

11227
24.5

Universidad Nacional Autónoma de México

FACULTAD DE MEDICINA

DIVISION DE ESTUDIOS SUPERIORES



Hospital General de Mexicali

S. S. A.

HEMORRAGIA GASTROINTESTINAL SUPERIOR:

ESTUDIO ENDOSCOPICO DE 97 CASOS.

PARA OBTENER EL TITULO EN LA ESPECIALIDAD EN:

MEDICINA INTERNA

PRESENTA:

Dr. Daniel Hernández Morales

MEXICALI, B. C.

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

FEBRERO DE 1984



Universidad Nacional
Autónoma de México

Dirección General de Bibliotecas de la UNAM

Biblioteca Central



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 esta 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.

HEMORRAGIA GASTROINTESTINAL SUPERIOR :

ESTUDIO ENDOSCOPICO DE 97 CASOS.

INTRODUCCION:

La hemorragia gastrointestinal superior (H.G.I.S.) es una urgencia médica; sin embargo el paciente debe estabilizarse hemodinámicamente antes de efectuar cualquier procedimiento diagnóstico.

Un instrumento diagnóstico eficaz es la endoscopia, con una certeza diagnóstica del 75 a 90 por ciento, mientras que el estudio radiográfico contrastado proporciona un 20 a 50 por ciento.

La esofagoscopia como un método diagnóstico no es reciente, ya que se introdujo en medicina en la segunda mitad del siglo XIX, pero debido a causas técnicas éste procedimiento tuvo que esperar.

A pesar que Ch. Jackson a inicios del siglo XX puntualizó la broncoesofagoscopia en Filadelfia no se le dió la importancia debida, sino hasta 1932 en que Wolf-Shindler logró introducir el gastroscopio flexible.

Cualquier médico que haya utilizado este procedimiento o se encuentre relacionado con él en su práctica clínica, estará de acuerdo en que la endoscopia constituye un procedimiento valioso.

Actualmente la esofagoduodenoscopia constituye un método imprescindible en el estudio y manejo de pacientes con patología del tracto digestivo alto.

Las causas del sangrado varían de una a otra institución; por ejemplo, en el Hospital General de México, S.S.A. las v^árices esofágicas ocupan el primer lugar, no así en el Hospital - Español de México en donde la úlcera duodenal es la más fre---
cuente.

CUANDO EFECTUAR ENDOSCOPIA.

La pregunta de cuando efectuar la endoscopía es a crite---
rio del médico. Deben tomarse en cuenta además del estado he-
modinámico, el sangrado masivo por sí mismo. El momento ideal
es cuando el paciente ingresa a la sala de Urgencias, es decir
en las primeras 6-12 horas del sangrado. Sin embargo, la pre-
sencia de coágulos o de sangrado activo dificulta el estudio.

Debido a que la H.G.I.S. es causa frecuente de ingreso a-
nuestro Hospital y contamos con servicio de endoscopía del ---
tracto digestivo superior y un colonoscopio, pronto decidí in-
vestigar varios parámetros que a continuación se mencionan.

OBJETIVOS:

Los objetivos de ésta comunicación son informar:

- 1.- La incidencia de H.G.I.S. de acuerdo a edad y sexo--
en el periodo comprendido de agosto de 1980 hasta el 31 de ene-
ro de 1984.
- 2.- Identificar la causa de H.G.I.S. en nuestro medio.
- 3.- Determinar la frecuencia de sangrado en pacientes --
con hipertensión portal, y
- 4.- Encontrar las patologías combinadas (1,2 ó 3 causas-
de sangrado en el mismo paciente simultáneamente).

MATERIAL Y METODOS.

Se sometieron 215 pacientes a estudio endoscópico del -- tracto digestivo superior por causas diversas, encontrando 97 pacientes con sangrado activo. Por definición, la H.G.I.S. - se consideró como la presencia de sangre en mínima cantidad - en la luz del tubo digestivo alto, es decir, desde el inicio de la cavidad oral hasta el ligamento de Treitz. Así mismo, - se efectuó particular atención a los pacientes que sangraron por várices esofágicas, con y sin antecedentes de alcoholismo en el mismo lapso de tiempo.

La edad mínima fué de 17 años y la máxima de 78 años con una media de 47 años.

Para el procedimiento endoscópico se utilizó anestesia local con lidocaína al 10%, de 30 a 40 mg. aerosol en la faringe.

Todas las endoscopias se efectuaron con el paciente en decúbito lateral izquierdo, con un fibroscopio flexible marca Pentax.

La preparación del paciente no difirió con respecto a -- otros centros hospitalarios, aunque algunos endoscopistas prefieren el flunitrazepam que el diazepam.

