

11227
43
rey

**UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA
DE MEXICO.**

**FACULTAD DE MEDICINA
DIVISION DE ESTUDIOS DE POSTGRADO
HOSPITAL GENERAL "DR. DARIO FERNANDEZ FIERRO"**

I. S. S. S. T. E.

**"ESTUDIO COMPARATIVO ENTRE ENDOSCOPIA Y SERIE ESOFAGO
GASTRODUODENAL EN EL DIAGNOSTICO DE HEMORRAGIA DEL
TRACTO DIGESTIVO SUPERIOR".**

TESIS DE POSTGRADO.

**PARA OBTENER TITULO DE ESPECIALISTA EN
MEDICINA INTERNA**

P R E S E N T A

DR. RENE LARA BADILLO.

MEXICO, D.F., 1991.

**REVIS CON
FALLA DE ORIGEN**



Universidad Nacional
Autónoma de México



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.

I N D I C E

| | PAGS. |
|-----------------------------|-------|
| 1.- RESUMEN..... | 1 |
| 2.- SUMMARY..... | 2 |
| 3.- INTRODUCCION..... | 3-6 |
| 4.- OBJETIVOS..... | 7 |
| 5.- MATERIAL Y METODOS..... | 8-9 |
| 6.- RESULTADOS..... | 10-11 |
| 7.- CUADRO 1..... | 12 |
| 8.- CUADRO II..... | 13 |
| 9.- CUADRO III..... | 14 |
| 10.- CUADRO IV..... | 15 |
| 11.- CUADRO V..... | 16 |
| 12.- DISCUSION..... | 17-18 |
| 13.- CONCLUSIONES..... | 19-20 |
| 14.- BIBLIOGRAFIA..... | 21-23 |

R E S U M E N

En el presente trabajo, fueron estudiados 71 pacientes que, ingresaron al servicio de medicina interna del hospital Dr. Darío Fernández Fierro, durante el período comprendido entre el 10 de mayo de 1989 al 30 de abril de 1990, con el diagnóstico clínico de hemorragia del tracto digestivo superior. A todos se les realizó endoscopia digestiva alta (panendoscopia), así como serie esófago gastro-duodenal (SEGD). La edad mínima de los pacientes fué de 24 con máxima de 92 y una edad promedio de 59.8 años; 41 del sexo masculino y 30 del sexo femenino.

Se encontraron 8 causas de hemorragia digestiva superior, siendo la gastritis, la úlcera gástrica y el cáncer gástrico las tres primeras, con 43 (60.56%), 10 (14.08) y 7 (9.85%) casos respectivamente.

La SEGD no mostró utilidad para el diagnóstico de gastritis, ya que sólo verificó 18 casos (37.2%) de 43 (100%) diagnosticados por endoscopia; mostrando que la SEGD puede ser útil en el Dx de las otras patologías mencionadas, concluyendo un total de 56.3% de los diagnósticos endoscópicamente reportados.

La investigación concluye en forma global, que la SEGD no es útil en el Dx. general de hemorragia del tracto digestivo superior, siendo la endoscopia, en nuestro medio, el método diagnóstico de primera elección; dejando el estudio radiológico para situaciones clínicas en las cuales la hemorragia digestiva no sea la manifestación clínica inicial de las patologías mencionadas.

S U M M A R Y.

In the present paper, it has been studied 71 patients admitted to the service of internal medicine in the Hospital Dr. Dario Fernández Fierro, ISSSTE, from 10. of may of 1989 to 30 of april of 1990, with clinical diagnosis of gastrointestinal bleeding; the exams done in the patients were gastrointestinal tract endoscopyc and gastroduodenal esofagous series (GES). The minimum age in the patients was 24 years with maximum of 92 years the average age was 59.8 years; 41 patients were men and 30 women.

We found 8 causes of gastrointestinal bleeding, being gastritis, gastric ulcer and gastric cancer the three more frecuent, with 43 (60.56%), 10 (14.08%) and 7 (9.85%) cases respectibility.

GES wasn't useful for the diagnosis of gastritis because only 18 cases (37.2%) out of 43 diagnosed by endoscopy showing that the GES could be useful in the diagnosis of the other pathologies mentioned, emitting a total of 56.3% of the endoscopycal reported diagnosis.

The investigation conclude in a general way, that the GES isn't useful in the general diagnosis of the gastrointestinal bleeding, being the gastrointestinal tract the diagnosis method of first election; leaving to the radiologic study for situations in wich the bleeding isn't the initial clinical manifestation of the pathologies mentioned.

