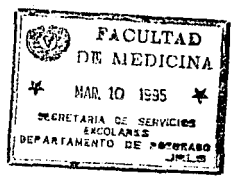


11209
138
2ej

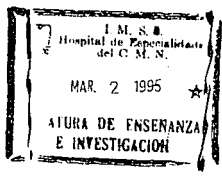
UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA
DE MEXICO



PROTOCOLO DE INVESTIGACION QUE PRESENTA:
Dr. ISIDORO WIENER CARRILLO

Wacher
JEFE DE ENSEÑANZA:
Dr. Niels Wacher.

[Signature]
JEFE TITULAR DEL CURSO:
Dr. Roberto Blanco.



[Signature]
ASESOR DE TESIS:
Dr. Patricio Sánchez.

1995



UNAM – Dirección General de Bibliotecas Tesis Digitales Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS © PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

Todo el material contenido en esta tesis está protegido por la Ley Federal del Derecho de Autor (LFDA) de los Estados Unidos Mexicanos (México).

El uso de imágenes, fragmentos de videos, y demás material que sea objeto de protección de los derechos de autor, será exclusivamente para fines educativos e informativos y deberá citar la fuente donde la obtuvo mencionando el autor o autores. Cualquier uso distinto como el lucro, reproducción, edición o modificación, será perseguido y sancionado por el respectivo titular de los Derechos de Autor.

1209

138

24j

Wiener Carrillo, Isidoro

Sangrado masivo agudo...

1975

"SANGRADO MASIVO AGUDO DE TUBO
DIGESTIVO BAJO"

DIAGNOSTICO Y TRATAMIENTO.

AUTORES:

Dr. Isidoro Wiener Carrillo.

Dr. Patricio Sánchez.

SERVICIO:

Servicio de Gastrocirugía. Hospital de Especialidades. C.M.N.

SIGLO XXI. I.M.S.S.

ANTECEDENTES :

Se define a la hemorragia del tracto digestivo bajo como el sangrado distal al ligamento de Treitz. La gravedad de esta patologia varia de lo la pérdida de sangre oculta en heces hasta la hemorragia masiva caracterizado por el estado de choque. La hemorragia del tracto gastrointestinal bajo aguda es menos frecuente que la hemorragia de tracto gastrointestinal alto, aunque la frecuencia real no se conoce.

El origen de la hemorragia gastrointestinal baja aguda, está estrechamente asociada con la edad, siendo el promedio de esta de 65 años. (1)

En la mayoría de los casos la hemorragia se origina en el colon; sin embargo del 15% al 20% de los episodios se originan en el intestino delgado y en el tracto gastrointestinal alto.

Cabe mencionar que el 80% de los episodios de hemorragia aguda cesan espontáneamente. Sin embargo, la hemorragia es recurrente en el 25% de los casos y se ha observado que la mortalidad es más elevada en enfermos con hemorragia recurrente o persistente, aunque dicha cifra ha descendido en los pasados 2 decenios.

Esta disminución puede ser atribuida a la evolución de las técnicas diagnósticas, lo que ha permitido la localización más precisa de ciertas lesiones e intervenciones terapéuticas más tempranas. A pesar del adelanto en las técnicas diagnósticas no se identifica la fuente del sangrado en el 8% al 12% de los

casos con hemorragia aguda. (2,3,4)

En la literatura médica mundial las revisiones médicas respecto a la hemorragia gastrointestinal baja pone de manifiesto diferencias en cuanto a los diseños de estudio, técnicas e intervenciones diagnósticas y tratamientos empleados (incluso quirúrgicos), lo que hace difícil la comparación de trabajos sobre el diagnóstico y tratamiento de la hemorragia gastrointestinal baja. (5)

DIAGNOSTICO.

La hemorragia gastrointestinal baja suele ser evidente por el cuadro clínico, aunque puede llegar a crear cierta confusión, si es del tracto gastrointestinal alto o bajo, por la magnitud del mismo.

