

11209
52
2ej.



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE MEXICO

FACULTAD DE MEDICINA
División de Estudios de Postgrado
Hospital de Especialidades
Centro Médico "La Raza"
Instituto Mexicano del Seguro Social

EPIDEMIOLOGIA DE LA HEMORRAGIA DE TUBO
DIGESTIVO PROXIMAL CONFIRMADA POR PANEN-
DOSCOPIA EN UNA MUESTRA DE CUARENTA Y
CINCO PACIENTES CONSECUTIVOS EN EL
CENTRO MEDICO "LA RAZA".

T E S I S

Para obtener la Especialidad en
CIRUGIA GENERAL
p r e s e n t a

DR. GUILLERMO MARISCAL CHAVIRA



IMSS

Asesor: Dr. Fausto García Carrasco

Profesor titular del curso:

Dr. José Fenig Rodríguez

Generación: 1989 - 1992.

México, D. F.

1992

TESIS 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.

INDICE.

DEDICATORIAS. -----	i
AGRADECIMIENTOS. -----	ii
INDICE. -----	iii
INTRODUCCION. -----	1
OBJETIVOS. -----	3
I.-MARCO TEORICO. -----	4
A)SEMBLANZA DEL HOSPITAL DE ESPECIALIDADES DEL CENTRO MEDICO "LA RAZA". -----	4
B)EPIDEMIOLOGIA GENERAL DE LA HEMORRAGIA DE TUBO DIGESTIVO PROXIMAL. -----	7
C)GENERALIDADES DE LA HEMORRAGIA DE TUBO DIGESTIVO PROXIMAL. -----	10
1.-DEFINICIONES. -----	10
2.-ETIOLOGIA. -----	10
3.-DIAGNOSTICO. -----	13
4.-PROCEDIMIENTOS DIAGNOSTICOS ESPECIALES. -----	14
D)ESTIGMAS DE HEMORRAGIA POR ULCERA PEPTICA. -----	16
1.-INTRODUCCION. -----	16
2.-ESTIGMAS MENORES. -----	16
3.-ESTIGMAS MAYORES. -----	17
E)ENDOSCOPIA TERAPEUTICA Y ULCERAS SANGRANTES. -----	20
F)HEMORRAGIA GASTRODUDENAL DE ETIOLOGIA NO VARICEAL. -----	23
G)HEMORRAGIA POR VARICES ESOFAGICAS. -----	28
II.-CARACTERISTICAS EPIDEMIOLOGICAS DE UNA MUESTRA DE 45 PACIENTES CON HEMORRAGIA DE TUBO DIGESTIVO PROXIMAL CONFIRMADA POR PANENDOSCOPIA, EN EL CENTRO MEDICO "LA RAZA", EN UN PERIODO DE 6 MESES. -----	33
A)INTRODUCCION. -----	33
B)MATERIAL Y METODOS. -----	33
C)RESULTADOS. -----	34
1.-EDAD Y SEXO. -----	34
2.-FORMA DE PRESENTACION DE LA HEMORRAGIA. -----	34
3.-ANTECEDENTES RELACIONADOS AL EVENTO HEMORRAGICO. -----	35
4.-ENFERMEDADES INTERCURRENTES ASOCIADAS. -----	36
5.-HALLAZGOS ENDOSCOPICOS. -----	36
6.-ACTIVIDAD DE LA HEMORRAGIA. -----	37
7.-MANEJO MEDICO Y REQUERIMIENTOS TRASFUSIONALES. -----	37
8.-TERAPEUTICA ENDOSCOPICA. -----	37
9.-TRATAMIENTO QUIRURGICO. -----	38
10.-ANALISIS DE LA MORTALIDAD. -----	39
11.-CARACTERISTICAS DE INGRESO Y ESTANCIA HOSPITALARIA. -----	39
D)DISCUSION. -----	41
CONCLUSIONES. -----	44
BIBLIOGRAFIA. -----	46

INTRODUCCION.

I.-La Hemorragia de Tubo Digestivo Proximal es un problema frecuentemente manejado por el Cirujano General. La etiología múltiple de este problema, así como cambios en la historia natural de patologías como la úlcera péptica, han modificado su presentación y espectro clínico. Por otra parte han surgido nuevas modalidades diagnósticas y terapéuticas, basadas en nuevos conocimientos y en la experiencia acumulada.

El auge de modalidades diagnósticas como la Endoscopia han contribuido en forma importante en estos últimos puntos, sumándose a ésto, el desarrollo en el campo de la terapéutica endoscópica, existiendo ahora bases bien establecidas de que modalidades de manejo endoscópico brindan mejores resultados, y cuáles son los candidatos para recibir esta modalidad terapéutica.

II.-La investigación en este campo tan amplio no es fácil, incluso para grupos con amplios recursos e infraestructura. Nuestro objetivo fue brindar una panorámica actual respecto al tratamiento endoscópico a nivel de grandes centros hospitalarios, y por otra parte, observar el problema en una muestra de nuestra población hospitalaria.

III.-Existen múltiples estudios en la literatura mundial respecto a la Hemorragia Proximal de Tubo Digestivo, sin embargo, hay pocos informes que estudien el problema en forma conjunta en nuestro medio y con los recursos hospitalarios disponibles, lo cuál fué el estímulo de la presente investigación.

IV.-Inicialmente y basados en datos de la literatura mundial, tratamos de ubicar la epidemiología de la Hemorragia de Tubo Digestivo Proximal, así como el papel actual de la terapéutica diagnóstica y endoscópica.

La segunda parte del trabajo fue tomar una muestra de enfermos representativos de nuestro medio para determinar las características del problema en nuestra

población hospitalaria. Los pacientes que se incluyeron en el estudio fueron los referidos al Servicio de Endoscopia, con el diagnóstico de Hemorragia de Tubo Digestivo Proximal, realizándose endoscopia diagnóstica y/o terapéutica, investigando en ellos aspectos relacionados al evento hemorrágico, antecedentes, forma de presentación del sangrado, manejo médico, hallazgos endoscópicos, terapéutica endoscópica, tipo y respuesta a la misma, manejo quirúrgico, morbilidad, y causas de mortalidad, entre otras.

V.-Las conclusiones sacadas de esta muestra de pacientes, por ser un número pequeño, sólo representan aspectos generales del problema, y no son aplicables a poblaciones más amplias, ya que se ha demostrado que el área geográfica, el tipo de población y de hospitales modifican las variables en este tipo de estudios.

OBJETIVOS.

GENERALES:

- a) Definir el papel actual de la terapéutica endoscópica a nivel mundial en la enfermedad ulcerosa péptica.
- b) Investigar las características epidemiológicas de los pacientes con diagnóstico de Hemorragia de Tubo Digestivo Proximal confirmada por endoscopia alta, en una muestra de cuarenta y cinco pacientes consecutivos en un período de seis meses en el Centro Médico "La Raza".

ESPECIFICOS:

Describir y analizar los siguientes puntos:

- a) Edad y sexo de los pacientes.
- b) Forma de presentación del evento hemorrágico.
- c) Antecedentes relacionados con el mismo.
- d) Enfermedades intercurrentes asociadas.
- e) Hallazgos endoscópicos.
- f) Actividad de la hemorragia.
- g) Manejo médico y requerimientos trasfusionales.
- h) Terapéutica endoscópica realizada y respuesta a la misma.
- i) Cirugía realizada en los pacientes.
- j) Morbilidad y mortalidad de la muestra.
- k) Ingreso y estancia hospitalaria.

I.-MARCO TEORICO.

A) SEMELANZA DEL HOSPITAL DE ESPECIALIDADES DEL CENTRO MEDICO "LA RAZA".

El Hospital de Especialidades tiene sus raíces y origen en el Hospital General del actual Centro Médico "La Raza", el cual fué fundado en 1954, como el Hospital pionero de la Seguridad social en México.

Durante la evolución del complejo se incorporaron al mismo otros Hospitales que fueron integrando el conjunto actual, como se conoce hoy en día.

Este proyecto se inició en 1945, cuando el Instituto Mexicano del Seguro Social decidió la construcción de un Hospital General de Zona en la esquina de las calles Vallejo y Paseo de las Jacarandas.

Inicialmente fue concebido como un Hospital para 468 camas y 146 cunas, con servicios de consulta externa, exámenes profilácticos, y asistencia materno infantil, para 1500 personas diariamente.

Gobernaba durante este sexenio el Lic. Miguel Alemán Valdez, teniendo lugar la inauguración simbólica el 12 de octubre de 1952, siendo el 10 de febrero de 1954 la inauguración oficial por el Director General del Instituto, el Licenciado Antonio Ortiz Mena, originario e Hijo Predilecto de la hermosísima Cd. de Hgo. del Parral, Chih.

De esa fecha, hasta el año de 1957 se fueron escalonando los diferentes servicios: Infectología en 1954, Pediatría en 1955, así como el Servicio de Cirugía General en ese mismo año.

El proyecto es afectado por el temblor que sacude a la Cd. de México el 26 de julio de 1957, a pesar del cual las obras continúan a ritmo acelerado, quedando para 1963 un conjunto comprendido por cuatro cuerpos principales: Consulta Externa, Hospitalización, Infectología, y el Cuerpo Intermedio. De 1964 a 1970 ocurre el período de consolidación y florecimiento del complejo, sumándose a éste, la puesta en marcha del Hospital de Ginecología y Obstetricia No.III.

Para 1967, el reconocimiento dentro del consenso médico, para el Centro Médico "La Raza", es general, sumando los Servicios en forma global 18 especialidades. En 1969 se forma la comisión de estudio para la rehabilitación del conjunto hospitalario, con miras a convertirlo en un conglomerado de concentración de alta especialización, ocurriendo en este período la formación y egreso de la Primera Generación de Residentes.

De 1971 a 1976, el conjunto pasa por una fase de reorganización, teniendo como hecho destacado el 12 de febrero de 1972, la fundación del Hospital de Especialidades. De esta remodelación surgen los Servicios de Cirugía General, Terapia Intensiva y Cuidados Coronarios, en el seno de este nuevo Hospital.

Servicio de Cirugía General.

