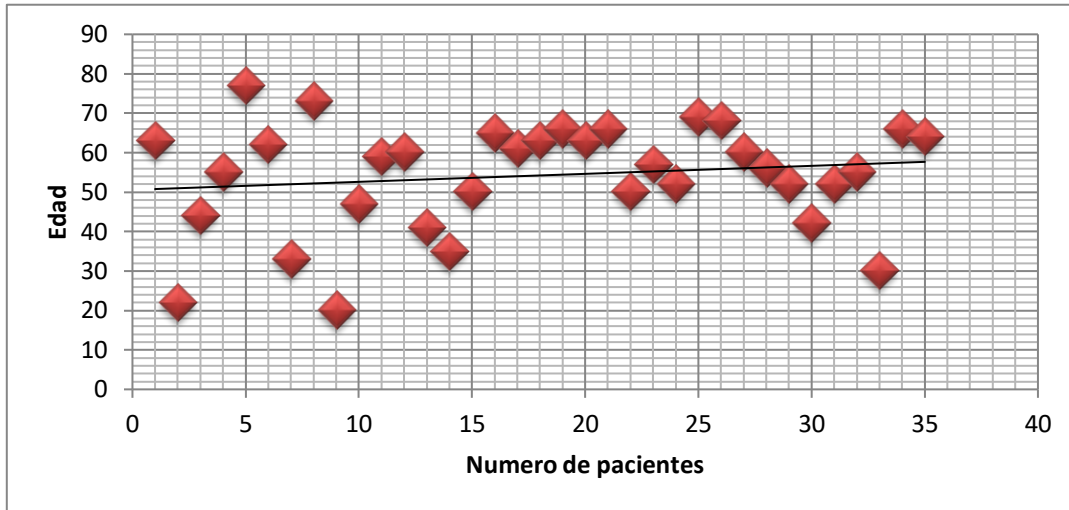


Gráfico N°2: Promedio de edad (N°=35)



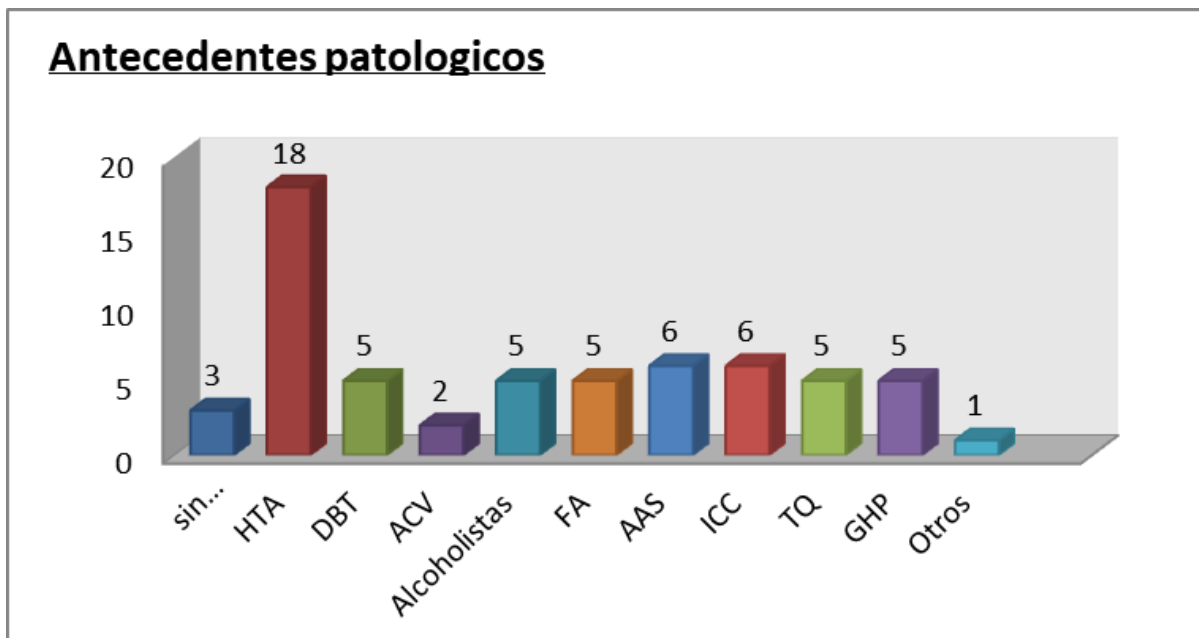
- *Antecedentes patológicos, farmacológicos y hábitos*

Los antecedentes patológicos fueron registrados en la historia clínica por los médicos tratantes. Tres pacientes no presentaban antecedentes médicos, dos pacientes referían antecedentes digestivos uno de gastritis por helicobacter pylori, otro de diverticulosis, 15 pacientes presentaban más de una comorbilidad y entre las más frecuentes, hipertensión 16, diabéticos 5, accidente cerebro vascular 2, insuficiencia cardiaca congestiva 6 y fibrilación auricular 6.