I N T R O D U C C I O N .

La hemorragia del aparato digestivo es una entidad clínica, a la cuál han tenido que enfrentarse diversos, especialistas del área médica, desde gastroenterólogos, hasta el médico terapeuta, planteando a menudo dificultades para la realización del diagnóstico como para el manejo.

A pesar de los avances en los recursos diagnósticos, la mortalidad de los pacientes con hemorragia digestiva alta ha permanecido alrededor del 10%.

Normalmente se vierte al tubo digestivo un promedio de 0.6 ml. de sangre por día, no existiendo por alteraciones patológicas, siendo esto completamente normal, por lo cuál no se presentan manifestaciones clínicas. Si esta cantidad aumenta se presentarán alteraciones fisiopatológicas condicionándose la aparición de manifestaciones clínicas.

Anatómicamente, el tracto digestivo superior ocupa, la porción del aparato digestivo, que inicia en la cavidad oral y concluye en el ángulo de Treitz (ángulo duodenoyeyunal), iniciando a partir de este punto el tracto digestivo bajo, el, cuál concluye en el ano. Tanto el primero como el segundo, pueden sufrir alteraciones, las cuales se pueden traducir como hemorragia; sin embargo se puede hacer el diagnóstico entre uno y otro, desde el punto de vista clínico; por la utilidad que ofrecen los diferentes métodos diagnósticos de apoyo, y por último el tratamiento es diferente.

La hemorragia del tracto digestivo superior se puede manifestar como hematemesis (que es el vómito de sangre fresca) Se puede manifestar como vómito en posos de café (que es sangre digerida); puede presentarse con evacuaciones melénicas; y por último como manifestaciones secundarias a la pérdida hemática.

A pesar de que han sido mencionadas aproximadamente, 45 causas de hemorragia del tracto digestivo superior, se ha corroborado, en diversos reportes (7,8), que solo entre 10 y 12 causas son las más frecuentemente observadas, representando, habitualmente un problema de salud general.

Ramírez Degollado y cols. en 1979, en un estudio de 1345 casos de hemorragia digestiva superior, reportaron como primera causa etiológica a la gastritis, seguida por las várices esofágicas, la duodenitis, la úlcera duodenal y en 5º lugar a la úlcera gástrica. Treviño Alanis y cols. en un estudio realizado en 1979, en el Hospital Universitario de Monterrey, N.L. encontraron causas similares, variando en la presencia de la úlcera gástrica en tercer lugar, y reportando a las causas no identificadas en 5º. lugar.

Los factores que más influyen, para que se presente, la hemorragia digestiva, son: 1) los hábitos alimenticios, 2) factores hereditarios y raciales; 3) ingesta de bebidas alcoholicas, 4) tabaquismo, 5) ingesta de antiinflamatorios no esteroideos y 6) stress.

En el Hospital Dr. Darío Fernández Fierro, el número, de pacientes que ingresan al servicio de Medicina Interna con este diagnóstico, representa del 7 al 8% del total de ingresos, encontrándose habitualmente alguno de los factores que fueron anteriormente mencionados..

El diagnóstico de hemorragia del tracto digestivo superior, antiguamente representaba grandes dificultades, sin embargo a partir del advenimiento de la endoscopia (12), la precisión diagnóstica, los factores pronósticos y hasta el tratamiento han podido ser modificados, influyendo esto en forma directa en la morbi-mortalidad de esta patología.

Durante años se pensó, que los estudios radiográficos, con medio de contraste, utilizados, para el diagnóstico de hemorragia del tracto digestivo superior, aportaban importante utilidad, sin embargo se han realizado estudios comparativos, entre estos y la endoscopia gastrointestinal, en donde se ha demostrado, que el estudio radiológico (4, 5, 10), presenta limitaciones importantes, principalmente de tipo técnico, las cuales dificultan la interpretación adecuada para integrar un diagnóstico correcto; por tales motivos, la endoscopia ha desplazado al estudio radiográfico, como medio diagnóstico en pacientes con hemorragia del tracto digestivo superior.

Habitualmente se ha considerado que el rendimiento diagnóstico del estudio endoscópico es mejor, cuando este realizado más tempranamente con respecto al inicio de la hemorragia; en un estudio se demostró un 78% de efectividad cuando la endoscopia se realizó en las primeras 24 hrs., disminuyendo al 32% de efectividad cuando fué realizada dentro de las siguientes 48 hrs. de iniciada la hemorragia.