El interrogatorio del paciente con hemorragia gastrointestinal baja es muy importante, por lo que ha menudo sugiere una causa del origen de la misma. (6,7)

Cuando se estudia el paciente con hematoquezia o melena es indispensable localizar el sitio de la hemorragia antes de instituir el tratamiento. La hematoquezia es la eliminación de sangre rojo brillante o color marrón por el recto, lo que sugiere un origen en el tracto gastrointestinal bajo. Sin embargo del 11% al 20% de los pacientes con hemorragia gastrointestinal alta presentan hematoquezia, como resultado de la pérdida importante de sangre. (8)

Se llama melena a las heces adherentes negras, de mal olor, resultado de la degradación bacteriana de la hemoglobina. Por lo tanto, su presencia sugiere una fuente de hemorragia proximal al ligamento de Treitz. (9)

El sangrado del tracto gastrointestinal bajo tiene múltiples causas: desde una fisura anal o hemorroides, lo cual condiciona un sangrado leve sin cambios hemodinámicos, hasta una enfermedad diverticular o angiodisplasia, teniendo como consecuencia un sangrado masivo agudo del tubo digestivo bajo, el que se define como la pérdida de más del 30% del volumen sanguíneo o la necesidad de infundir más de 6 paquetes globulares, acompañándose de signos de choque hipovolémico. (10)

ESTUDIOS DE GABINETE.

La anoscopia y la sigmoidoscopia son los dos procedimientos iniciales que se deben realizar a todo paciente con hemorragia gastrointestinal baja aguda. El enema de bario, no se recomienda en el estudio del paciente con hemorragia gastrointestinal baja, porque impediría el empleo posterior de la colonoscopia o angiografía. (11)

El empleo de la colonoscopia en la hemorragia gastrointestinal baja depende de la actividad del sangrado y de la habilidad del endoscopista. La única contraindicación de la colonoscopia es el estado de choque.

La precisión diagnóstica de la colonoscopia de urgencia varía del 70% al 92%. (12, 13, 14, 15)

Nicholson y cols. evaluaron a 41 pacientes con hemorragia gastrointestinal baja encontrando la localización precisa del sangrado en 29 pacientes, por medio de gamagrafía con eritrocitos marcados. Siendo el 70% positivos. (16,17)

La principal desventaja de la gamagrafía con eritrocitos marcados es que únicamente puede localizar el sangrado en un área del tracto digestivo no precisa. (18)

La angiografía selectiva es un método útil para valorar el sangrado gastrointestinal bajo, siendo la cantidad mínima necesaria de 0.5 ml/min de sangre para localizar el sitio de la hemorragia. (19)

La ventaja de realizar este estudio es que permite la administración de un vasoconstrictor, como la vasopresina y embolización a través de un catéter; la desventaja de éste estudio es la necesidad de que exista hemorragia activa en el momento de la realización, así como su alto índice de complicaciones que es del 90%. (20, 21, 22)

TRATAMIENTO.

Como es bien conocido, hasta en el 80% de los pacientes con sangrado gastrointestinal bajo cesa el sangrado espontáneamente, requiriendo solamente medidas de sostén (administración de cristaloides, sangre total). Del 20% restante, el 7% se puede manejar con métodos no quirúrgicos como angiografía, vasopresina y embolismo, colonoscopia con cauterización y laser.

El otro 13% es necesario su manejo con métodos quirúrgicos, como son la colectomía segmentaria, colectomía subtotal y/o una colectomía total, siendo la colectomía subtotal el método con mayor aceptación en el mundo, en especial en pacientes en los cuales no se tiene una localización precisa del sitio de sangrado, así como en pacientes con sangrado recurrente. (23, 24, 25, 26)

PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA:

En México como en todo el mundo la hemorragia masiva aguda de tubo digestivo bajo es menos frecuente que la hemorragia de tubo digestivo alto, pero no se conoce la incidencia real. El propósito de este estudio es revisar la experiencia del Servicio de Gastrocirugía del Hospital de especialidades del C.M.N. SIGLO XXI, en el diagnóstico y tratamiento de pacientes con sangrado masivo agudo de tubo digestivo bajo.