Surgió inicialmente en 1955, y ha sido el que cuenta con mayor número de camas y pacientes atendidos. Hacia 1976, el servicio se localizaba en las alas A y C sexto y séptimo pisos del Hospital General, teniendo un total de 120 camas, y formando parte de éste los Servicios de Proctología, Endoscopia, Gastroenterología Médica y Quirúrgica, y fungiendo como Jefe del Servicio el Dr. Vicente Guarner, destacando como Médicos Adscritos, el Dr. Fernando Perez Catzin, Dr. Claudio Cervantes Hernández, Dr. César Gutiérrez Samperio, y otros muchos más eminentes médicos.

El 28 de febrero de 1979 se inicia el funcionamiento del Hospital de Especialidades, con el traslado de algunos Servicios a este nuevo nosocomio, entre ellos el de Cirugía General, el cuál reanuda labores el 7 de octubre de 1980, con 88 camas, lo cuál inicia una nueva era en este servicio, con las modificaciones consiguientes, tanto en el área de personal médico, como en el área física. En resumen, el Centro Médico "La Raza", conformado por el Hospital de Especialidades, Hospital General, Hospital de Infectología, y el Hospital de Ginecología y Obstetricia No. III, fué construido y diseñado como el Primer Hospital

dentro de la Seguridad Social Mexicana, siendo el más grande del país, tanto en atención, cómo en formación de personal humano, y es un Centro Escuela que ha sentado las bases para normas, procedimientos, reglamentos, y manuales para otros hospitales. Durante su desarrollo ha sufrido grandes transformaciones en su aspecto físico y distribución, contando actualmente con más de 40 especialidades.

B) EPIDEMIOLOGIA GENERAL DE LA HEMORRAGIA DE TUBO DIGESTIVO PROXIMAL.

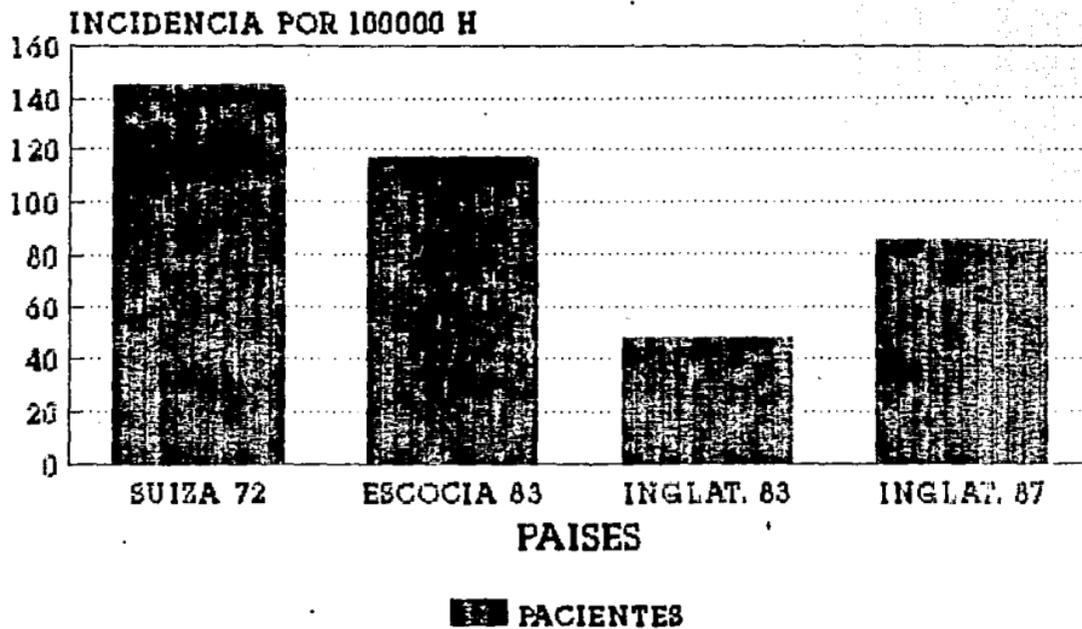
La incidencia de este problema deriva de algunos estudios europeos, teniendo una incidencia aproximada de 50 a 150 admisiones hospitalarias por cien mil habitantes por año, lo cuál depende del tipo de centro hospitalario. Otras informaciones se obtuvieron de la Conferencia Conjunta de Endoscopia y Hemorragia de Tubo Digestivo Proximal realizada en Norteamérica. Cutler y Mendeloff usaron datos obtenidos del estudio Nacional de Descarga Hospitalaria, él cuál forma parte del Centro Nacional de Estadísticas de Salud en los Estados Unidos. Ellos usaron cinco estudios publicados entre 1973 y 1976, para estimar la proporción de todas las hemorragias de causa péptica, obteniendo una cifra de 36%. El número total de ingresos por cualquier causa de hemorragia alta fué de 322 mil, ó 150 ingresos por cien mil habitantes por año, cifra más alta que la reportada en estudios europeos previos, diferencia debida a que en el primer caso se agregaron los episodios de sangrado desarrollados durante la estancia hospitalaria.

Kurata y Corboy analizaron 400 mil expedientes de pacientes que ingresaron por hemorragia. De 1970 a 1985 los ingresos por enfermedad péptica disminuyeron en 25%, lo cuál fue consecuencia del aumento de casos no complicados de úlcera duodenal. Sin embargo, para úlcera duodenal hemorrágica, la tasa sólo disminuyó ligeramente. Para úlcera gástrica las tasas de hospitalización se incrementaron en 20%, con un aumento de más de 100% en pacientes con úlcera gástrica hemorrágica. La tasa para úlcera gástrica no complicada descendió, y para perforación permaneció estable.

En resumen, las hospitalizaciones por úlcera gástrica hemorrágica fueron en 1985 de 25 por cien mil habitantes por año, y para úlcera duodenal hemorrágica de 22 por cien mil habitantes por año.

La tasa de mortalidad ha permanecido relativamente constante siendo de 10% en

H.T.D.P. INCIDENCIA ANUAL



EUROPA

diferentes estudios reportados en las seis décadas pasadas, a pesar de los avances médicos, quirúrgicos, de apoyo trasfusional, así como de cuidados intensivos, porcentaje probablemente condicionado por la presentación aumentada de hemorragia activa en pacientes por arriba de 60 años, de los cuáles un número importante cursa con otras patologías de fondo.

Allan y Dykes señalan en sus estadísticas, las edades incrementadas en pacientes con hemorragia de tubo digestivo proximal, de la manera siguiente:

Período.	Pacientes mayores de 60 años(%)
1921 - 1936	6 a 17
1932 - 1947	24 a 38
1953 - 1973	40 a 48

Estudio de la Asociación Americana para Hemorragia Proximal confirmada Endoscópicamente.-Tratando de identificar las causas de mala evolución en pacientes con hemorragia proximal, se realizó un estudio en 1978 y 1979, el cuál incluyó datos clínicos y endoscópicos, historia clínica, examen físico, hallazgos del laboratorio y evolución clínica. El estudio incluyó a 2225 enfermos, referidos por 269 médicos, distribuidos en todo el país. El 45% de los pacientes tenían más de 60 años, predominando el sexo masculino, como en series previamente descritas en una proporción de 2 a 1. El 53% del sexo femenino era mayor de 60 años, siendo el porcentaje de 41% en el sexo masculino. Se les hizo endoscopia diagnóstica al 94% de la muestra, siendo ésta de emergencia en el 66% de los casos. El procedimiento fué diagnóstico en el 92% de los enfermos, encontrando lesiones múltiples en un tercio de ellos, y hemorragia activa en la misma proporción. Las erosiones gástricas fueron las lesiones más comunes, seguidas de las úlceras gástricas y duodenal. La mortalidad fué de 11%, y las complicaciones durante la estancia intrahospitalaria de índole quirúrgica, endoscópica ó angiográfica ocurrieron en un porcentaje de 12% en total, siendo las de causa endoscópica de 1%.

HALLAZGOS ENDOSCOPICOS A.S.G.E.

DIAGNOSTICO	%
EROSIONES GASTRICAS	29.6
ULCERA DUODENAL	22.8
ULCERA GASTRICA	21.9
VARICES ESOFAGICAS	15.4
ESOFAGITIS	12.8
DUODENITIS EROSIVA	9.1
S. MALLORY WEISS	8.0
NEOPLASIA	3.7
ULCERA ESOFAGICA	2.2
ULCERA ANASTOMOSIS	1.9
S. OSLER WEBER RENDU	0.5

Un total de 26% de los pacientes requirieron más de cinco unidades de transfusión sanguínea, con un requerimiento medio de 3.4 unidades.

Se efectuó cirugía en el 16% del grupo de pacientes, siendo en el 69% de las ocasiones en forma urgente.

Las causas de mortalidad más frecuentes fueron las ocasionadas por las patologías de fondo, para un porcentaje de 70%, seguidas por complicaciones debidas a la hemorragia en 44%, y las relacionadas con la cirugía en 14%. Los pacientes de alto riesgo fueron candidatos a t erapeutica hemostatica endoscopica.

Los pacientes portadores de patología renal, hepática, neoplásica, del sistema nervioso central, y pulmonar tuvieron un riesgo aumentado de mortalidad.