El estudio radiográfico solo puede ser realizado si el paciente se encuentra clínicamente estable, esto es, cuando no tiene hemorragia, y por lo tanto el paciente puede ser trasladado a la sala de rayos X, situaciones que habitualmente, se traducen en menor precisión diagnóstica, mismas que no se presentan habitualmente con el estudio endoscópico.

El estudio endoscópico y el estudio radiográfico, han sido los convencionalmente más utilizados, sin embargo en los últimos años (3, 9), se han implementado otros métodos, como la arteriografía selectiva, la cuál es capaz de demostrar el sitio de donde procede la hemorragia, aproximadamente en el 75% de los casos, y combinada, con el estudio endoscópico detectan la zona sangrante en 84% de los pacientes. Un estudio menos riesgoso que la arteriografía, es la centellografía abdominal, posterior a la inyección de sulfuro de Tecnecio 99, material que al extravasarse, es detectado demostrando así el sitio de donde procede la hemorragia.

Con todo lo que representa los avances diagnósticos, el estudio endoscópico no ha podido ser desplazado, ya que incluso con el reporte positivo de los otros métodos, la visualización directa del tipo de lesión, la posibilidad de tomar muestra para biopsia y sobre todo la posibilidad de realizar procedimiento terapéutico, son posibilidades que solo pueden obtenerse solo mediante la realización de endoscopia.

En nuestro medio, la falta de disponibilidad de recursos, ha propiciado que en ocasiones, los métodos diagnósticos no se utilicen en la forma apropiada; es decir, no todos los hospitales cuentan con un endoscopista en forma permanente para la realización de endoscopias en el momento oportuno, de tal manera que ofrezcan certeza diagnóstica, o que al 100% de los pacientes se les pueda realizar el procedimiento endoscópico; esta situación ha ocasionado, que en múltiples casos no se llegue al diagnóstico correcto causal de la hemorragia digestiva, quedándose solo con el diagnóstico presuncional, o esperando el reporte del estudio radiológico, el cual como se mencionó anteriormente, presenta grandes limitaciones, influyendo esto directamente en el acierto diagnóstico y con esto en el apoyo terapéutico a los pacientes.

La población derechohabientes que maneja, el Hospital Dr. Darío Fernández Fierro, y en general el ISSSTE, es aquella comprendida de los 40 años en adelante, habitualmente de estrato socioeconómico medio a bajo, en donde la patología básica existente y las condiciones de vida presentes, ocasionan una incidencia relativamente elevada de cuadros de hemorragia digestiva superior; por lo que consideramos para nuestro hospital imperante conocer con exactitud las causas de hemorragia digestiva, para que de este modo se puedan plantear alternativas de solución adaptadas para el tipo de población que se maneja.

O B J E T I V O S .

1.- Conocer en el Hospital Dr. Darío Fernandez, la frecuencia con que se presenta la hemorragia del tracto digestivo superior, como causa de ingreso hospitalario.

2.- Diagnosticar la etiología de la hemorragia digestiva superior, en base a realización de endoscopia y serie esófago gastroduodenal.

3.- Corroborar la utilidad diagnóstica que ofrecen ambos métodos diagnósticos mencionados.

4.- Comparar los resultados obtenidos entre uno y otro método.

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

Se estudiaron de manera prospectiva, a aquellos pacientes que ingresaron al servicio de Medicina Interna, con el diagnóstico clínico de hemorragia del tracto digestivo superior, durante el período comprendido del primero de mayo de 1989 al 30 de abril de 1990.

A todos los pacientes se les realizó historia clínica completa, simplificada en una hoja de recolección de datos, en la cual se enfatizaba principalmente, los datos personales (nombre, sexo, edad, etc.), antecedentes heredofamiliares, antecedentes personales patológicos; hábitos como alcoholismo, tabaquismo, ingesta de antiinflamatorios no esteroideos y tipo de alimentación; así mismo incluía datos específicos sobre hemorragia digestiva superior, como tiempo de evolución, presencia de hematemesis y melena o ambos; igualmente a todos los pacientes se les practicó exámenes de laboratorio como biometría hemática completa, química sanguínea y electrolitos séricos.

Así mismo, a todos los pacientes se les solicitó realización de endoscopia de tracto digestivo superior y serie esofagogastroduodenal. El primer estudio se intentó realizar durante las primeras 72 hrs. de estancia hospitalaria, utilizando premedicación con diazepam y xylocaina, con el paciente en ayuno, y por medio de un endoscopio Fuji frontal. La serie esofagogastroduodenal fué solicitada y realizada de manera que no interfiriera con la realización del estudio endoscópico, con el paciente en ayuno, en la sala de rayos X y con el aparato convencional utilizado para este tipo de estudio.