OBJETIVOS:

1. Conocer los principales diagnósticos en pacientes con sangrado masivo de tubo digestivo bajo.

2. Conocer los diferentes tipos de tratamiento en pacientes con sangrado masivo agudo de tubo digestivo bajo.

MATERIAL, PACIENTES Y METODO:

El presente es un estudio de serie de casos.

UNIVERSO DE TRABAJO:

Serán todos aquellos pacientes con diagnóstico de hemorragia masiva aguda de tubo digestivo bajo, los cuales fueron diagnosticados y manejados por el Servicio de Gastrocirugía del Hospital de Especialidades del C.M.N. SIGLO XXI.

VARIABLES DE INTERES:

VARIABLE INDEPENDIENTE:

-Pacientes con hemorragia masiva aguda de tubo digestivo bajo.

VARIABLES DEPENDIENTES:

-Diagnósticos.

-Tratamientos.

DEFINICIONES OPERACIONALES:

Hemorragia masiva aguda de tubo digestivo bajo. Sangrado agudo transrectal con manifestaciones y signos de estado de choque.

Diagnósticos.

1) Enfermedad diverticular. Es una herniación de la mucosa colónica entre dos tenias. El diagnóstico se realiza por colon por enema, en ocasiones por tomografía axial computarizada.

2) Angiodisplasias. Trastorno adquirido debido a la degeneración de la pared de los vasos. El diagnóstico se realiza por angiografía, colonoscopia y gamagrafia.

Enfermedad de Crohn. Enfermedad granulomatosa con inflamación transmural. Se diagnostica por colon por enema y colonoscopia.

Colitis ulcerativa crónica inespecífica. Inflamación de la mucosa colónica. Se diagnostica por colonoscopia.

Enfermedad isquémica del intestino. Patología producida por oclusión de vasos mesentéricos. Diagnosticada por colon por enema, angiografía.

Neoplasias. Diagnosticadas por colonoscopia y colon por enema.

Divertículo de Meckel. Herniación de la mucosa del intestino delgado. Diagnosticada por tránsito intestinal y gammagrafía.

TAMAÑO DE LA MUESTRA:

Serán incluidos todos los pacientes con diagnóstico de hemorragia masiva aguda de tubo digestivo bajo, hospitalizados en el Servicio de Gastrocirugía del Hospital de Especialidades del C.M.N. SIGLO XXI. I.M.S.S., de enero de 1987 a enero de 1995.

CRITERIOS DE SELECCION:

a) CRITERIOS DE INCLUSION:

- Pacientes con diagnóstico de hemorragia masiva aguda de tubo digestivo bajo.
- Mayores de 17 años.
- Ambos sexos.

b) CRITERIOS DE EXCLUSIÓN:

- Pacientes con hemorragia masiva crónica de tubo digestivo bajo.
- Pacientes con cirugía previa por hemorragia masiva aguda de tubo digestivo bajo.

PROCEDIMIENTOS.

1. Selección de la muestra segun criterios de selección.

1.1. Revisión de archivos.

1.2. Vaciamiento de datos en ficha. (anexo 2)

2. Obtención de datos.

3. Obtención de resultados.

4. Análisis de resultados.

ANALISIS ESTADISTICO.

Se utilizará para su análisis, media , mediana , moda , desviación estándar.

RECURSOS :

RECURSOS HUMANOS.

Personal médico del Servicio de Gastrocirugía.

RECURSOS MATERIALES.

Propios del hospital.

RECURSOS FINANCIEROS.

No requiere de una partida especial.

CRONOGRAMA DE ACTIVIDADES :

ACTIVIDADES	MES 1	MES 2	MES 3	MES 4
Revisión- bibliográfica.	X			
Elaboración de- protocolo.	X			
Captura de - datos.		X	X	
Análisis de - resultados.				X
Elaboración de- tesis.				X

RESULTADOS :

Se estudiaron un total de 37 pacientes con sangrado masivo de tracto digestivo bajo, en un periodo que comprendió de enero de 1987 a diciembre de 1994.