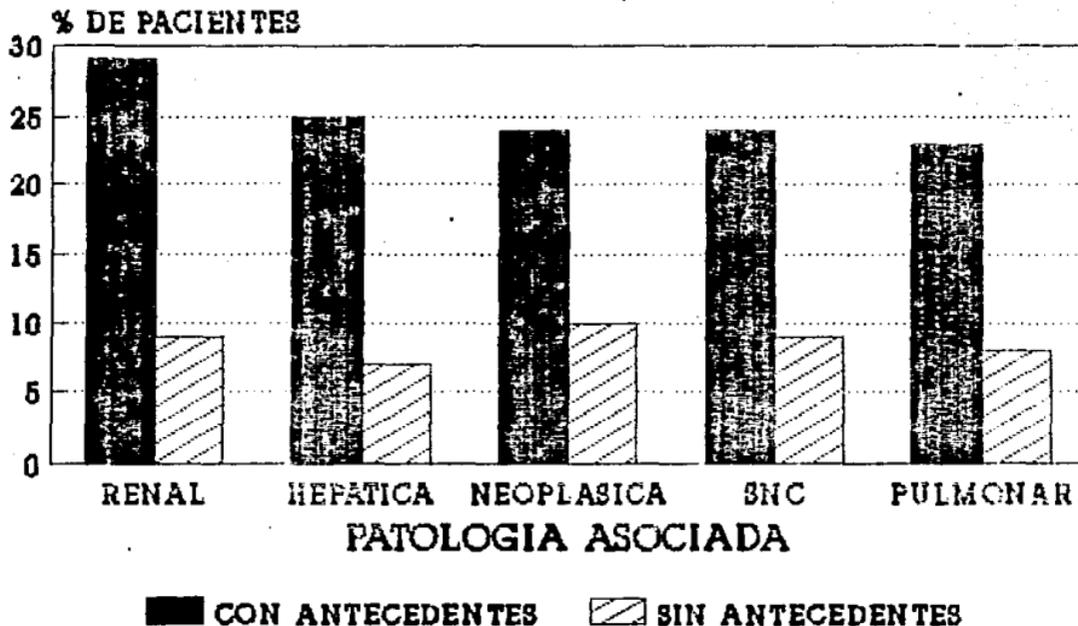
La tasa de mortalidad para pacientes sin patología asociada fué de 3%, contrastando con la de aquellos que tuvieron varias patologías asociadas, en que la tasa fué de 47%, con un rango entre 28 a 57 %, condicionada por el número de patologías acompañantes.

Indicadores de la tasa y actividad del sangrado cómo fueron el aspirado a través de sonda nasogástrica, y el color de las evacuaciones, indicaron una mortalidad incrementada de acuerdo a los siguientes porcentajes: aspirados claros 6%, en pozos de café 10%, y en aspirados color rojo vivo de 18%; cuándo las evacuaciones fueron color café 8%, color negro 11%, y con coloración rojiza de 20%. En los pacientes con sangrado activo confirmado por endoscopia la mortalidad fué de 16% en comparación con 7% en los que no se presentó en forma activa, con una tasa de morbilidad de 9% contra 17% para los mismos grupos.

En los enfermos en que se transfundieron más de 5 unidades la mortalidad fué de 24%, en los que los requerimientos fueron menores la tasa fué de 6%.

Finalmente la mortalidad fué de 24% en la cirugía de urgencia, contra 8% en la electiva.

H.T.D.P. PATOLOGIA Y MORTALIDAD



C) GENERALIDADES DE LA HEMORRAGIA DE TUBO DIGESTIVO PROXIMAL.

1.-DEFINICIONES.

Hematemesis es el vómito de sangre fresca y no alterada ni digerida por la secreción gástrica, siendo una manifestación de un sitio hemorrágico localizado entre la orofaringe y el ligamento de Treitz, ésta puede acompañarse de melena. El carácter del espécimen depende del sitio de la hemorragia, la rapidez de ésta, y la velocidad de vaciamiento gástrico. La presencia de coágulos sanguíneos refleja hemorragia masiva, los vómitos en pozos de café suelen indicar una hemorragia más lenta, con retención en el estómago, y alteración de la sangre para formar hematina ácida.

Melena suele definirse como la expulsión de heces negras alquitranadas. Sólo se necesitan 50 mls para que se presente este signo. Después de parar una hemorragia de 1000 mls el signo puede persistir hasta por cinco días, la prueba positiva al guayaco, indicadora de sangre oculta puede persistir durante tres semanas posterior a la suspensión de la hematemesis o la melena.

El color alquitranado de las heces se debe a la producción de hematina ácida por la acción del ácido gástrico sobre la hemoglobina, y producción de sulfuro a partir del hem, por la acción del sulfuro de hidrógeno sobre el hierro de la molécula del hem.

La melena sin hematemesis generalmente indica una lesión distal al píloro, sin embargo se ha asociado a várices sangrantes y gastritis.

2.-ETIOLOGIA.

La ulceración péptica es de las causas más comunes, la hemorragia por úlcera duodenal es cuatro veces más frecuente que por úlcera gástrica.

En las úlceras duodenales la arteria gastroduodenal es la causante del sangrado, y en las úlceras gástricas las arterias implicadas son las arterias gástrica izquierda y gástrica derecha y sus ramas.

Otra causa importante de sangrado proximal es un grupo diverso de lesiones que se agrupan bajo el término de lesiones agudas de la mucosa gástrica, estas lesiones pueden ser solitarias, múltiples ó generalizadas (necrosis hemorrágica). El proceso no suele abarcar la muscular de la mucosa, tratándose de erosiones y no de úlceras verdaderas. Las lesiones erosivas agudas se encuentran en el fondo y cuerpo del estómago, (generalmente no afectan al antro), y en la curvatura mayor en la misma frecuencia que en la menor.

Las úlceras de estrés es un término que debe limitarse a la descripción de las lesiones gastroduodenales agudas que se presentan a causa de choque y septicemia, posterior a cirugía, traumatismos ó quemaduras.

McClelland y colaboradores demostraron en un estudio de pacientes con trauma y choque hemorrágico, que no aumentaba la secreción gástrica, sino que disminuía considerablemente el flujo sanguíneo esplácnico, considerándose a la isquemia la causa de las lesiones. En un tercio de los pacientes quirúrgicos con septicemia se ha observado hemorragia de tubo digestivo proximal, implicándose a las anomalías de la coagulación acompañantes la causa.

Las erosiones ó ulceraciones de estómago y duodeno que se presentan en pacientes quemados, llamadas úlceras de Curling (1842), están muy relacionadas con las úlceras de estrés y se presentan hasta en 12% de los pacientes quemados, aumentando la frecuencia con la magnitud de la quemadura, siendo hasta de 40% en quemaduras de 70% de superficie corporal afectada.

Las úlceras de Cushing (1932), son otras lesiones relacionadas probablemente a la hipersecreción gástrica significativamente aumentada en cirugía ó traumatismos intracraneales.

Los corticoesteroides suprarrenales cuando se administran en altas dosis por períodos prolongados frecuentemente dan lugar a erosiones ó úlceras gastroduodenales, ó activación de úlceras pépticas inactivas. Los pacientes que

reciben esteroides por artritis reumatoide ó lupus eritenatoso están más propensos a ésta complicación.

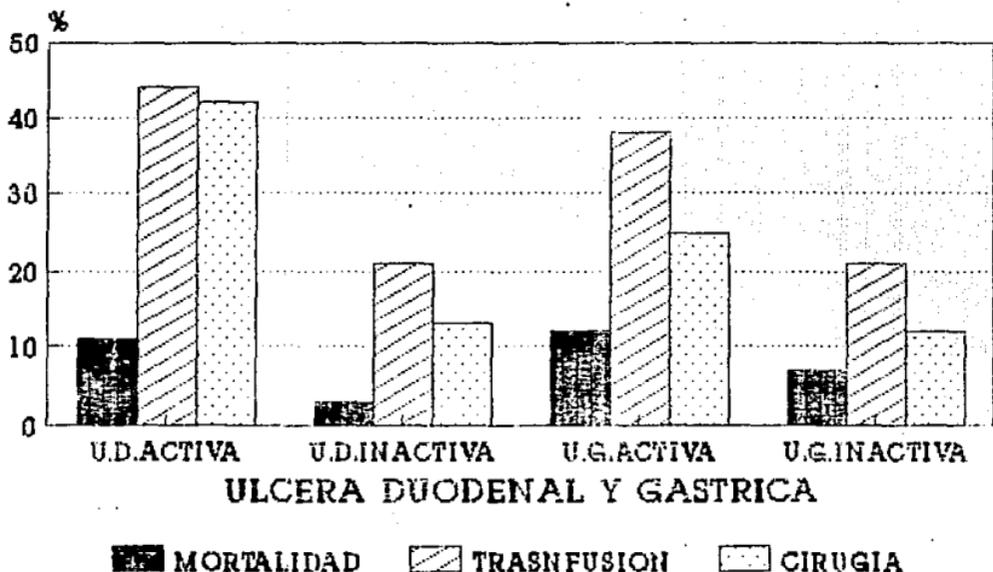
La aspirina y el alcohol son las principales substancias nocivas de un amplio grupo de agentes orales que producen gastritis hemorrágica erosiva y duodenitis. El alcohol es un secretagogo gástrico, no así la aspirina y agentes similares, en que el mecanismo de producción de las lesiones es por aumento de la difusión retrograda de ácido a través de la mucosa gástrica, siendo la renovación normal de la misma cada 48 a 72 horas, por lo que el proceso cede si los síntomas se controlan hasta que ocurra la regeneración.

Las vârices esofâgicas constituyen la causa más común de hemorragia en pacientes con cirrosis u obstrucción extrahepática de la vena porta; las vârices sangrantes abarcan 95% de los casos de hamatemesis masiva en los niños y suelen asociarse con obstrucción extrahepática de la vena porta. En los cirróticos las vârices son la causa de la hemorragia en el 53% de los casos, la gastritis en el 22%, y las úlceras duodenales y gâsticas en 20%. La correlación de las lesiones y la gravedad de la hemorragia revelan que en el 70% de los casos los pacientes que sangran por vârices tienen una hemorragia grave, en tanto que en 84% de los que sangran pos gastritis tienen una hemorragia de leve a moderada. Los dos principales factores que se consideran como desencadenantes del episodio hemorrágico son el aumento de presión dentro de la vârice, y la ulceración consecutiva a esofagitis.

La hernia hiatal con frecuencia se acompaña de hemorragia oculta, pero sólo contribuye en cerca de 2% de los casos de hemorragia masiva. El sangrado de la hernia por deslizamiento guarda relación con la esofagitis péptica por reflujo, es más frecuente en pacientes con hernias paraesofâgicas, y se considera es causada por la retención del contenido ácido en el sacu gástrico encarcerado o por congestión de la vasculatura de la porción herniada del estómago.

H.T.D.P.

MORTALIDAD, TRASNFUSION, CIRUGIA



A.S.G.E. = SOCIEDAD AMERICANA DE ENDOSCOPIA GASTROINTESTINAL.

ESTUDIO NACIONAL DE HEMORRAGIA DE TUBO DIGESTIVO PROXIMAL CONFIRMADA POR ENDOSCOPIA.

Múltiples lesiones diversas contribuyen hasta en 8% de los casos de hemorragia gastrointestinal alta, y en el 16% de los casos el diagnóstico nunca se establece.