El reporte del estudio endoscópico fué considerado en base a lo expresado por el médico que lo realizó, tomándose solo en cuenta el diagnóstico que estuviera ocasionando hemorragia digestiva, excluyendo los otros diagnósticos emitidos.

El reporte de estudio radiográfico fué considerado útil de acuerdo a interpretación del método radiólogo, en base a diagnóstico específico basado en parámetros ya establecidos.

Fueron excluidos del estudio, a pacientes que ingresaran con diagnóstico clínico de hemorragia digestiva, a los cuales ya previamente se les había realizado endoscopia y serie esofagogastroduodenal; así mismo se excluyeron pacientes con mencionado diagnóstico, para los cuales existió imposibilidad para la realización de los métodos diagnósticos antes señalados.

Los resultados fueron expresados en porcentajes y número de casos.

R E S U L T A D O S

Durante el período en el cuál se escogieron a los pacientes se ingresaron un total de 77 al servicio de medicina interna, de los cuales 6 fueron excluidos, ya que 4 fallecieron y no fué posible realizarles la investigación, los otros 2 habían sido previamente estudiados y diagnosticados.

El resto de pacientes, 71, fueron sometidos a la investigación. 41 hombres y 30 mujeres; con rango de edad de 31 a 80 años para los hombres (media de 57.9) y 24 a 92 años para mujeres (media 62.5), siendo la edad media global de 59.8 años, (cuadro I) y (CUadro II).

En cuanto a los resultados de endoscopia y serie esofago gastroduodenal; para hombres se reportaron 27 con gastritis por endoscopia y solo 12 por medio de SEGD; para cáncer gástrico y hernia hiatal se reportaron 2 para ambos métodos; para gastritis atrófica 2 por endoscopia reafirmados por SEGD; para esofagitis fueron 2 por endoscopia no observados por estudio radiográfico; para várices esofágicas y úlcera duodenal 1 para cada cuál verificada por ambos métodos, (cuadro III). Para mujeres, se reportaron 16 casos de gastritis por endoscopia y solo 6 por SEGD; existieron 8 casos de úlcera gástrica por endoscopia y 6 verificados por estudio radiográfico; para cáncer gástrico 3 por endoscopia mismos para SEGD; se presentaron 2 casos endoscópicos de gastritis atrófica mismos encontrados por SEGD; y un caso de esofagitis por endoscopia no visualizado en estudios radiográfico, (cuadro IV).

Las causas globales de hemorragia digestiva superior fueron: gastritis erosiva 43 casos (60.56%), úlcera gástrica 10 casos (14.08%), cáncer gástrico 7 casos (9.85%), gastritis atrófica 4 casos (5.63%), esofagitis 3 casos (4.22%), hernia hiatal 2 casos (2.81%), varices esofágicas y úlcera duodenal

1 para cada cuál (1.40%)., (cuadro V).

En cuanto al tiempo de evolución del episodio de hemorragia digestiva superior, el total de los pacientes acudieron al hospital, en el transcurso de las primeras 24 hrs. de inicio del mismo. En 48 de los pacientes, existió el antecedente de ingestión de bebidas alcohólicas durante las 72 hrs. previas al episodio de hemorragia de tracto digestivo superior.

En 52 de los pacientes, la manifestación inicial de hemorragia digestiva fue la hematemesis, y en los 19 restantes se presentó inicialmente melena como manifestación inicial de hemorragia digestiva.

Los pacientes fueron manejados de acuerdo a la severidad del cuadro, fué prácticamente rutinaria la utilización de sonda nasogástrica y la realización de lavado gástrico como medida mecánica para cohibir la hemorragia; así mismo el uso de bloqueadores H2 y antiácidos fué común; no considerándose que esto influyera en los resultados de la investigación, siempre y cuando fuera llevada al cabo con los parámetros establecidos en material y métodos.