De los 37 pacientes en estudio, 23 fueron del sexo femenino ; con un rango de edad de 18 a 80 años; y 14 del sexo masculino , con un rango de edad de 16 a 93 años. (tabla 1).

Se observó que el 16% de los pacientes se les realizó diagnóstico previo a la cirugía , con estudios de gabinete ; Dichos estudios fueron , cuatro colonoscopías, dos angiografías y un gamagrama con eritrocitos marcados ; mientras que al 84% restante se conoció el diagnóstico transoperatoriamente. (tabla 2)

El diagnóstico más frecuente fue la angiodisplasia, con un total de 21 pacientes, correspondiente al 56% , con un rango de edad de 16 a 93 años ; de los cuales 13 fueron femeninos y 8 masculinos

El segundo lugar en frecuencia fue la enfermedad diverticular con un total de 7 pacientes, correspondiente al 18%, con un rango de edad de 43 a 80 años, siendo 3 del sexo femenino y 4 masculinos. (Tabla 3)

De los 37 pacientes se observó que 21 pacientes (56%), ingresaron a quirófano con diagnóstico de sangrado masivo de tracto digestivo bajo ; 9 pacientes (26%), se les realizó el diagnóstico por cuadro clínico, previo a la cirugía lo cual concordó con el diagnóstico postoperatorio.

En cuanto a la cirugía se encontró que el procedimiento quirúrgico más frecuente que se realizó a estos pacientes fue la colectomía subtotal con 19 pacientes (51%), de los cuales 12 fueron del sexo femenino y 7 masculinos ; con un rango de edad de 18 a 93 años. La colectomía total y hemicolectomía contaron con 8 pacientes cada uno, sumando ambos grupos el 42%. Solamente 2 pacientes (5%), se les realizó resección segmentaria del intestino. (Tabla 4)

TABLA 1

DISTRIBUCION POR SEXO

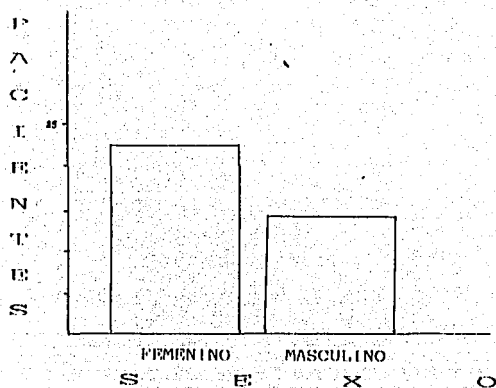


TABLA 2

MÉTODOS DIAGNÓSTICOS PREOPERATORIOS

MÉTODO DIAGNÓSTICO	No. PACIENTES	DIAGNÓSTICO
COLONOSCOPIA	4	3 angiodisplasias, 1 C.U.C.I.
ANGIOGRAFIA	2	2 angiodisplasias.
GAMAGRAFIA	1	1 angiodisplasia.
NO DIAGNÓSTICO	30	
TOTAL	37	

TABLA 3

DIAGNOSTICOS

DIAGNOSTICO	No. PACIENTES	MASCULINO	FEMENINO
ANGIODISPLASIA	21	8	13
ENF. DIVERTICULAR	7	4	3
C. U. C. I.	2	-	2
ISQUEMIA INTRESTINAL	1	1	-
NEOPLASIAS	1	-	1
HIRMANGIOMA	1	-	1
LEIOMIOMA	1	-	1
SALMONELA	1	1	-
COLITIS AMIBIANA	1	-	1
Ca. C. U.	1	-	1
TOTAL	37	14	23

TABLA 4

TRATAMIENTO QUIRURGICO

TRATAMIENTO QUIRURGICO	No. PACIENTES	MASCULINO	FEMENINO
RESECCION SEGMENTARIA	2	-	2
HEMICOLECTOMIA	8	4	4
COLECTOMIA SUBTOTAL	19	7	12
COLECTOMIA TOTAL	8	3	5
TOTAL	37	14	23

ANEXO 1

CAUSAS DE HEMORRAGIA MASIVA AGUDA DE TUBO DIGESTIVO BAJO.