Seis pacientes consumían fármacos gastrolesivos entre ellos aspirina en forma crónica.

Con respecto a los hábitos, 5 consumían > 120 gramos de alcohol día en forma crónica y 5 eran tabaquistas. Gráfico N° 3

Gráfico N°3 Antecedentes patológicos (N°35)



Abreviaturas: HTA (hipertensión arterial), DBT (diabetes), ACV (accidente cerebrovascular), FA (fibrilación auricular), ICC (insuficiencia cardiaca congestiva), TQ (tabaquistas), GHP (gastropatía asociadas a Helicobacter pylori)

- **Laboratorios**

Del total de pacientes, 22 se debieron a anemia ferropénica, 11 fueron de causa no determinada, un 1 se debió a enfermedades crónicas y una anemia megaloblástica. Gráfico N°4

Los valores de hematocrito y hemoglobina promedios fueron, de 25,2 g/dl de hematocrito y 7,7 g/dl de hemoglobina, con un desvío estándar de 5,89 para el hematocrito y 2,21 para la hemoglobina. Tabla 5, Gráfico 6.

Gráfico N°4. Cantidad de pacientes según el tipo de anemia

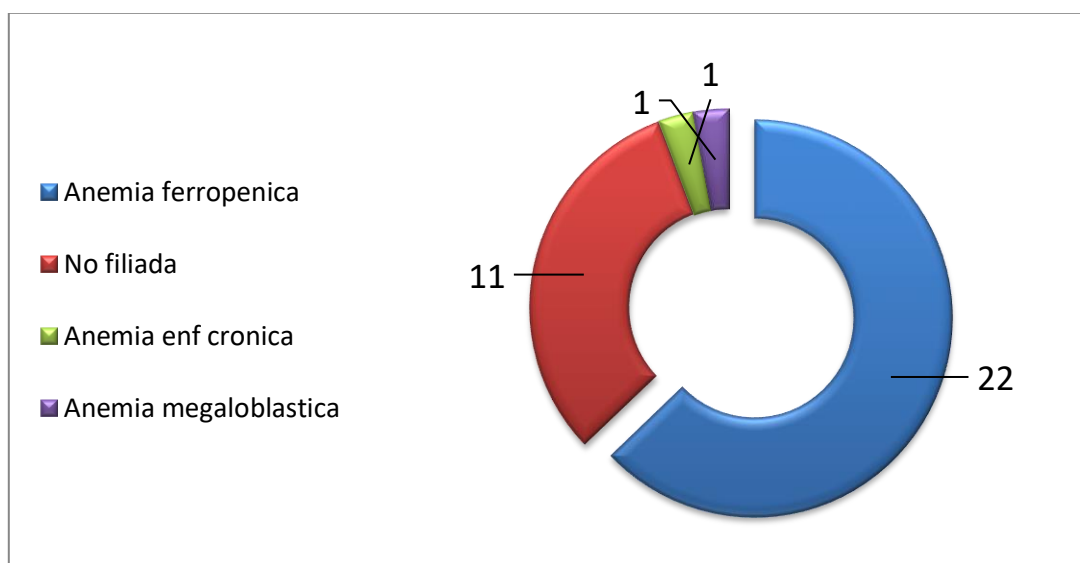
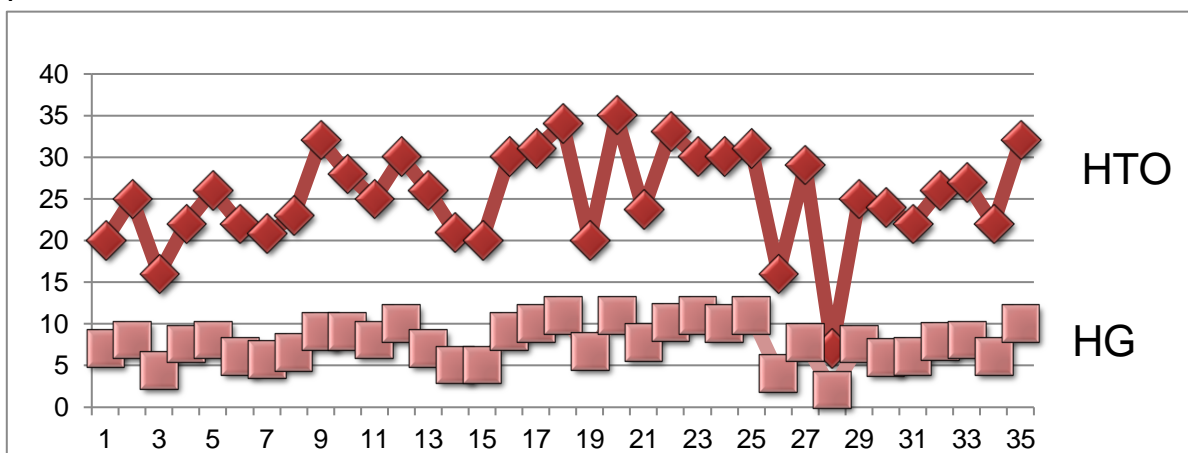