Los criterios para ser incluidos en ésta revisión fueron:

- 1.- Pacientes que presentaron hematemésis y/o melena.
- 2.- Demostración endoscópica de várices esofágicas con H.G.I.S.

Criterios de exclusión:

- 1.- Aquellos pacientes que por presentar un estado hemo

dinámico y general crítico, no fué posible efectuarles el estudio.

2.- Falta de cooperación o rechazo al estudio por el paciente.

3.- Inadecuada preparación del paciente.

4.- Sangrado masivo.

Las várices esofágicas fueron consideradas como la fuente del sangrado si :

1.- Se observaron durante la endoscopia y

2.- Si las várices esofágicas estaban muy ingurgitadas.

RESULTADOS.

El tiempo mínimo para efectuar la endoscopia fué de 8 horas con un máximo de 48 horas.

Las causas del sangrado se muestran en la tabla 5 . Como se observa, la gastritis erosiva ocupó el primer lugar (35%), -seguido por úlcera duodenal (21.6%), las várices esofágicas - (19.5%) y la úlcera gástrica (15.4%). Un caso resultó ser un adenocarcinoma gástrico moderadamente diferenciado; el Síndrome de Mallory-Weiss y los pólipos gástricos ulcerados fueron causas menos frecuentes. (ver tabla).

Solamente en 3 casos no fué posible identificar la causa del sangrado pero fueron sugestivos de neoplasia maligna ulcerada.

De los pacientes con várices esofágicas 19/32 acudieron por sangrado; de éstos, 26 tenían historia de alcoholismo y el resto no se sabían alcohólicos. En 13/19 había otras patologías combinadas, por ejemplo gastritis, úlcera péptica, etc. pe-

ro no en todos los casos eran el sitio del sangrado. En cuanto al sexo 22 eran masculinos y 10 femeninos con una media de 47 años.

En 26/97 había patologías combinadas como fuentes del sangrado; siendo la combinación más frecuente gastritis y úlcera duodenal. Por lo tanto, la segunda causa de H.G.I.S. fue patología combinada ocupando un 26 por ciento.

Finalmente en 215 endoscopias no hubo complicaciones atribuidas al estudio.

DISCUSION.

Con el desarrollo de los endoscopios flexibles de fibra-óptica, es de esperarse que éstos procedimientos localicen el lugar de la hemorragia; su empleo combinado con exámen radiográfico contrastado aumenta la identificación exacta de la lesión en más del 90 por ciento. El uso rutinario de la endoscopia en pacientes con H.G.I.S., cuando es posible, permite el diagnóstico prácticamente certero.

En nuestro departamento se logró identificar la causa en el 96 por ciento (94 casos) y sólo en 3 no se llegó a un diagnóstico definitivo, aún cuando se identificó la lesión; sin embargo fueron etiquetadas como lesiones sugestivas de neoplasia maligna.

Como se muestra en la tabla 5 la gastritis postetífica es la causa más frecuente de H.G.I.S. en nuestro Hospital, que a diferencia de otros, la úlcera péptica o gástrica y las várices son las causas más frecuentes; probablemente sea consecua-

encia de la situación demográfica de ésta ciudad, así que, ante un paciente con H.G.I.S. la colocación de sonda nasogástrica con lavados gástricos de solución salina helada debe ser el primer paso para el tratamiento de nuestros pacientes, además de que la segunda causa más frecuente fueron patologías sangrantes combinadas, 26 por ciento de 97 casos . Si el sangrado es masivo primero debe reponerse la volemia y posteriormente estudio endoscópico durante las primeras 12 horas de ingreso y no 48 horas después como sucedió en nuestros casos, probablemente el lapso de tiempo largo se debió a que, en los primeros estudios endoscópicos el servicio de endoscopías trabajaba por las noches y en días alternos.

Llama la atención que entre las causas de sangrado en éste Hospital las várices esofágicas secundarias a hipertensión portal no sean la primera causa; nosotros lo relacionamos con el mejor estado nutricional del sujeto que vive en la zona frontriza del norte, así como la incidencia menor de absceso hepático amibiano, dada las mejores condiciones socioeconómicas e higiénicas que no se encuentran en el centro del país.

Con mucho el sexo masculino predominó sobre el femenino en número pero las causas fueron prácticamente las mismas, es decir gastritis erosiva postetífica.