Las neoplasias no son causa regular de hemorragia, y cuándo se presenta se debe a la erosión de un vaso subyacente por el tumor.

Los pólipos ya sean únicos, familiares, ó asociados al Síndrome de Peutz Jeghers son otras lesiones que pueden causar hemorragia. Causas más raras de sangrado son lesiones vasculares como angiomias, telangiectasia hemorrágica hereditaria, (Síndrome de Rendu Osler Weber), y vasculitis. La ruptura espontánea de aneurismas aórticos, así cómo de las arterias hepáticas y esplénica pueden producir hemorragia grave. Es característico que una fístula aortoentérica se manifieste por sangrado moderado que se detiene por un período variable, y que posteriormente recurre en forma masiva.

Una causa traumática de hemorragia proximal es el Síndrome de Mallory Weiss que consiste en desgarros lineales de la unión esofagogástrica ocasionados por vómito intenso.

3.-DIAGNOSTICO.

Antecedentes y Exploración Física.-La presencia de síntomas de enfermedad ulcerosa previos a la hemorragia, así como suspensión del dolor al inicio de la misma indica que el sangrado es causado por una úlcera péptica. Veinte por ciento de los pacientes con hemorragia no tienen antecedentes de úlcera.

El arqueo violento y el vómito en alcohólicos y mujeres embarazadas son característicos del Síndrome de Mallory Weiss.

El interrogatorio debe incluir preguntas dirigidas hacia la ingestión reciente de medicamentos, sobre todo salicilatos, fenilbutazona, alcohol, anticoagulantes y esteroides.

El antecedente de tendencia hemorrágica hace pensar en la posibilidad de

PORCENTAJE DE MORTALIDAD ASOCIADA A LOS HALLAZGOS FISICOS
 EN HEMORRAGIA DE TUBO DIGESTIVO PROXIMAL.

HALLAZGOS FISICOS.	CON SIGNOS	SIN SIGNOS
INSUFICIENCIA RESPIRATORIA.	57	9
ICTERICIA.	43	8
CONFUSION MENTAL.	31	7
CHOQUE.	30	9
INSUFICIENCIA CARDIACA CONGESTIVA.	28	10
CAMBIOS POSTURALES DE PRESION.	14	9

ESTUDIO NACIONAL. HEMORRAGIA TUBO DIGESTIVO PROXIMAL.
 SOCIEDAD AMERICANA ENDOSCOPIA GASTROINTESTINAL.

trastornos hematológicos.

La cirugía gástrica previa, como gastroenterostomía, o gastrectomía parcial orienta hacia la posibilidad de una úlcera marginal. La pirosis, el dolor epigástrico subesternal acentuado por el decúbito y la ingestión de comidas abundantes, orientan hacia una hernia hiatal.

Debe examinarse la piel y mucosas para la búsqueda de ictericia, telangiectasias, eritema palmar, disminución de vello en extremidades, que indican enfermedad hepática. La linfadenopatía supraclavicular izquierda indica un tumor intraabdominal maligno.

La palpación abdominal despierta dolor cuando la hemorragia se debe a úlcera o gastritis; un hígado palpable acompañado de esplenomegalia, y venas abdominales que se llenan en una distribución centrífuga a partir del ombligo, es más indicativo de várices sangrantes.

4.-PROCEDIMIENTOS DIAGNOSTICOS ESPECIALES.

Las cifras iniciales de hematócrito pueden ser normales, ya que la reducción no ocurre hasta 4 a 6 horas después, por lo que es de más valor la toma seriada cada 4 a 6 horas. La leucocitosis acompaña a la hemorragia aguda, cifras mayores de 25000 indican leucemia; los neutrófilos y las plaquetas disminuyen en caso de hiperesplenismo secundario a enfermedad hepática.

La química sanguínea permite determinar la magnitud del sangrado, y determinar si hay disfunción hepatocelular. Una elevación en el valor del nitrógeno de la urea sanguínea es paralelo al volumen de sangre que se pierde, y guarda relación con la absorción de productos sanguíneos en el tubo digestivo, reducción en el flujo renal, o patología renal subyacente.

Son comunes la reducción en la adherencia plaquetaria, trombocitopenia, tiempo de protrombina prolongados en pacientes con diátesis hemorrágica, septicémicos, o con enfermedad hepática.

Estos procedimientos se realizan a medida que se trasfunde al paciente para normalizar el volumen circulatorio, guiados por los signos vitales, presión venosa central y uresis.

La Endoscopia es el primer procedimiento diagnóstico especial que debe considerarse, prácticamente es indispensable si se considera que la hemorragia es por vórices esofagogástricas, ó por una lesión aguda de la mucosa gástrica, el examen permite definir si hay hemorragia activa, el sitio de la misma y efectuar diversas modalidades terapéuticas para intentar controlar el sangrado.

Las pruebas de funcionamiento hepático, manometría, radiografías con bario, y los estudios isotópicos han sido desplazados por el diagnóstico endoscópico ya que pueden omitir lesiones, ó no determinan muchas veces si hay hemorragia activa.

La gamagrafía con radionúclidos usando coloide de sulfuro con tecnecio marcado tiene la desventaja de que la captación intensa por el hígado y el bazo reduce su utilidad, además que la rápida depuración en pacientes con hemorragia activa limita su uso. Los eritrocitos marcados con tecnecio 99 ofrecen la ventaja de que pueden obtenerse imágenes hasta por 24 horas. Esto es de utilidad, ya que la mayoría de los individuos con hemorragia no sangran en forma continua.

Otra técnica de utilidad es la angiografía selectiva del tronco celíaco y de la arteria mesentérica superior, sin embargo, se requiere infraestructura y personal especializado, no disponibles en todos los centros hospitalarios, y no están exentos de presentar complicaciones, por lo que comparados al estudio endoscópico no muestran ventajas mayores, ni opciones terapéuticas.

D) ESTIGMAS DE HEMORRAGIA POR ULCERA PEPTICA.

1.-INTRODUCCION.

La hemorragia por úlcera péptica es el diagnóstico final para aproximadamente el 50% de los pacientes que ingresan por hemorragia severa, pudiéndose realizar el diagnóstico definitivo con endoscopia de emergencia en al menos 90% de los casos.

Aquellos enfermos que ingresan a Unidades de Cuidado Intensivo pueden continuar sangrando ó resangrar en un porcentaje de 25 a 30%. Un diagnóstico endoscópico seguro puede orientar la terapéutica y definir el pronóstico si la historia clínica y forma de presentación del sangrado son considerados conjuntamente, pudiendo así correlacionar los estigmas de hemorragia con los hallazgos clínicos y evolución.

2.-ESTIGMAS MENORES.

Las tasas de sangrado continuo ó resangrado de las úlceras pépticas depende de la apariencia de la base de la úlcera observada en el examen endoscópico inicial.

La úlcera con base limpia (posterior a lavado gentil con catéter endoscópico), es el hallazgo más común con un porcentaje de 33%, y una tasa de resangrado baja de 3%, revelándose al examen cómo una mácula plana que puede ser negra, roja ó café.

La implicación de los estigmas menores es que los pacientes pueden ser manejados en forma diferente, en relación a pacientes con sangrado severo, y con estigmas mayores de hemorragia. Estudios randomizados indican que los pacientes con base ulcerosa limpia generalmente no requieren intervención ó cirugía por resangrado. Los pacientes con una úlcera de aspecto gris, sólo el 8% de ellos presentaron resangrado severo, requiriendo el 5% cirugía. Los pacientes que presentaban un coágulo adherente a la úlcera, el 15% presentó

sangrado clínicamente significativo, requiriendo cirugía el 5% de ellos. Estos hallazgos pueden guiar el manejo de los enfermos que presentan hemorragia por úlcera péptica. Los pacientes que no requieren manejo hospitalario en unidades de cuidado intensivo, sin estigmas, ó con estigmas menores, se les puede brindar manejo conservador hasta en el 95% ó más de ellos, y no son candidatos a terapéutica endoscópica, aplicándose sólo en caso de resangrado clínicamente significativo presente.

El coágulo adherente.-Cuándo este ocurre cómo un indicador de hemorragia reciente, se presenta adherido al cráter ulceroso, y es resistente al lavado con cáteter, teniendo una frecuencia de resangrado variable, relacionado a los hallazgos bajo el coágulo: úlcera limpia, máculas, ó vaso visible. En estudios prospectivos en enfermos con edad media de 60 años, y con problemas médicos quirúrgicos concomitantes, la tasa de resangrado con manejo médico estuvo en 33%, revelándose la causa como un vaso visible en el segundo examen endoscópico. En otro estudio en pacientes con edad media de 45 años, y sin patología asociada, la tasa de resangrado fué de 15%.

Las conclusiones obtenidas de estos estudios, sugieren que los enfermos mayores de 60 años, con problemas médico quirúrgicos relacionados, se manejen médicamente, con observación estrecha y ayuno de por lo menos 48 horas. Los pacientes más jóvenes, ó aquellos cuya causa de sangrado fué la ingestión de AINES, sin enfermedades subyacentes, son candidatos a egreso temprano y observación.

3.-ESTIGMAS MAYORES.

Los vasos visibles no sangrantes, así cómo el sangrado activo, son considerados estigmas mayores de hemorragia por úlcera péptica, sin embargo, arbitrariamente se han dividido en dos subgrupos: aquellos que presentan escurrimiento ó rezuman, y aquellos con vaso visible no sangrante. Aunque hay pocos

ESTIGMAS DE HEMORRAGIA

APARIENCIA ENDOSCOPICA	%	RS
ULCERA EN BASE LIMPIA	33	3
U. GRIS, PLANA, MANCHAS	14	7
COAGULO NO SANGRANTE	15	33
VASO VISIBLE N/SANGRANTE	22	50
SANGRADO ACTIVO	16	88

estudios respecto al escurrimiento no asociado con vaso visible ó coágulo adherente, se ha visto que el rezumamiento generalmente es de zonas de granulación, y/ó inflamación, pudiéndose inducir el sangrado con el lavado continuo a través de cãteter en estas zonas. Las tasas de resangrado con manejo médico son menores al 10%, y no se recomienda el tratamiento inicial en estos casos.

El sangrado asociado a vaso visible tiene altas tasas de hemorragia continua, siendo de 85%, comparado a los casos que se presentan con coágulo adherente, en que es de 14%, y en otros estigmas de hemorragia reciente 11%.