CUADRO I

DISTRIBUCION DE PACIENTES POR SEXO.

| | No. | % |
|---------|-----|--------|
| HOMBRES | 41 | 57.74 |
| MUJERES | 30 | 42.25 |
| TOTAL | 71 | 100.00 |

CUADRO II

DISTRIBUCION POR EDAD

| | MUJERES | HOMBRES |
|----------------------|---------|---------|
| EDAD MINIMA | 24 | 31 |
| EDAD MAXIMA | 92 | 80 |
| EDAD PROMEDIO | 62.8 | 57.9 |
| EDAD PROMEDIO GLOBAL | 59.8 | |

CUADRO III

DIAGNOSTICO DE HEMORRAGIA DIGESTIVA EN HOMBRES
POR MEDIO DE ENDOSCOPIA Y SEGD.

| | ENDOSCOPIA | SEGD |
|--------------------|------------|------|
| GASTRITIS | 27 | 12 |
| CANCER GASTRICO | 4 | 3 |
| ULCERA GASTRICA | 2 | 2 |
| HERNIA HIATAL | 2 | 2 |
| GASTRITIS ATROFICA | 2 | 2 |
| ESOFAGITIS | 2 | - |
| VARICES ESOFAGICAS | 1 | 1 |
| ULCERA DUODENAL | 1 | 1 |

CUADRO IV

DIAGNOSTICO DE HEMORRAGIA DIGESTIVA EN MUJERES
POR MEDIO DE ENDOSCOPIA Y SEGD.

| | ENDOSCOPIA | SEGD |
|--------------------|------------|------|
| GASTRITIS | 16 | 6 |
| ULCERA GASTRICA | 8 | 6 |
| CANCER GASTRICO | 3 | 3 |
| GASTRITIS ATROFICA | 2 | 2 |
| ESOFAGITIS | 1 | - |

SEGD = SERIE ESOFAGO GASTRO DUODENAL.

CUADRO V

CAUSAS GLOBALES DE HEMORRAGIA DIGESTIVA SUPERIOR.

| | No. | % |
|--------------------|-----|--------|
| GASTRITIS | 43 | 60.56 |
| ULCERA GASTRICA | 10 | 14.08 |
| CANCER GASTRICO | 7 | 9.85 |
| GASTRITIS ATROFICA | 4 | 5.63 |
| ESOFAGITIS | 3 | 4.22 |
| HERNIA HIATAL | 2 | 2.81 |
| VARICES ESOFAGICAS | 1 | 1.40 |
| ULCERA DUODENAL | 1 | 1.40 |
| TOTAL | 71 | 100.00 |

D I S C U S I O N.

La hemorragia del tracto digestivo superior, continúa siendo una causa de morbilidad importante de nuestro medio, representando en nuestro hospital, la 8va. causa de ingreso al servicio de medicina interna.

Las causas que en otros estudios han sido mencionados no fueron completamente corroboradas en el presente trabajo; ya que si bien se menciona a la gastritis como la primera causa encontrada por nosotros (60.56%), no observamos que las várices esofágicas ocuparan un lugar preponderante en nuestra serie, reportándose un sólo caso; así mismo la úlcera duodenal que se encontraba en las primeras 4 causas en los estudios de Ramírez Degollado y Treviño, en nuestro medio se presentó un sólo caso. Por otro lado la úlcera gástrica y el cáncer gástrico, ocuparon el 2do. y tercer lugar en nuestra serie, situación que no coincide con lo reportado en los estudios mencionados.

La presente investigación, pone de manifiesto también, que el estudio endoscópico supera en sensibilidad y especificidad al estudio radiográfico, ya que si tomáramos el número total de casos de gastritis (43) reportados endoscópicamente, solo se verificaron 18 por estudio radiográfico, lo que representaría el 37.2%, contra el 100% que representa la endoscopia; sin embargo en las otras causas mencionadas, a excepción de la esofagitis, la cual no es evidente por estudio radiográfico, si se observó

por medio de serie esofago gastro duodenal la presencia de úlcera gástrica y duodenal, cáncer gástrico, hernia hiatal y várices esofágicas, lo que pone de manifiesto que la SEGD si tendría utilidad diagnóstica en éstos casos, los cuales se manifiesten por otro tipo de sintomatología, antes de manifestarse como hemorragia digestiva, situación que sin duda pondría de manifiesto la utilidad de ambos métodos diagnósticos.

C O N C L U S I O N E S .

1.- La hemorragia digestiva superior representa la octava causa de ingreso al servicio de medicina interna.

2.- Se diagnosticaron ocho principales causas de hemorragia digestiva, en los pacientes estudiados en nuestro hospital:
1) Gastritis, 2) Ulcera gástrica, 3) Cáncer gástrico, 4) Gastritis atrófica, 5) Esofagitis, 6) Hernia hiatal, 7) Várices esofágicas y 8) Ulcera duodenal.