Tabla N° 5. Promedios y desvió estándar de hematocrito y hemoglobina

Laboratorio	Promedio	Desvió estándar
Hematocrito	25,2 g/dl	5,89
Hemoglobina	7,7 g/dl	2,21

Grafico N° 6. Promedios de hemoglobina y hematocrito



Abreviaturas: Hematocrito (HTO) hemoglobina (HG)

- **Hallazgos endoscópicos, video endoscopia digestiva alta**

Se realizaron 32 VEDA, y de ellas, siete no presentaron alteraciones. Doce presentaron gastropatías, que se caracterizaban por erosiones de la mucosa gástrica, las cuales fueron biopsiadas y en 4 de las mismas se destaca la presencia de *Helicobacter Pylori*. De las doce biopsias, las 8 biopsias restantes los resultados no fueron concluyentes.

De las 32 VEDA cuatro presentaron esofagitis, 3 fueron clasificadas a partir del score de Los Ángeles en tipo B y una severa tipo C.

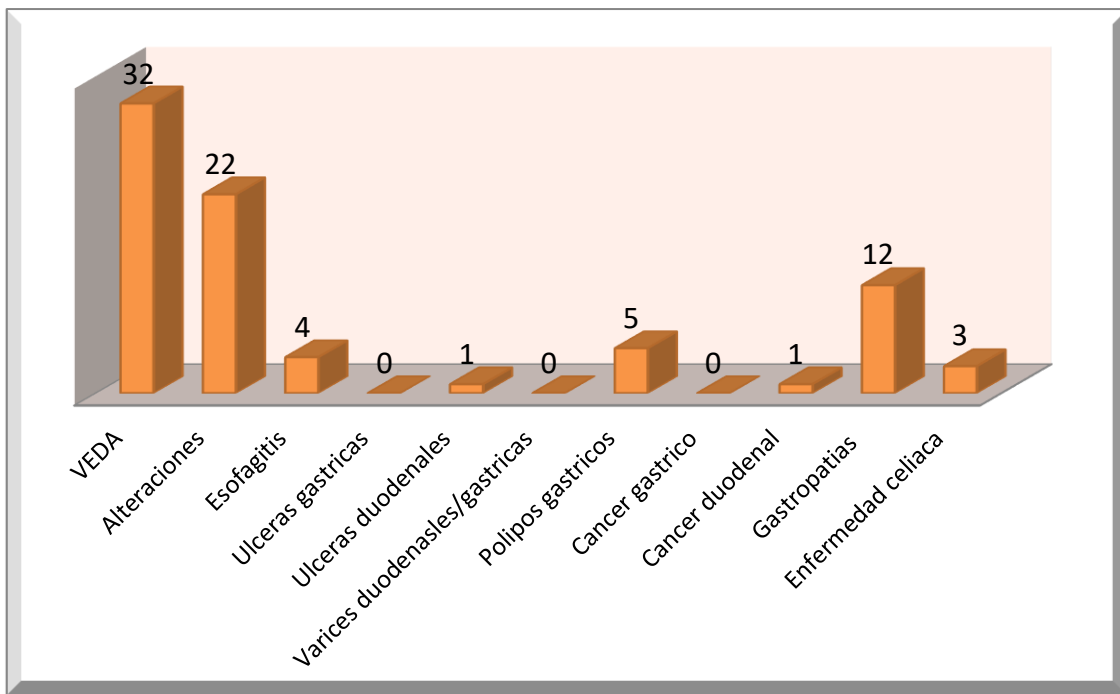
Se encontraron cinco pólipos gástricos, los mismos fueron de características inflamatorias no presentaron áreas de atipia en los resultados anatomopatológicos.