Los estudios controlados de Chung y Leung, es un ejemplo de la dificultad de interpretar estos datos. Su grupo incluyó 72% de pacientes con rezumamiento, y 28% con sangrado arterial pulsátil activo. La tasa total de hemostasis con inyección y manejo médico fué de 60%, siendo definitiva en 71% de los pacientes con escurrimiento, y en 30% de los que presentaron sangrado activo, requiriendo cirugía 29% de los pacientes con escurrimiento, y 70% de los que presentaron sangrado activo.

La conclusión de los estudios mencionados es que el hallazgo de escurrimiento observado en la endoscopia inicial, en ausencia de vaso visible es una indicación cuestionable para hemostasia endoscópica ó cirugía. La terapia endoscópica debe ser considerada sólo si no hay formación de coágulo sobre la zona que rezuma, después de algunos minutos sin irrigación de la zona; el resumamiento desde una base ulcerosa limpia, no es indicación de terapéutica endoscópica en el examen inicial.

Vaso Visible No Sangrante.-Este se presenta como una elevación ó montículo, en la base de un crãter ulceroso. Uno ó más pueden estar presentes en una sólo úlcera, particularmente en las úlceras gigantes con hemorragia reciente y severa.

Histopatológicamente el vaso visible no sangrante representa un coágulo organizado sobre una arteria por debajo de la superficie ulcerosa, (coágulo centinela).

Estudios previos lo refieren cómo un predictor confiable, asociado a la severidad clínica del sangrado, sin embargo, no hay acuerdo respecto a la terminología, así como los criterios endoscópicos, variando los reportes de las tasas de resangrado desde las bajas: 0 a 13%, hasta las muy altas: 71 a 81%. Sangrado activo.-En pacientes con hemorragia clínicamente severa, el sangrado desde un vaso arterial visto endoscópicamente, se asocia con tasas de sangrado continuo ó resangrado de 88 a 100%.

No es un hallazgo endoscópico frecuente, ocurriendo aproximadamente en el 16% de los casos, pero es un predictor confiable de resangrado, a pesar de cualquier tipo de manejo médico. En el pasado la cirugía de emergencia fué necesaria en la mayoría de estos pacientes, sin embargo, endoscopistas experimentados pueden identificar y controlar la hemorragia en más del 90% de los casos, con la aplicación de terapéutica endoscópica en sus diversas modalidades.

Modificadores de Resangrado.-Diversos factores pueden modificar las tasas de resangrado. La prevalencia en la ingestión de aspirina, ó AINES, es uno de los más importantes para el pronóstico de resangrado en estigmas endoscópicos de hemorragia reciente por úlcera péptica, sin embargo suspendiendo el fármaco, la actividad cualitativa plaquetaria se normaliza, respondiendo bien al manejo médico ó endoscópico. Otros factores tienen un pronóstico más pobre con tasas de resangrado más altas.

SOCIEDAD AMERICANA DE ENDOSCOPIA GASTROINTESTINAL.

**MODIFICADORES
DE
RESANGRADO.**

FACTORES NO ENDOSCOPICOS QUE PUEDEN MODIFICAR LA TASA DE RESANGRADO Y NECESIDAD DE CIRUGIA
SANGRADO ULCEROSO CLINICAMENTE SILENCIOSO.
HEMORRALIA POSTERIOR A INTERNAMIENTO POR PROBLEMAS MEDICOS O QUIRURGICOS.
HEMATEMESIS, CHOQUE, + 5 UNIDADES DE TRASFUSION, RESANGRADO TEMPRANO.
COAGULOPATIA.
CATABOLIA, DESNUTRICION.
TAMANO Y CAUSA DEL SANGRADO ARTERIAL.
PATOLOGIA SUBYACENTE GRAVE.

1991 NATIONAL A.S.G.E. POSTGRADUATE COURSE.

E) ENDOSCOPIA TERAPEUTICA Y ULCERAS SANGRANTES.

HISTORIA.

Previamente a la era de la endoscopia con fibra óptica había pocos endoscopistas con experiencia en el uso de aparatos rígidos ó semiflexibles, que diagnosticaran pacientes con hemorragia de tubo digestivo proximal. Palmer fué uno de los más destacados en este sentido, aún realizando este tipo de diagnósticos en situaciones de emergencia.

Hacia 1980, las técnicas de terapéutica endoscópica para tratar lesiones hemorrágicas fueron desarrolladas rápidamente. Esto ocurrió dentro de un consenso en que el diagnóstico endoscópico fue considerado el método más sensitivo y específico para determinar las lesiones y su ubicación, cómo causantes de hemorragia proximal, así cómo para confirmar ó excluir lesiones sospechadas clínicamente, y evaluar lesiones hemorrágicas y no hemorrágicas. Los resultados de estudios prospectivos, aunados a la experiencia clínica de endoscopistas que realizaban procedimientos de emergencia en pacientes con hemorragia proximal, llevó al reconocimiento de confiar sólo en la historia clínica ó en el examen físico.

Realizar endoscopia diagnóstica dentro de las doce primeras horas de inicio del evento hemorrágico da gran oportunidad de identificar la causa del mismo, precisión diagnóstica que disminuye si ésta se realiza 24, 48, ó más horas posterior a la presentación de la hemorragia. Esto debido a la rápida curación de muchas de éstas lesiones si son superficiales; la endoscopia retardada puede atribuir falsamente como origen de la lesión a una lesión estática y no sangrante.

Con la experiencia acumulada, muchos cirujanos se resistieron a intervenir pacientes con sangrado hasta no haber sido éste confirmado, y ubicado con precisión por un estudio endoscópico de urgencia.

El desarrollo tecnológico, cuidado médico, y soporte de pacientes con patologías graves ha avanzado rápidamente, sin embargo, a pesar de esto se ha advertido que las tasas de mortalidad asociadas con hemorragia no se han reducido en forma importante siendo en general de 5 a 12%, y para enfermedad péptica sangrante no han cambiado en varias décadas. Las tasas de mortalidad para algunos grupos de edad se han obscurecido por el hecho de que aquellos pacientes mayores de 60 años, y que tienen una tasa más alta de mortalidad, se han incrementado en una proporción de 30 a 50% en los últimos 40 años, lo cual lleva al hecho aparente actual de que hay más fallecimientos en pacientes viejos que en jóvenes.

Desde 1980 han aparecido importantes avances entre los que se incluyen la identificación de pacientes de alto riesgo para continuar sangrando ó resangrar, nuevos avances tecnológicos en el diseño de instrumentos, así cómo modificaciones terapéuticas para aplicarlas en estos pacientes. Los nuevos conocimientos en la fisiopatología de las úlceras hemorrágicas, y el desarrollo de estudios confiables y al azar, han comparado la terapéutica endoscópica con la médica, así cómo las diversas modalidades de terapéutica endoscópica entre sí. Lo anterior ha llevado a establecer los siguientes hechos: las hemorragias por úlcera se presentan en un punto que erosiona una arteria en la base de la úlcera, éste punto puede ser endoscópicamente identificado cómo un vaso visible sangrante, protruyente, ó un coágulo centinela en la base de la úlcera. La determinación del tamaño de la arteria erosionada con diámetro medio de 0.6mms, en un rango de 0.3 a 1.8mms, así cómo la localización en la submucosa en aproximadamente el 60% de los casos, y subserosa en 40% restante ha sido en extremo importante.

La efectividad de la terapéutica endoscópica ha demostrado que se pueden coagular vasos de hasta 2 mms de diámetro.

Se ha demostrado que las úlceras localizadas cerca de grandes arterias cursan con sangrados más agresivos. Aquellas úlceras localizadas en la pared posterior del duodeno y en la parte alta de la curvatura menor responden menos a la terapéutica endoscópica.

De 1980 a 1988 se han publicado 23 estudios comparando 25 técnicas hemostáticas endoscópicas contra tratamiento médico, habiéndose demostrado importantes beneficios en la reducción de la hemorragia, tasas de resangrado, y frecuencia de intervenciones quirúrgicas de urgencia.

Diversos estudios han mostrado mejoría en la sobrevida, pero se requieren estudios más amplios para demostrar ésto último.

Se han informado de complicaciones asociadas a la terapéutica endoscópica en las siguientes proporciones: sangrado temporal inducido por la hemostasis endoscópica en 2.3%, controlable en la mayoría de los casos, requiriendo intervención quirúrgica sólo el 0.6%. En el 0.3% se presentó perforación causada aparentemente por la técnica hemostática.

No se presentaron muertes secundarias a la terapéutica endoscópica, y la tasa de complicaciones total que requirió cirugía fué del 0.9%.

F) HEMORRAGIA GASTRODUODENAL DE ETIOLOGIA NO VARICEAL.

Hay un cambio gradual en el enfoque de los pacientes con hemorragia gastrointestinal masiva, el enfoque terapéutico comprende resucitación agresiva, diagnóstico y tratamiento endoscópico preciso, así como tratamiento de las condiciones médicas asociadas. El criterio para la intervención quirúrgica se ha visto afectado por la disponibilidad del diagnóstico endoscópico, es poco común intervenir a un paciente sin información acerca de la fuente del sangrado. La resección gástrica es poco frecuente que sea requerida como tratamiento primario, y el número de operaciones de urgencia se ha reducido, debido parcialmente a la terapia hemostática endoscópica para detener la hemorragia. Características del paciente como edad, medio socioeconómico, y patologías subyacentes también influyen en forma importante en el tipo y severidad de la hemorragia.

El protocolo diagnóstico preciso refleja los progresos hechos en las últimas dos décadas. Durante este período muchas veces fué necesario intervenir a un paciente sin un diagnóstico etiológico preciso. El diagnóstico endoscópico así como la terapéutica en esta modalidad juegan ahora un papel importante en el manejo de estos pacientes.

La incidencia precisa de hemorragia del tubo digestivo proximal es difícil de determinar y ha variado de acuerdo a las diferentes poblaciones que han sido estudiadas.

El desarrollo de instrumentos endoscópicos diagnósticos tuvo que esperar la tecnología que permitiera iluminar el tracto gastrointestinal superior.

