Endoscopia en el SDA

El SDA se presenta como Hematemesis (expulsión de sangre mediante el vómito que puede ser en forma de sangre roja o de color negro como borra de café, el color depende de la cantidad de concentración de ácido clorhídrico en el estómago y la duración de su contacto, esto se debe diferenciar de otros sangramientos que provienen afuera del aparato digestivo como la hemoptisis y las epistaxis posterior en que al deglutirse la sangre se expulsa en forma de vómito) o melena (emisión de sangre por el ano lo que da a las heces color oscuro, aspecto brillante y consistencia pastosa, las heces adquieren esta características cuando la pérdida de sangre es superior a 60ml y permanece en el intestino mas de 8h, si la pérdida es mucho mayor suele causar melena durante cinco o siete días, esta debe diferenciarse de las heces de color negro o gris oscuro que ocurre después de la ingestión de hierro, bismuto, alimentos como tinta de calamar, remolacha, etc), con diversos grados de alteración hemodinámica, dependiendo de su localización, velocidad y cuantía de la pérdida sanguínea, pero no siempre se establece adecuadamente la magnitud del sangramiento digestivo, lo cual es inquietante y constituye una interrogante a dilucidar. 5, 6

En principio todo sangramiento digestivo franco debe considerarse como potencialmente grave y por lo tanto tributaria de esfuerzos diagnósticos y terapéuticos intensos. 7

La morbimortalidad del paciente con SDA se relaciona con ciertos factores de riesgo como la edad, enfermedades asociadas, alcoholismo, coagulopatías, inmunosupresión, magnitud de la hemorragia, sangrado durante la hospitalización, resangrado, origen de la hemorragia (arterial o varicial), etc. 8

Desde 1981 se considera la endoscopia como un método de tratamiento para determinadas lesiones superando los resultados de la medicación farmacológica. Además de esto la exploración endoscópica se erige como el procedimiento de elección para valorar los signos de sangrado y emitir un juicio pronóstico sobre la continuidad o recidiva de la misma. Atendiendo al tipo de lesión observada endoscópicamente, Forrest, et al 7 establecieron la siguiente clasificación:

1. Tipo Ia- Hemorragia a Chorro
2. Tipo Ib-Hemorragia en sabana
3. Tipo IIa-Lesión con base negra
4. Tipo IIb-Lesión con coagulo
5. Tipo IIc-Lesión con vaso visible
6. Tipo III-No signos de sangrado