A tres pacientes se les diagnóstico enfermedad celiaca, presentando a nivel del duodeno mucosa de aspecto atrófico con signo del peinado e histología compatible.

En un uno de los pacientes que se realizó VEDA para estudio de anemia se encontró como causa de sangrado una ulcera duodenal Forrest 2 A, donde se le realizo tratamiento inyector con adrenalina y tratamiento médico posterior con inhibidores de bomba de protones y tratamiento erradicador para Helicobacter Pylori.

Con respecto a las neoplasias de tracto digestivo alto se encontró un tumor duodenal a nivel de 2º porción. El mismo era blando friable con aéreas de sangrado con diagnostico histológico de metástasis de carcinoma embrionario testicular. Gráfico N°5

Gráfico N°7. Hallazgos endoscópicos, Numero de lesiones encontradas (n=32)



Abreviaturas: VEDA (video endoscopia digestiva alta)

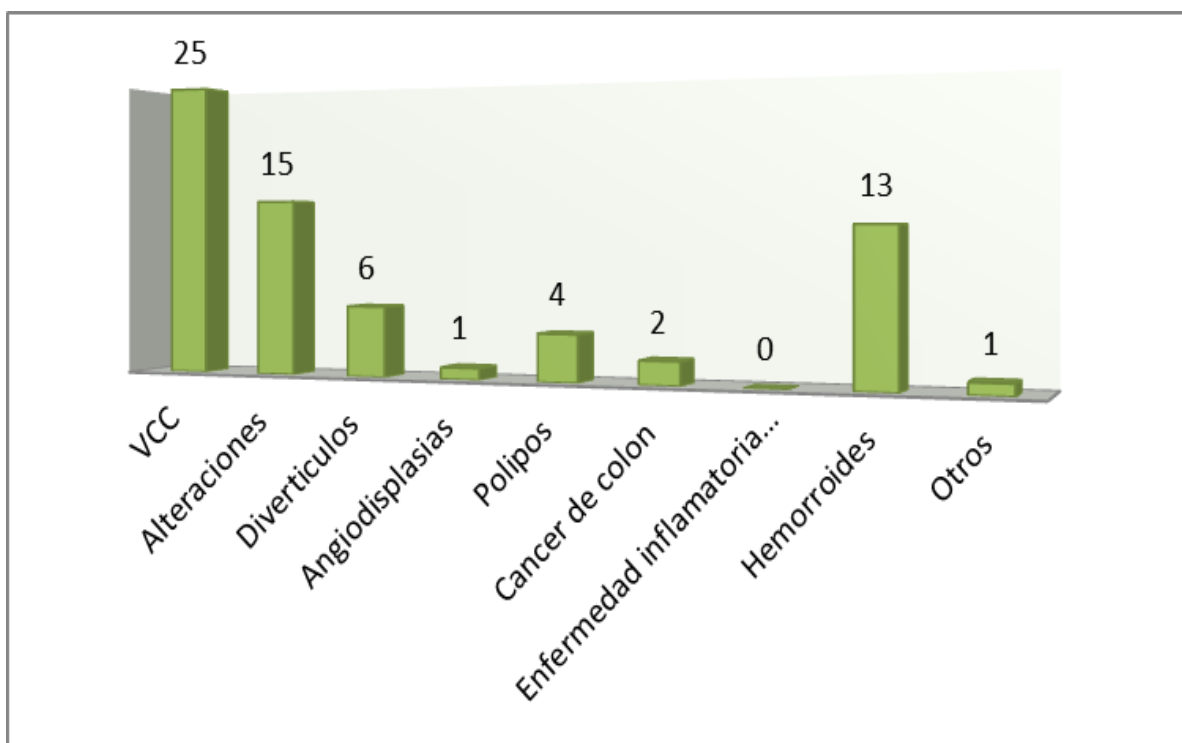
- Colonoscopia

Se realizaron 25 colonoscopias, en diez de las cuales no hubo anomalías. En dos pacientes se les diagnosticó de adenocarcinoma de colon.