TUBO GASTROINTESTINAL ALTO:	10%
INTESTINO DELGADO	8%
NEOPLASIAS	
ENFERMEDAD DE CROHN	
FISTULAS AORTOENTERICAS	
ANGIODISPLASIA	
DIVERTICULO DE MECKEL	
COLON	85%
DIVERTICULOSIS	
ANGIODISPLASIA	
NEOPLASIAS	
C. U. C. I.	
COLITIS (ISQUEMICA, RADIACION, INFECCIOSA)	
HEMORROIDES	
NO DIAGNOSTICADO (10%)	

ANEXO 2

FICHA DE RECOLECCION DE DATOS

NOMBRE DEL PACIENTE:

No. afiliación:

Sexo:

Edad:

Enfermedades previas:

Tensión Arterial:

Frecuencia cardiaca:

Diagnóstico preoperatorio:

Diagnóstico postoperatorio:

Estudios de gabinete:

Tratamiento quirúrgico:

Tratamiento médico:

Complicaciones:

Mortalidad:

BIBLIOGRAFIA:

- 1.- SHWARTZ. PRINCIPIOS DE CIRUGIA 5a. EDICION MC GRAW PAG. 1235-1255
- 2.- MICHAEL LEITMAN, Y COLLS EVALUATION AND MANAGEMENT OF MASSIVE LOWER GASTROINTESTINAL HEMORRHAGE, ANN SURG. VOL. 209. No. 2, 1989. PAG 175-180
- 3.- MICHAEL K. STEER, M.D., AND WILLIAM SILEN, M.D. DIAGNOSTIC PROCEDURES IN GASTROINTESTINAL HEMORRHAGE; NEW ENGLAND JOURNAL OF MEDICINE; 1983 VOL. 309. No. 11. PAG. 646-650
- 4.- SCOTT J. BOLEY, AND COLLS LOWER INSTESTINAL BLEEDING IN THE ELDERLY AM J SURG 1979 VOL 137 PAG. 57-64.
- 5.- THOMAS A. COLACCHIO, Y COLLS IMPACT OF MODERNO DIAGNOSTIC METHODS ON THE MANAGEMENT OF ACTIVE RECTA BLEEDING. AM J SURG 1982 VOL 143 PAG 507-610
- 6.- HANS E. WAGNER, Y COLLS SYSTEMATIC ASSESSMENT OF MASSIVE BLEEDING OF THE LOWER PART OF THE GASTROINTESTINAL TRACT S G O 1992 VOL 175 PAG 445-449.
- 7.- SHWARTZ, PRINCIPIOS DE CIRUGA 5a EDICION MC GRAW PAG 1213-1218.
- 8.- DENNIS M. JENSEN AND. GUSTAVO A. MACHICADO GASTROENTEROL 1989 VOL 95, No. 6 PAGES. 1569-1574
- 9.- RONALD L. NATH, MD AND COLLS LOWER GASTROINTESTINAL BLEEDING AMJJ SURG. 1981 VOL. 141 PAGES. 478-481.
- 10.- J. MURRAY CLINICAS QUIRURGICAS DE NORTEAMERICA CANCER COLORECTAL MC GRAW 1993 VOL. 1 PAGES 96-110.
- 11.- SCOTT BOLEY CLINICAS QUIRURGICAS DE NORTEAMERICA ISQUEMICA INTESINAL MC GRAW 1992 VOL. 1 PAGES 46-52.
- 12.- JUDITH L. TRUDEL, M. D. Y COLLS. COLONOSCOPIC DIAGNOSTIS AND TREATMENT OF ARTERIOVENOUS MALFORMATIONS IN CHRONIC LOWER GASTROINTESTINAL BLEEDING DIS. COL. & RECT. 1988 PAGES. 117-110.
- 13.- W. Y LAU, M.D., INTRAOPERATIVE ENTEROSCOPY FOR BLEEDING ANGIODISPLASIAS OF SMALL INTESTINE S G O 1989 VOL. 168 PAGES. 341-344.
- 14.- EDUARD G. FLICHINGER, MD, INTRAOPERATIVE VIDEO PANESDOSCOPY FOR DIAGNOSING SITES OF CHRONIC INSTESTINAL BLEEDING. AM J SURG. 1989 VOL. 157 PAGES. 137-144
- 15.- JOHN G. HUNTER, MD, LASERS IN ENDOSCOPIC GASTROINTESTINAL SURGERY. AM J SURG 1984 VOL. 148 PAGES. 736-740.
- 16.- JAMES H. HUNTER LIMITE VALUE OF TECHNETIUM 99M LABELED RED CELL SCNTIGRAPHY IN LOCALIZATION OF LOWER GASTROINTESTINAL BLEEDING AM J SURG 1990 VOL. 159 PAGES. 504-507.