Hening, Berry, Schindler, se pueden mencionar como pioneros en el campo de la endoscopia. Schindler después de años de usar endoscopios rígidos fué un líder en el desarrollo de gastroscopios semiflexibles.

La gastrocámara desarrollada en Japón en los años de 1940, fué el siguiente

MORTALIDAD, REQUERIMIENTOS TRASFUSIONALES E INTERVENCION QUIRURGICA ASOCIADA
A ENFERMEDAD ULCEROSA.

DIAGNOSTICO.	No. PACIENTES.	% MORTALIDAD	TRASFUSION +5 U.	% CIRUGIA
ULCERA DUODENAL.	541	7	30	23
ULCERA GASTRICA.	474	8	26	17
ULCERA DEL ESTOMA.	41	10	22	17

paso en el desarrollo de instrumentos de alta calidad. Los modernos endoscopios de visión frontal permitieron información adicional del esófago y duodeno, con la posibilidad adicional de tomar biopsias y empleo de terapéutica endoscópica.

Los modernos instrumentos son ejemplo de tecnología aplicada, y han brindado ayuda para precisar las causas de hemorragia proximal, permitiendo valorar otras condiciones que afectan el tracto gastrointestinal superior.

MODALIDADES DE TERAPEUTICA HEMOSTATICA ENDOSCOPICA.

La mayoría de los pacientes con hemorragia tienen una evolución satisfactoria con cese espontáneo de la hemorragia. Es necesario identificar el subgrupo de pacientes con pobre pronóstico, considerando la hemostasia por vía endoscópica en ellos. Los que cursan con inestabilidad hemodinámica, multitransfundidos, con hematócrito decreciente, evidencia endoscópica de sangrado activo ó vaso visible no sangrante en un cráter ulceroso deben recibir tratamiento endoscópico.

PREDICTORES DE RESANGRADO.

La magnitud de la pérdida sanguínea antes de la evaluación inicial se consideró un predictor mayor siendo indicadores de ésta la inestabilidad hemodinámica, hematemesis de material francamente sanguinolento, presencia de me- lena, y un número aumentado de transfusiones.

La coagulopatía, y la presentación del sangrado en forma súbita en pacientes hospitalizados fueron considerados predictores de sangrado recurrente.

El predictor endoscópico más importante fué el sangrado activo en forma de escurrimiento, la presencia de vaso visible ó coágulo centinela.

EFFECTIVIDAD DE LA TERAPEUTICA ENDOSCOPICA.

Los niveles de eficacia son variables, la electrocoagulación bipolar y multipolar son las técnicas más promisorias para úlceras sangrantes, junto a la

terapia de inyección. No se recomienda terapia tópica, láser de argón, coagulación monopolar ó electrocoagulación hidrotérmica.

La tasa de complicaciones es baja, y el riesgo de precipitar sangrado con la terapéutica es de 20%, aunque se puede manejar también con terapéutica endoscópica, ocasionalmente algún paciente puede requerir cirugía de urgencia.

CANDIDATOS A TERAPEUTICA ENDOSCOPICA.

Sólo pacientes con alto riesgo de hemorragia persistente ó recurrencia deben ser tratados, aquellos con inestabilidad hemodinámica, requerimientos aumentados de transfusiones, hematemesis, melena, más de 60 años, enfermedades mayores asociadas, sangrado ó resangrado durante hospitalización.

Sangrado activo y protuberancias pigmentadas vistas durante el examen endoscópico son indicativas de tratamiento, las úlceras con base limpia, ó coágulos pigmentados planos no deben ser tratadas, los coágulos adherentes no deben ser removidos.

MÉTODOS TÉRMICOS DE TRATAMIENTO.

LASER.-Dado que se requiere experiencia técnica, y existe riesgo de perforación debido al daño tisular transmural, no se recomienda como terapia de elección. La electrocoagulación monopolar también causa daño tisular similar por lo que ha sido reemplazada por otras modalidades.

La electrocoagulación bipolar y multipolar presentan algunas ventajas teóricas: coagula vasos menores de 2mm, causa menos daño tisular y se ha demostrado que disminuye el sangrado posterior, acortando la estancia hospitalaria disminuyendo la cirugía de urgencia, poseyendo además la ventaja de ser de bajo costo.

TERAPIA POR INYECCION.

Se ha usado epinefrina, alcohol absoluto, polidocanol, tetradecyl, ureaquina, y otros muchos más.

El etanol y los agentes esclerosantes causan más daño tisular. No está suficientemente definido si la combinación de los agentes, ó el uso de uno de ellos es aisladamente superior.

MANEJO QUIRURGICO.

El paciente con sangrado tiene alto riesgo y morbilidad asociadas y los pacientes con sangrado recurrente pueden sobrepassar el riesgo de un acto quirúrgico. El Cirujano es la única persona que puede valorar los riesgos relativos de una intervención en el contexto de morbilidad asociada a las condiciones del paciente. El buen manejo en pacientes que sangran a pesar de tratamiento previo incluirá cirugía, de acuerdo a los principios tradicionales de tratamiento quirúrgico.

CIRUGIA PARA ULCERA DUODENAL HEMORRAGICA.

No hay duda que la ligación del punto sangrante es el paso crítico en el control de la hemorragia. La vagotomía troncal con piloroplastía es el procedimiento de elección, realizando la vagotomía gástrica proximal cirujanos con experiencia en esta técnica, y existiendo riesgo más grande de recurrencia del sangrado.

La vagotomía troncal y antrectomía se han usado en úlceras mayores de 2 cms, en pacientes jóvenes, sin patología asociada, y no se recomienda en pacientes con falla cardíaca, cirrosis hepática, neoplasias ó presencia de insuficiencia respiratoria.

CIRUGIA PARA ULCERA GASTRICA HEMORRAGICA.

La hemorragia persistente es una indicación quirúrgica en pacientes con úlcera gástrica. Inicialmente se realiza una gastrostomía amplia, evacuando el estómago de coágulos y sangre residual, una vez identificada la lesión se realiza la hemostasia con puntos separados de material inabsorbible, se toman biopsias en los sitios más representativos, y de ser posible se hace el

tratamiento definitivo, que puede consistir en resección en cuña, gastrectomía parcial incluyendo la lesión, y en caso de úlceras prepilóricas ó coexistencia con úlcera duodenal, vagotomía troncular asociada a antrectomía, ó a un procedimiento derivativo.

CIRUGIA EN LESIONES AGUDAS DE LA MUCOSA GASTRICA.

Este grupo de lesiones es un problema frecuentemente asociado a enfermedades graves, lesiones físicas, térmicas, sepsis ó choque.

Los pacientes generalmente se encuentran en estado crítico. La hemorragia que persiste ó se repite y que requiere más de 6 unidades de sangre es indicación de cirugía. Casi todas las erosiones se presentan en el fondo gástrico, y por ello se hace una gastrotomía anterior amplia en esta área, se limpia la luz gástrica de sangre y se inspecciona la superficie de la mucosa para localizar los puntos hemorrágicos en las lesiones profundas. Se realiza hemostasia de los puntos sangrantes con material inabsorbible, terminando la operación con cierre de la gastrotomía anterior, y efectuando una vagotomía troncal y piloroplastía.

Algunos cirujanos prefieren la gastrectomía parcial liberal con vagotomía; la gastrectomía total ó casi total tiene partidarios debido a la preocupación por la recidiva del sangrado, aunque se acompaña de morbilidad y mortalidad más elevadas, especialmente en pacientes sépticos.

G) HEMORRAGIA DE TUBO DIGESTIVO PROXIMAL POR VARICES ESOFAGICAS.

ANATOMIA.

Los estudios de Hashizume han tenido aplicaciones prácticas en este campo. Várices pequeñas se forman del plexo venoso superficial, mientras que las grandes se derivan del plexo venoso intrínseco. Venas perforantes del plexo venoso profundo pasan al plexo adventicio, y no pueden ser obliteradas por la escleroterapia endoscópica, pudiendo ser ésta causa de formación de várices recurrentes.

El flujo turbulento en las venas perforantes en el tercio distal del esófago explica por qué la ruptura variceal es frecuente en esta zona. Asimismo los llamados puntos rubí vistos durante el examen endoscópico son considerados predictores de hemorragia, correlacionando su presencia y extensión con el tamaño de las várices.

Las várices gástricas son formadas por las venas gástricas cortas que drenan en las venas intrínsecas profundas, por lo tanto cuándo las várices profundas son obliteradas, las del estómago se incrementan, causando gastropatía portal hipertensiva.

PREDICCIÓN DE LA HEMORRAGIA.

Existe una fuerte correlación entre el tamaño de las várices y la probabilidad de sangrado, siendo la ruptura poco común si la presión venosa está por debajo de 12 mm Hg.

El más importante predictor de hemorragia es el grado de falla hepática en la escala de Child Pugh. Esto correlaciona con la presencia de estigmas de sangrado, tamaño variceal, respuesta al tratamiento, sobrevida después del evento hemorrágico, frecuencia de hemorragia recurrente, efecto de fármacos en control de la hemorragia y resultados quirúrgicos.

PREVENCIÓN DE LA HEMORRAGIA.

La mejoría en la función del hígado enfermo, y evitar el uso de fármacos precipitantes como aspirina y AINES previenen la primera hemorragia de causa variceal.

En infantes con obstrucción venosa portal extrahepática las infecciones del tracto respiratorio superior deben ser tratadas vigorosamente.

En los pacientes cirróticos el 65% pueden no sangrar durante dos años posteriores al diagnóstico, pero el 50% puede fallecer durante su primera hemorragia. Actualmente y de acuerdo a estudios previos en Europa, Alemania, Munich y Estados Unidos no hay lugar para la escleroterapia profiláctica de várices esofágicas. Una rara excepción pudieran ser los cirróticos Child B con várices muy grandes con coágulos rojos que no tienen acceso a atención hospitalaria. El pronóstico del primer episodio de sangrado depende del grado en la Clasificación de Child del paciente. Datos adversos incluyen hemorragia abundante, ascitis, BUN por arriba de 35 mg/dl.

El 33% de los pacientes pueden morir durante el primer episodio de sangrado, 30% de ellos durante la primera semana, pudiendo presentarse hemorragia recurrente en un porcentaje de 64% durante el primer año.

EPISODIO AGUDO DE HEMORRAGIA.