3.- Es de llamar la atención, el aumento de la frecuencia del cáncer y la gastritis atrófica, como causa de hemorragia digestiva, de acuerdo a lo reportado en nuestra serie lo cual no coincide con investigaciones previas.

4.- El estudio endoscópico demostró el 100% de los casos de hemorragia digestiva en nuestra serie; no así el estudio radiológico, el cual demostró solo el 56.3% de los diagnósticos.

5.- La serie esófago gastro duodenal, no es útil para el diagnóstico de hemorragia digestiva, debido a sus limitaciones técnicas, y por la falta de sensibilidad y especificidad para diagnóstico de la primera causa de hemorragia digestiva; sin embargo es de utilidad para el diagnóstico de patologías como la úlcera péptica, el cáncer gástrico, la gastritis atrófica, hernia hiatal y várices esofágicas pudiendose utilizar el estudio

radiográfico, en pacientes con sintomatología diferente a la producida por hemorragia digestiva.

6.- Es imperante en nuestro hospital, contar con un servicio permanente de endoscopia, para realización de diagnósticos certeros y ofrecer alternativas terapéuticas oportunas.

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

- 1.- Conn, H.O. et al.: A Comparison of the Radiologic and Esophagosopic Diagnosis of Esophageal Varices. N. Eng. J. Med., 265: 160, 1961.
- 2.- Gordón, E.H. Clarke, J.S. Goldstein, H., et al.: Diagnosis and management of Gastrointestinal Bleeding. An Intern Med. 71: 993, 1981.
- 3.- Jackson, D.C.: The Current Status of Angiography in Gastrointestinal Bleeding. J. Canad Assoc Radiol., 26: 266, 1975.
- 4.- Johnsrude, J.S., and Jackson, D.C.: The Role of the Radiologist in Acute Gastrointestinal Bleeding. Gastrointestinal Radial. 3: 357, 1978.
- 5.- Katon, R.M. and Smith, F.W.: Pansendoscopy in the Early Diagnosis of Acute Upper Gastrointestinal Bleeding. Gastroenterology., 65: 728, 1980.
- 6.- Mailer, C., Goldberg, A., Hardon, R.: Diagnosis of Upper Gastrointestinal Bleeding. Br Med. J. 2: 784, 1983.
- 7.- Menguy, R.: Diagnosis and Management of Upper Gastrointestinal Bleeding. South. Med. J., 69: 225, 1976.

- 8.- Midgley, R.C.; and Canter, D.: Upper Gastrointestinal hemorrhage. Diagnosis and Management. West. J. Med., 127: 317, 1977.
- 9.- Mishowiak, J. et al.: Abdominal Scintiphotography with (99m) Technetium Labelled Albumin in Acute Gastrointestinal Bleeding. Lancet, 2: 852, 1977.
- 10.- Morris, D.W. et al.: Prospective Randomized Study of Diagnosis and Outcome in Acute Upper Gastrointestinal Bleeding Endoscopy versus Conventional Radiography. Am J Dig. Dis., 20: 1103, 1975.
- 11.- Palmer, E.D.: The Vigorous Diagnostic Approach to Upper Gastrointestinal Tract Hemorrhage. JAMA. 207: 1477, 1982.
- 12.- Ramirez, D.J.: Diagnóstico Endoscópico de Hemorragia del tubo Digestivo Superior. Medicina Interna., 1: 6, 1979.
- 13.- Rubin, C.E. et al.: Indications for Fiberoptic Endoscopy. Viewpointe on Dig. Dis. 10: 5, 1978.
- 14.- Silvis, S.A.: Endoscopic Complications. J. AM. Med. Assoc., 235: 928, 1976.
- 15.- Stadelman, O. et al.: Endoscopy of Upper Gastrointestinal Tract: Advances, limitations and Complications. In Schattauer, F.K.: Advances in Endoscopy Verlag, Stuttgart, pág. 1, 1974.

- 16.- Treviño, A.H., and Ortiz, C.P.: Diagnóstico Endoscópico de Hemorragia del Tubo Digestivo Superior. Medicina Interna., 6: 13, 1979.

- 17.- Villalobos, J.J.: Gastroenterología. Eds. Méndez Oteo. Hemorragias del tubo Digestivo Superior. México, D.F., 762-787, 1981.

- 18.- Woodrow, J.C.: Inherited Disorders Causing Gastrointestinal Bleeding. Clin. Gastroenterol, 2: 703, 1973.