En 4 pacientes se encontraron pólipos, de los cuales 2 eran > 10 mm, con histología compatible con adenomas con bajo grado de displasia.

A 6 pacientes se le diagnosticó divertículos, ninguno con signos de sangrado reciente, y a 13 pacientes presentaron hemorroides. (Ver cuadro video colonoscopias). Ver gráfico N° 6.

Gráfico N°8. Hallazgos endoscópicos, Numero de lesiones encontradas (n=25)

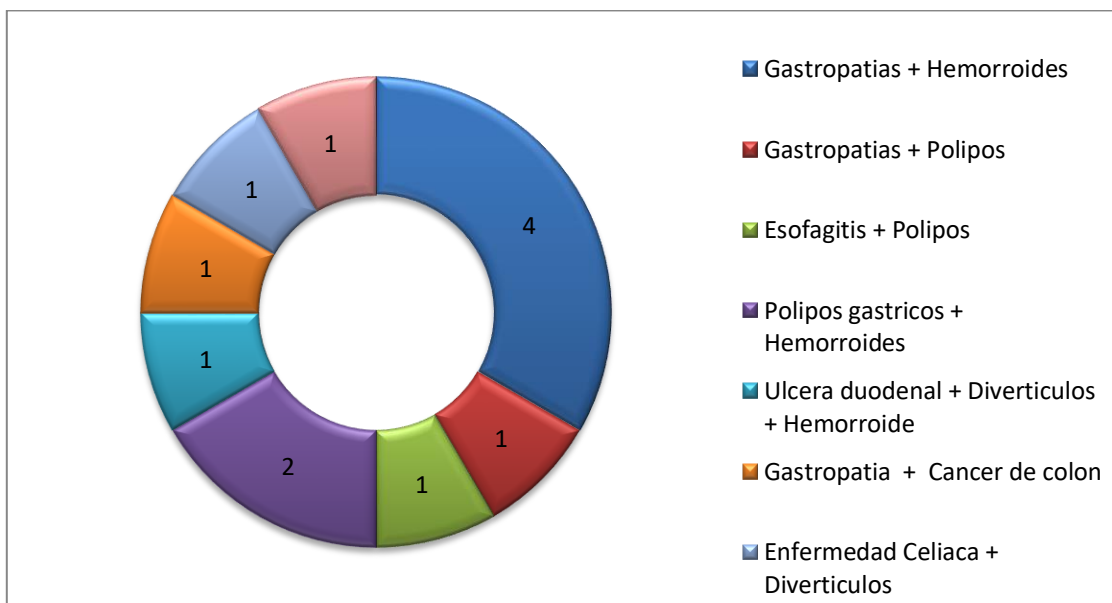


Abreviaturas: VCC (video colonoscopias)

- *Alteraciones Combinadas en VEDA y VCC*

Del total de 35 pacientes, a 24 se le realizaron VEDA y VCC en el mismo tiempo, 12 presentaron alteración tanto en la VEDA como en la VCC que pudieron ser causas combinadas responsables de anemia. De las cuales 4 se presentaron gastropatías erosivas asociados a hemorroides, 2 pacientes pólipos gástricos asociados a hemorroides. El resultado restante, ver grafica n° 6.

Gráfico N° 6. Numero de lesiones combinadas



- *Hábitos y hallazgos endoscópicos*

De 6 pacientes que se encontraban antiagregados, uno solo presentó lesiones angiodisplasicas en la colonoscopia. Y de 5 pacientes tabaquistas, uno presento lesión en la VEDA caracterizado por una ulcera duodenal Forrest 2 A.

Discusión:

En nuestro grupo de pacientes con anemia pudimos observar que la gran mayoría de los pacientes presentaba alguna comorbilidad previa a la hora de realización de estudio.