La rutina para resucitación es el tratamiento inicial en el paciente con hemorragia. Algunas drogas se han usado tratando de detener el sangrado, siendo una de ellas la vasopresina, en un intento de reducir la presión venosa portal, agregando al régimen nitroglicerina, poderoso dilatador venoso y arterial, se reducen los requerimientos trasfusionales, tamponamiento esofágico, así como cirugía, pero la incidencia de efectos colaterales y mortalidad hospitalaria permanece igual. La somatostatina y sus análogos se han usado tratando de evitar los efectos adversos de la vasopresina, sin embargo no

hay un acuerdo en el beneficio probable de la misma.

La escleroterapia de emergencia es el estándar de oro para tratar la hemorragia aguda, informándose controles del sangrado en 85 a 95% de los pacientes, aunque probablemente no tenga efecto en la sobrevida. La cirugía de emergencia está indicada cuándo los métodos mencionados han fallado.

El shunt porto cava término lateral tan pronto cómo es posible posterior al episodio de sangrado virtualmente elimina la hemorragia recurrente. La mortalidad operatoria para pacientes en Child C es de 50%, y para todos los pacientes de 20%. Desafortunadamente sólo la quinta parte de ellos sobreviven en el período de cinco años posterior a la intervención.

La tasa de encefalopatía en cirrosis media y moderada es de 31%. La transección esofágica es una opción excelente para controlar la hemorragia pero es sólo temporal, ya que aparecen nuevamente várices a los 6 meses.

HEMORRAGIA RECURRENTE.

A un año 28% de pacientes en Child A, 48% en Child B, y 68% en Child C, pueden resangrar por várices esofágicas. Existen tres alternativas de tratamiento en el intento de reducir la incidencia de este problema: escleroterapia, fármacos y cirugía.

ESCLEROTERAPIA.

Esta reduce la rapidez y frecuencia de resangrado y disminuye la necesidad de transfusión. Los resultados en la sobrevida han variado en diferentes series. El procedimiento, sin embargo, ha sido sobreusado. En 30 a 40% de los pacientes, las várices recurren al año, necesitando inyecciones subsecuentes, esta repetición del procedimiento resulta en un esófago fibrótico, en el que las várices son obliteradas, pero que se acompaña de várices gástricas.

FARMACOS.

El propranolol reduce la presión venosa portal por vasoconstricción esplác-

nica y reducción del flujo en las colaterales portales. Sin embargo, 20 a 30% de los pacientes no muestran disminución en la presión portal. Los resultados de estudios han sido controversiales, con respuestas favorables y desfavorables en igual número. Un estudio en Glasgow, informa de reducción en los casos de sangrado tardío, pero no en el sangrado temprano, así como efecto significativo en la sobrevida. El propranolol tiene pocos efectos colaterales entre los que se incluye incremento del sangrado al suspender la droga, dificultad en controlar sangrados adicionales en pacientes que usan beta bloqueadores, y raramente encefalopatía.

PROCEDIMIENTOS QUIRURGICOS.

El shunt selectivo esplenorenal desarrollado por Warren para mantener el flujo portal y el riego a los hepatocitos fué particularmente importante. El creía que sólo se debía emplear cuando la escleroterapia había fallado. El grupo de Atlanta reportó mortalidad operatoria de 9%, y tasas de encefalopatía postoperatoria considerablemente más bajas que las logradas con shunt mesocaval (no selectivas). Sin embargo, resultados de un estudio en cinco centros no han podido demostrar éstos resultados. La mortalidad a los 30 días fué similar en los dos grupos: 13% en procedimientos no selectivos, contra 9% en los selectivos. La gran sorpresa fué la tasa de encefalopatía postquirúrgica, la cuál fué en los procedimientos no selectivos de 45%, contra 51% para el shunt esplenorenal distal.

Los shunts selectivos han dado buenos resultados en pacientes cirróticos no alcohólicos, pacientes con várices gástricas, ó várices sangrantes causadas por esquistosomiasis.

El trasplante de hígado es sin duda el mejor manejo para pacientes con Child B ó C con várices sangrantes que no han respondido a escleroterapia. Sin embargo, consideraciones económicas, así como resistencia a tratar de ésta

manera a cirróticos alcoholicos ó pacientes con hepatitis B, indica que deben ser tratados con terapéutica diferente. Otro hecho a considerar es disponibilidad de donadores, la cuál es un factor que limita el trasplante de hígado.

VARICES GASTRICAS.

Los pacientes con evidencia definitiva de várices gástricas sangrantes necesitan ser tratados de acuerdo al tipo de várices, y a la experiencia médica disponible. A menudo no es posible determinar si un paciente sangra de várices esofágicas ó gástricas, recomendándose iniciar escleroterapia de las várices esofágicas en tal situación. Estudios anatómicos y con Doppler han mostrado que el flujo venoso en el tercio distal del esófago es bidireccional. El esclerosante inyectado en el lado esofágico ó gástrico puede fluir de un lado hacia otro y producir esclerosis.

En pacientes con várices esofagogástricas, las várices gástricas no deben ser esclerosadas antes de la obliteración de las várices esofágicas.

Para várices fúndicas sangrantes, la esplenectomía con ligadura de las várices es generalmente suficiente. Para reducir la pérdida sanguínea perioperatoria la ligadura de la arteria esplénica es recomendable antes de mover el bazo, ya que existen importantes colaterales en los ligamentos. Para várices esofagogástricas sangrantes, escleroterapia, ligadura con desvascularización, ó shunt portocaval pueden ser opciones de manejo.

II.- CARACTERISTICAS EPIDEMIOLOGICAS DE UNA MUESTRA DE 45 PACIENTES CON HEMORRAGIA DE TUBO DIGESTIVO PROXIMAL CONFIRMADA POR PANENDOSCOPIA EN EL CENTRO MEDICO "LA RAZA", POR UN PERIODO DE 6 MESES.

A) INTRODUCCION.

Uno de los grandes problemas a que se enfrenta el Cirujano General es el manejo de pacientes con sangrado de tubo digestivo alto. Con la introducción de los fibroscopios ópticos a principios de los 70s, se introdujo una nueva modalidad diagnóstica, con un diagnóstico preciso del sitio de sangrado, agregándose posteriormente diversas formas de terapéutica endoscópica, las cuáles evolucionan constantemente. Sin embargo, las tasas de mortalidad no han mejorado perceptiblemente, las opciones de tratamiento no son de una efectividad total, y la cantidad de opciones refleja que ninguna de ellas es completamente eficaz, combinándose diversos tipos de tratamiento: médico, endoscópico, y quirúrgico.

En base a lo anterior se investigó una muestra de 45 pacientes con hemorragia alta referidos al servicio de Endoscopia, para tratar de investigar el problema en pacientes de nuestro medio, con recursos técnicos y humanos de nuestro nivel.

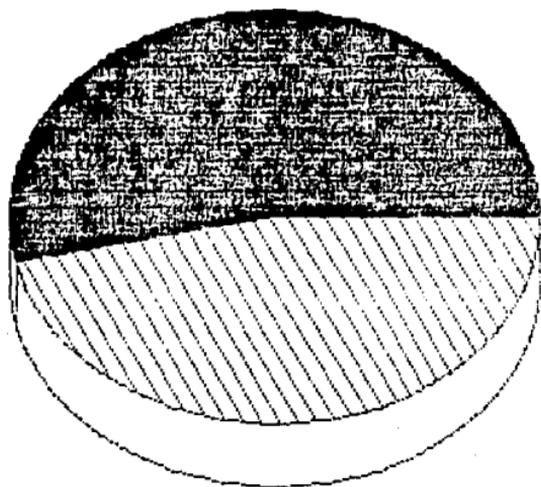
Señalamos a continuación la forma de investigación, los rubros de interés pertinentes al estudio, y las características epidemiológicas de la muestra.

B) MATERIAL Y METODOS.

Durante el período comprendido de marzo de 1991 a septiembre del mismo año se hizo una revisión retrospectiva de los expedientes de aquellos pacientes a los que se realizó endoscopia alta por el diagnóstico de hemorragia de tubo digestivo proximal. Se diseñó una hoja de recolección de datos en la cuál se recolectaron las características de los pacientes en relación a los siguientes puntos: edad y sexo de los pacientes, motivo de ingreso hospitalario, patologías

SEXO . H.T.D.P. Dx ENDOSCOPICO

24 MASCULINO.



21 FEMENINO.

SEXO

asociadas, antecedentes precipitantes del evento hemorrágico, cuadro clínico de presentación, manejo médico, endoscópico, quirúrgico. Se recolectaron así mismo datos en relación al examen endoscópico como fueron: motivo de la hemorragia, actividad de la misma, y presencia de estigmas de hemorragia reciente. La respuesta a las diversas opciones de tratamiento fué evaluada, así como la morbilidad y causas de muerte.

C) RESULTADOS.

Es pertinente hacer la aclaración que los datos obtenidos de esta muestra de pacientes es sólo parcial, por el tamaño reducido del grupo seleccionado, y que los resultados y conclusiones de este estudio sólo son aplicables a este universo de trabajo y de ninguna manera se pueden extrapolar a poblaciones ó grupos de pacientes más grandes.

1.-EDAD Y SEXO.

La muestra incluyó un total de 45 pacientes, 24 de sexo masculino y 21 del sexo femenino, con un rango de edad de 20 a 81 años, y un promedio de edad de 54 años.