En nuestro medio la radiografía contrastada es un estudio de gabinete que se encuentra a nuestro alcance, de relativo bajo costo, sin embargo no es un método diagnóstico de elección en presencia de sangrado activo, por lo que deberá definirse hasta que se haya controlado la hemorragia. El diagnóstico -

del sitio anatómico sangrante por éste método nos proporciona un alto índice de seguridad para decidir si se trata de várices sangrantes u otra patología, sin embargo, se utiliza para confirmar o proporcionar una información adicional al estudio endoscópico.

Aunque las várices esofágicas rotas han sido reconocidas como la causa principal de sangrado en pacientes con hipertensión portal, tanto la gastritis aguda como la úlcera péptica son causas de sangrado en un gran porcentaje de casos, sin embargo en éste estudio, 19/97 correspondieron a várices esofágicas sangrantes, la posible explicación ya se mencionó. La experiencia de la Clínica Mayo, reporta que la presencia de várices esofágicas diagnosticadas por endoscopia se asocia frecuentemente con otras lesiones que resultan ser la fuente del sangrado hasta en un 33.7 por ciento.

Un procedimiento diagnóstico que no se realizó fué la angiografía selectiva que en casos de fracaso endoscópico, resulta un excelente método diagnóstico, a la vez que brinda un beneficio adicional, ya que proporciona un medio para controlar la hemorragia a través de agentes vasopresores, o bien, realizando una embolización a través de un catéter.

Finalmente el abordaje del paciente con sangrado, claro está dependerá de la historia y exámen físico, es decir, si la causa ya fué determinada como sangrado por várices esofágicas la sonda de Sengstaken-Blakemore o la infusión de vasopresina pueden ser de primera elección, y si hay recidiva del sangrado puede indicarse la cirugía si no hay contraindicación.

CONCLUSIONES

Se revisaron los casos de 97 pacientes con hemorragia gastrointestinal superior diagnosticados por endoscopia en un periodo aproximado de 4 años. En éste grupo de pacientes encontramos que la primera causa fué la gastritis erosiva postetífica, y como segunda y tercera patologías combinadas y úlcera duodenal, respectivamente; éstos resultados difieren de otras instituciones del país posiblemente por la situación demográfica.

Hubo predominio franco del sexo masculino (73 vs 24) pero la causa primaria (gastritis erosiva) fué la más frecuente en ambos sexos.

Un trabajo prospectivo ideal para el diagnóstico y tratamiento de la H.G.I.S. sería montar un protocolo para el diagnóstico del sitio sangrante mediante la utilización del endoscopio dentro de las primeras 6-12 horas de ingresar el paciente al servicio de Urgencias o de haber iniciado el sangrado, estableciendo un flujograma de tratamiento con los criterios médicos quirúrgicos inmediatos a seguir, como es el manejo hemodinámico y el tratamiento quirúrgico profiláctico y de urgencia, utilizando los criterios de Child y las técnicas quirúrgicas actuales.

ESTA TESIS NO DEBE
SALIR DE LA BIBLIOTECA

O B J E T I V O S

TABLA 1.

- 1.- Señalar la incidencia de H.G.I.S. por endoscopia de acuerdo a edad y sexo en el periodo comprendido de agosto de 1980 hasta el 31 de enero de --- 1984.
- 2.- Identificar la causa de H.G.I.S. en nuestro medio
- 3.- Determinar la frecuencia de sangrado en pacientes con hipertensión portal, y
- 4.- Encontrar las patologías combinadas (1,2 ó 3 causas de sangrado en el mismo paciente simultáneamente).

M A T E R I A L Y M E T O D O .

TABLA 2

No. de endoscopías efectuadas-----	215
Con H.G.I.S.-----	97 casos (100%)
Sexo masculino-----	73 casos (75.2%)
Sexo femenino-----	24 casos (24.7%)
Relación-----	3:1.
Edad mínima-----	17 años
Edad máxima-----	78 años
Media-----	47 años
Servicio de Endoscopia del Hosp Gral Mexicali.	

MATERIAL Y METODO.
CRITERIOS DE EXCLUSION

TABLA 3.

- 1.- Pacientes en estado crítico.
- 2.- Falta de cooperación o rechazo al estudio por el paciente.
- 3.- Inadecuada preparación del paciente.
- 4.- Sangrado masivo.

Servicio de Endoscopia del Hosp Gral Mexicali.

MATERIAL Y METODOS.
CRITERIOS DE INCLUSION

TABLA 4.

- 1.-Pacientes que presentaron hematemésis-
y/o melena.
- 2.-Demostración endoscópica de várices --
esofágicas con H.G.I.S.

Servicio de Endoscopia del Hosp Gral Mexicali.