Con respecto a los hábitos, el consumo de alcohol y tabaco se presentó en un bajo número de pacientes, lo mismo que el consumo de fármacos gastrolesivos (AINE).^{3, 4, 5,6}

Es conocido que en pacientes consumidores de AINES un 15 al 30% complican con úlceras gastroduodenales y en menor medida a nivel ileal⁷. Al evaluar dicho dato, del total de pacientes que consumían AINEs, la mayoría consumía aspirina como fármaco antiagregante. De seis pacientes, uno solo presentó en la colonoscopia lesiones angiodisplásicas, que podría predisponer al sangrado digestivo bajo. El resto de los pacientes no presentaron lesiones en los estudios. En el trabajo de Caunedo A. Y col. (2004 Revista Española de enfermedades digestivas) en el 6,5% de los pacientes estudiados con capsula endoscópica presentaron erosiones y úlceras sugestivas de daño intestinal por AINES, sin hallazgos concluyentes en VEDA y VCC⁸. En nuestro estudio la ausencia de hallazgos podría deberse a la resolución de la causa de sangrado al momento de los estudios endoscópicos o a la presencia de lesiones de intestino delgado, lo cual no fue estudiado.^{5,6}

El consumo de tabaco puede retrasar la cicatrización, favorece recidiva e incrementa las complicaciones de lesiones gastrointestinales asociadas a úlceras pépticas⁹. En el caso de nuestros pacientes 5 de los mismos se conocían tabaquistas y solamente uno presentó úlcera duodenal de aspecto crónico. En el resto de los pacientes no se encontraron lesiones.

De los pacientes que referían hábito enólico, 3 presentaron gastropatías erosivas inespecíficas. No se encontraron lesiones secundarias al aumento de la presión portal (várices esofágicas,

gástricas y gastropatía hipertensiva) como se suele observar en pacientes con hepatopatías crónicas ¹⁰.

La edad promedio de los pacientes fue de 55 años, 5 años menor con respecto a otras series publicadas, como en el trabajo de Rockey publicado en NEJM en el año 1993, donde la edad promedio fue 60 años. Considero que una de las causas de estos resultados, pueden deberse a que la población de pacientes atendidos en los hospitales públicos suelen ser adultos jóvenes, y a que la mayoría de los adultos mayores son atendidos en el programa de asistencia médica integral (PAMI).

El tipo de anemia predominante fue de características ferropénicas (63%), mientras que en un 31% de los pacientes la misma no había sido caracterizada previo a los estudios endoscópicos.

La mayoría de los pacientes presentaron anemias severas, con un hematocrito promedio de 25g/dl y una concentración de hemoglobina 7,7 g/dl. Resultados similares fueron publicados en otras series.⁵

De las 32 VEDA, hubo diez pacientes que no presentaron lesiones en los estudios, de los 22 restantes, tres pacientes (13%) presentaban lesiones mayores que pueden justificar una anemia aguda, entre ellos una esofagitis severa grado c de los Ángeles, una úlcera duodenal y una neoplasia duodenal, el resto correspondían a lesiones menores. Dichos resultados fueron inferiores a los informados en otros estudios. En el estudio mencionado previamente (Rockey. col NEJM año 1993) un 37% de los pacientes presentaron lesiones sangrantes, de las cuales el 51% fueron úlceras pépticas duodenales, gástricas o gastroesofágicas, un 16% correspondían a úlceras gigantes (>2 cm) y un 10% a esofagitis severas.⁵ En otro estudio del mismo autor (Rockey) publicado en el NEJM 1998, se encontraron lesiones en un 28%, con aumento de la incidencia de esofagitis severa y disminución de lesiones asociadas a úlcera péptica.⁶ Estas diferencias podrían estar en relación con la edad promedio de ingresos hospitalarios en nuestro estudio, el bajo porcentaje de pacientes consumidores de AINEs y enolistas incluidos, y a que probablemente presentan un

mayor consumo de fármacos gastroprotectores, si bien dicho dato no fue relevado.

De las 25 colonoscopias realizadas hubo 10 pacientes que no presentaron lesiones, en tres pacientes se detectaron lesiones mayores con signos de sangrado agudo, dos (13% n=25) por cáncer de colon y uno (6,5% n=25) por angiodisplasias. Estos resultados son menores a otros estudios donde informaron lesiones mayores en un 25%, de las cuales un 46% correspondían a cáncer de colon^{5, 6}. Nuestro resultado con respecto al cáncer de colon coincide la incidencia del mismo en nuestro país, la cual corresponde a 29,9/100000 habitantes en hombres y 19/100000 en mujeres, según lo informado en el Instituto Nacional del Cáncer.¹¹

Con respecto a las angiodisplasias los resultados son similares a las publicaciones mencionadas.^{5, 6}

El resto presentó lesiones menores sin signos inflamatorios o de sangrado que justifiquen una hemorragia aguda, produciendo anemias de características crónicas. En cuanto a las lesiones benignas, se destaca que hubo 13 pacientes con hemorroides, 6 con divertículos en colon y 4 con pólipos colónicos.^{5,6}