- 17.- JOHN A. MARKISZ, Y COLLS AN EVALUATION OF 99M TC-LABELED RED BLOOD CELL SCINTIGRAPHY FOR THE DETECTION AND LOCALIZATION OF GASTROINTESTINAL BLEEDING SITES. GASTROENTEROL 1982 VOL 83 No.2 PAGES394-398.
- 18.- M. L. NICHOLSON, LOCALIZATION OF LOWER GASTROINTESTINAL BLEEDIN USING IN VIVO TECHNETIUM-99M LABELLED RED BLOOD CEL SCINTIGRAPHY BR. J. SURG. 1989 VOL. 76 PAG 358-361.
- 19.- G. KOVAL, Y COLLS. AGGRESSIVE ANGIOGRAPHIC DIAGNOSIS IN ACUTE LOWER GASTROINTESTINAL HEMORRHAGE. DIG. DIS. SCIEN 1987 VOL. 32 NO. 3 PAGES.248-253.
- 20.- STANLEY BAUM, Y COLLS. THE PREOPERATIVE RADIOGRAPHIC DEMONSTRATION OF INTRA-ABDOMINAL BLEEDING FROM UNDETERMINED SITES BY PERCUTANEOUS SELECTIVE CELIAC AND SUPERIOR MESENTERIC ARTERIOGRAPHY. SURGERY 1965 VOL. 58 NO. 5 PAGES 797-805.
- 21.- CHRISTOS A. ATHANASOULIS, MESENTERIC ARTERIO INFUSIONS OF VASOPRESSIN FOR HEMORRHAGE FROM COLONIC DIVERTICULOSIS AM J. SURG. 1975 VOL. 129 PAGES 212-216.
- 22.- WILLIAM BROWDER. IMPACT OF EMERGENCY ANGIOGRAPHY IN MASSIVE LOWER GASTROINTESTINAL BLEEDING ANN SURG. 1986 VOL. 204 NO. 5 PAGES 530-536.
- 23.- HASTINGS K. WRIGHT. CONTROLLED, SEMIELECTIVE SEGMENTAL RESECTION FOR MASSIVE COLONIC HEMORRHAGE. AM J. SURG. 1980 VOL. 39 PAGES. 530-537.
- 24.- JAMES A. GIANFRANCISCO, HERAND ABCARIAN PITFALLS IN THE TREATMENT OF MASSIVE LOWER GASTROINTESTINAL BLEEDING WITH "BLIND" SUBTOTAL COLECTOMY DIS COL. & RECT. 1982 VOL. 25 No. 5 PAGES. 441-445.
- 25.- THEODORE DRAPANAS, AND. COLLS. EMERGENCY SUBTOTAL COLECTOMY ANN SURG 1973 VOL 177 No. 5 PAGES. 519-526.
- 26.- FRANK B. MILLER, ANI COLLS. EMERGENCY RIGHT COLON RESECTION ARCH SURG 1987 VOL. 122 PAGES. 339-343.