ETIOLOGIA DEL SANGRADO DEL TRACTO DIGESTIVO SUPERIOR EN 97 CASOS
DE HEMORRAGIA GASTROINTESTINAL SUPERIOR

TABLA 5

CAUSA	No.	POR CIENTO
Gastritis erosiva	34	35.0
-alcohólicas	32	
-medicamentosas	2	
*Combinación de patologías	26	26.8
Úlcera duodenal	21	21.6
Várices esofágicas	19	19.5
Úlcera gástrica	15	15.4
Pólipos gástricos ulcerados	2	2.0
Síndrome de Mallory-Weiss	2	2.0
Cáncer gástrico	1	1.0

*Se refiere a 1, 2 ó 3 lesiones encontradas en un mismo paciente.
Servicio de Endoscopia del Hosp Gral Mexicali.

VARICES ESOFAGICAS SANGRANTES
32 CASOS

TABLA 6

Sexo masculino-----	22 casos
Sexo femenino-----	10 casos
Relación-----	2.2:1
Alcohólicos-----	26
No alcohólicos-----	6

Servicio de Endoscopia del Hosp Gral Mexicali.

H.G.I.S. DE ACUERDO AL SEXO

TABLA 7

<u>SEXO MASCULINO</u>	<u>73</u>
Gastritis erosiva	28
Úlcera duodenal	16
Várices esofágicas	15
<u>Úlcera gástrica</u>	<u>10</u>
<u>SEXO FEMENINO</u>	<u>24</u>
Gastritis erosiva	6
Úlcera duodenal	5
Várices esofágicas	4
<u>Úlcera gástrica</u>	<u>5</u>
<u>Servicio de Endoscopia del Hosp Gral Mexicali.</u>	

H.G.I.S. DE ACUERDO A EDAD

TABLA 8

<u>RANGO DE EDAD</u>	<u>NUMERO DE PACIENTES</u>
15-20 años	5
20-30	10
30-40	19
40-50	19
50-60	20
60-70	14
70 ó más	10

Servicio de Endoscopia del Hosp Gral Mexicali.

B I B L I O G R A F I A

- 1.- Michael L. Steer, M.D.. Diagnostic Procedures in Gastrointestinal Hemorrhage.
The New England Journal of Medicine. 646-50; 1983.
- 2.- Naparstek & Rachmilewitz D. UGI bleeding in a nonalcoholic population with portal hypertension.
J.Clin.Gastroenterol 1980; 2:239-241.
- 3.- Degradi A. The Sources of Upper Gastrointestinal Bleeding in liver cirrhosis.
Ann.Intern.Med. 1955 ; 42;852-855.
- 4.- Morrissey J.F. Clinic approach to diagnostic endoscopy in patients with upper gastrointestinal bleeding.
Gig.Dis. Sci. 26 Suppl.: 6-11,1981.
- 5.- David E. Larson, M.D. Upper gastrointestinal hemorrhage.
Mayo Clinic Proc. 58: 371-378, 1983.
- 6.- David Fleischer, Etiology and Prevalence of Severe Persistent Upper Gastrointestinal Bleeding.
Gastroenterology 1983; 84:538-43 .
- 7.- Pradyuman Dave, M.D., Upper Gastrointestinal Bleeding in Patients With Portal Hypertension : A Reappraisal.
J.Clin.Gastroenterol. 5: 113-115, 1983.
- 8.- Carol Tabak, M.D. Upper Gastrointestinal Hemorrhage in Cirrhosis : Timing and Indications for active Intervention.
A.J. Gastroenterology. 77; 947-948; 1982.
- 9.- Louis M. Rousselot, M.D. Surgical Therapy for Gastrointestinal Hemorrhage in Portal Hypertension. A.J. of Gastroenterology. 77; 772-778.; 1982.
- 10.- Elizabeth London R.M.D. Emergency management of gastrointestinal bleeding. Geriatric Emergencies; Jun. 1980; 34-36.

- 11.- Daniel S. Camara, M.D. Transient Bacteremia Following Endoscopic Injection Sclerotherapy of Esophageal Varices. Arch. Intern. Med. 143, 1350-1352; 1983.
- 12.- Michael J.S. M.D. Analgesic Intake and the risk of acute Upper Gastrointestinal Bleeding. The A.J. of Medicine 1983, 79-81.
- 13.- Dennis M. Jensen. Comparison of Different Methods for Endoscopic Hemostasis of Bleeding Canine Esophageal Varices. Gastroenterology. 1983; 84; 1455-61.
- 14.- Cox K. Ament. M.E. Upper Gastrointestinal Bleeding in Adolescents. Pediatrics March. 1979, 63; 408-12.
- 15.- Fiberoptic Endoscopy and Upper Gastrointestinal Series. Am. J. Roentgenol. 1977. Jan. 129:52-6.