La realización de VEDA y colonoscopia son parte del diagnóstico de los pacientes con anemia, las mismas aumentan el rédito diagnóstico en pacientes asintomáticos o sin signos manifiestos de sangrado. Al evaluar en nuestro estudio los hallazgos de pacientes que fueron estudiados tanto con VEDA como con VCC (n=24), la mitad presentaron lesiones en ambos estudios, de las cuales la mayoría fueron lesiones menores. Solo un paciente presentó un lesión mayor que correspondió a una úlcera duodenal y dos lesiones menores correspondientes divertículos y hemorroides. Estos resultados son similares a los hallados en otros estudios.^{5, 6}

Por lo tanto, podemos destacar que la gran proporción de pacientes estudiados tenían anemia severa. Sin embargo, encontramos que solamente el 21% del total de pacientes presentó lesiones mayores, ya

sea en VEDA o VCC, que podrían justificarlo. El 59 % de las VEDA, y el 48 % de las VCC realizadas presentaron lesiones menores que justificarían una anemia crónica. Se podría cuestionar la solicitud de los estudios en algunos pacientes, ya que un gran porcentaje de los mismos (31 en VEDA y 40% de las VCC) no tenían lesiones.

Si bien cabría esperar un mayor porcentaje de lesiones mayores en pacientes con anemia severa, en nuestro estudio encontramos un mayor porcentaje de lesiones menores. Creemos que esto podría deberse a un retraso de la consulta inicial con posterior progresión de la anemia a valores de severidad. Por lo que consideramos válido aprovechar el tiempo de internación para completar la realización de estudios endoscópicos ante pacientes con anemia.

Limitaciones:

Una de las limitaciones que encontramos para completar el estudio de anemia ferropénica fue completar el estudio del intestino delgado responsable de sangrado digestivos ocultos, mediante TC con enteroclis, capsula endoscópica o enteroscopia. El hecho de que muchos de los pacientes no se encontraban cursando internación en nuestra institución, imposibilitó el seguimiento de los mismo para completar estudios.

Conclusiones:

- La anemia ferropénica de los pacientes estudiados en nuestra serie, fue justificada por los hallazgos endoscópicos realizados
- La anemia de nuestros pacientes fue catalogada como severa.
- La edad de presentación fue de 5 años menor con respecto a lo publicado en otras series.
- El 21% de pacientes presentaron lesiones endoscópicas mayores que justificaron una anemia aguda.

- Viendo el grado de severidad de la anemia consideramos valida la realización de estudios endoscópicos durante la internación.

Bibliografía

1. Olivares A, Giralt R. Guía Clínica de evaluación diagnóstica y terapéutica en la anemia ferropénica. 2004. www.fehha.org/pub/publicaciones/docs/guia
2. Goddard A, James M. Guidelines for the management of iron deficiency anaemia. GUT 2012
3. Aixala M, Basack N. Anemias. Sociedad Argentina Hematología.2012
4. Sempere Robles L, Pérez M. Hemorragia gastrointestinal oculta. Problemas comunes en gastroenterología y Hepatología. AEG 2012
5. Rockey D, Cello Evaluación del tracto gastrointestinal en pacientes con anemia ferropénica. N Engl J Med 1993
6. Rockey D, Koch J. Frecuencia relativa de lesiones gastrointestinales superior y colónicas, en pacientes con pruebas positivas de sangre oculta en heces. N Engl J Med 1998.
7. Lanas A, Sainz R, Úlcera por AINE, 1999, publicación online
8. Caunedo A, Rodriguez M, Usefulness of capsule endoscopy in patients with suspected small bowel disease, 2004, Revista Española de enfermedades digestivas.
9. Lanas A, Fernández A, Sainz R. Trastornos relacionados con la secreción gástrica acida Problemas comunes en la práctica clínica, Problemas comunes en Gastroenterología y Hepatología. AEG. 2012
10. Mathurin S. Agüero A. Dascani A. Anemia en pacientes internados con cirrosis: Prevalencia, significación clínica y factores predictivos. Acta gastroenterológica latinoamericana 2009
11. Cáncer colorrectal- Instituto Nacional del Cáncer-Ministerio de salud de la nación, 2015. www.msal.gov.ar/inc/acerca-del-cancer/cancer-colorrectal/