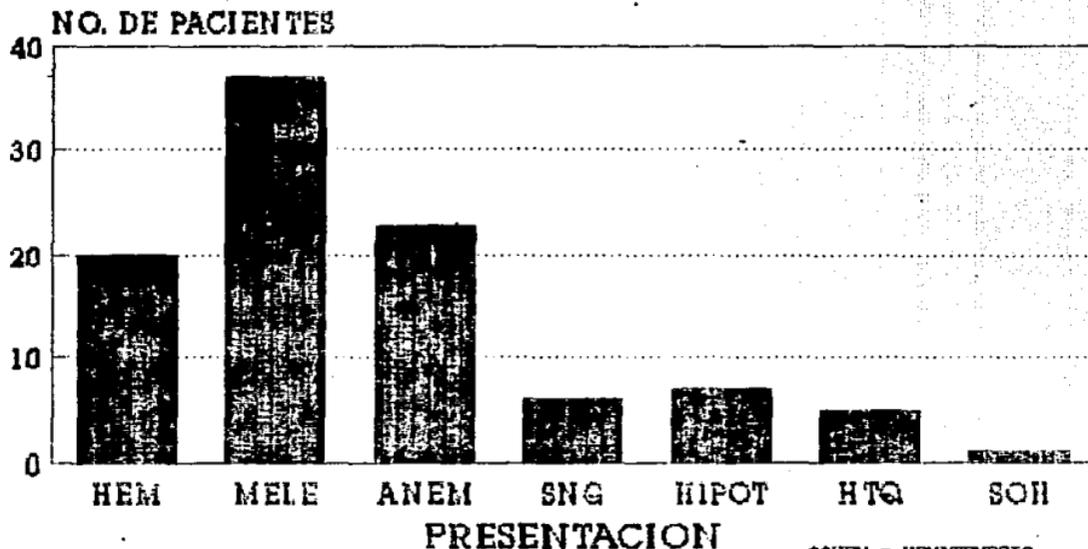
2.-FORMA DE PRESENTACION DE LA HEMORRAGIA.

El cuadro clínico de los pacientes se basó en la presencia de signos presentes los cuáles se presentaron asociados en diversas proporciones, ó en forma aislada.

La gran mayoría de los pacientes tuvo uno ó dos signos de sangrado presentes, para un porcentaje total de 62%, y 14 pacientes en cada una de éstas categorías; 10 pacientes tuvieron tres signos presentes para un porcentaje de 22%, 8 pacientes tuvieron cuatro signos presentes: 13%, y sólo uno presentó cinco signos asociados: 2%.

La melena fué el signo predominante de presentación, ocurriendo en 37 pacientes: 82%, seguido en frecuencia por anemia, presente en 23 pacientes a su

H.T.D.P. CUADRO CLINICO

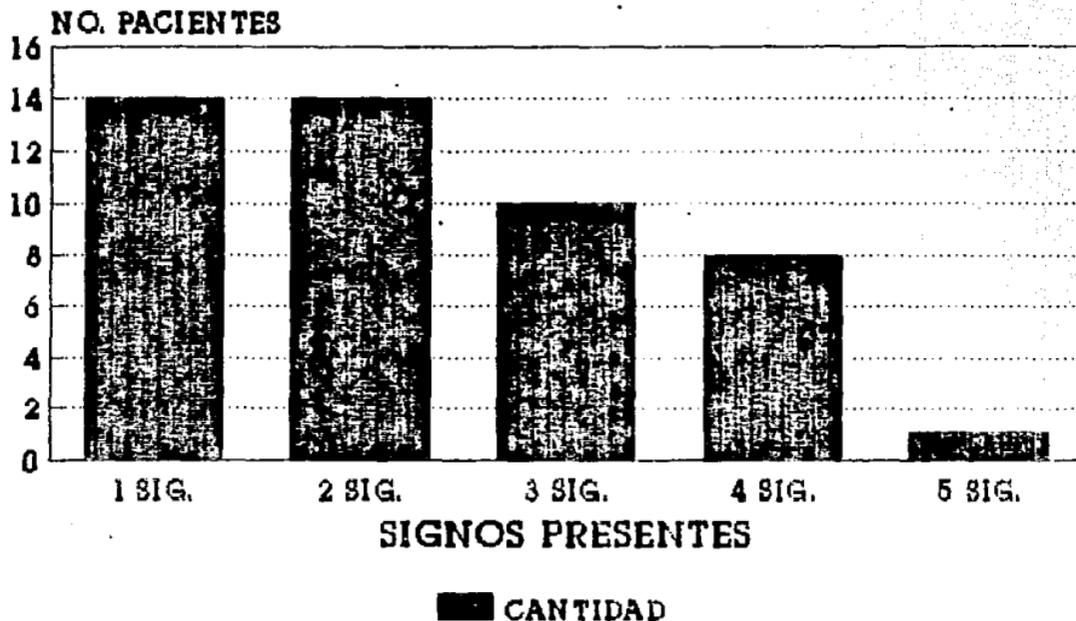


■ SIGNOS I

**HEM = HEMATEMESIS
MELE = MELENA
ANEM = ANEMIA
SNG = ASPIRADO + X S.N.G.
HIPOT = HIPOTENSION
HTQ = HEMATOQUECIA
SOH = SANGRE OCULTA EN
HECES

H.T.D.P.

NO. DE SIGNOS PRESENTES



ingreso: 51%; en tercer lugar estuvo la hematemesis que se presentó en veinte pacientes: 44%. Los siguientes signos presentaron una frecuencia menor: aspirado positivo por sonda nasogástrica se presentó en 6 pacientes, hipotensión en 7 pacientes, hamatoquecia en 5 pacientes, y sangre oculta en heces en un sólo paciente.

3.-ANTECEDENTES RELACIONADOS AL EVENTO HEMORRAGICO.

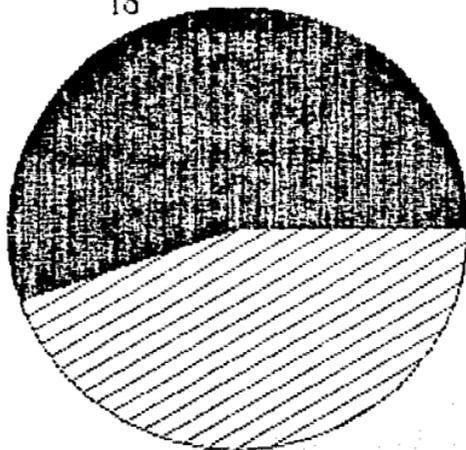
Aquellos factores que se consideraron como factores precipitantes del sangrado fueron la ingestión de alcohol ó medicamentos. Trece pacientes tuvieron ingestión reciente de alcohol previo al evento hemorrágico e ingreso hospitalario para un porcentaje de 29% del total de la muestra. La ingestión de medicamentos se presentó positiva en veinte y cuatro pacientes: 53%, de éstos 24 pacientes, 12 ingirieron un sólo fármaco, 8 pacientes ingirieron dos fármacos en forma simultánea, y 4 pacientes ingirieron tres ó cuatro fármacos. Los medicamentos más comunmente utilizados fueron los siguientes: AINES, furosemida, alfametil dopa, ASA, alopurinol y propranolol, con frecuencias variables de uso, así como un grupo misceláneo de medicamentos usados en menor proporción.

Se presentó alcoholismo crónico en 16 pacientes: 36%, de éstos 8 cursaban con cirrosis hepática, teniendo en este subgrupo la ingesta de alcohol como factor precipitante del evento hemorrágico en 5 de ellos. En los tres pacientes restantes el sangrado se atribuyó a la ingesta de medicamentos en 2 casos, y sólo en un paciente la hemorragia fué directamente atribuida a las secuelas del daño hepático crónico.

En 9 pacientes de la muestra el episodio de sangrado fué causado de acuerdo a lo siguiente: cuatro pacientes eran portadores de enfermedad ácido péptica, tres de ellos cursaban con úlcera duodenal, y uno con úlcera gástrica, dos pacientes presentaron carcinoma pancreático siendo la infiltración duodenal

H.T.D.P. ALCOHOLISMO

CRONICO
16

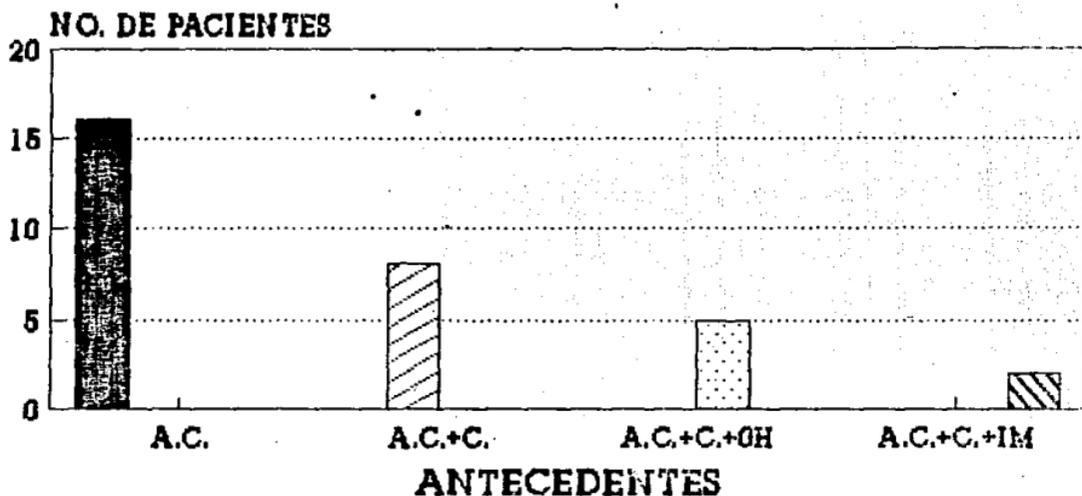


INGEST RECIENT
13

H.E.C.M.R.

H.T.D.P.

ANTECEDENTES EN ALCOHOLISMO



 ALCOHOLISMO CRONICO

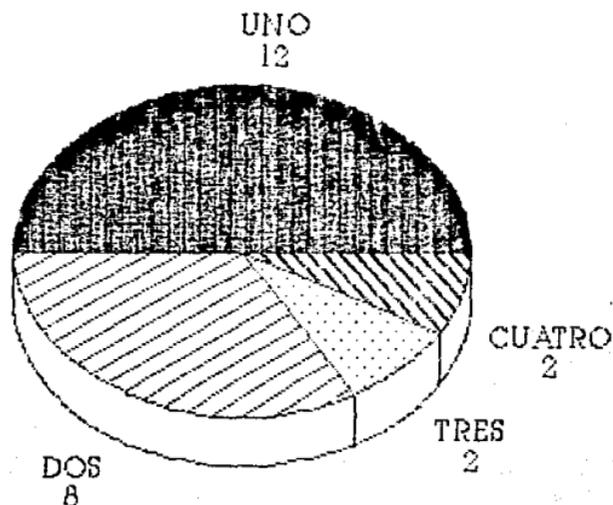
 A.CRON MAS CIRROSIS

 A.C.MAS CIRR MAS OH

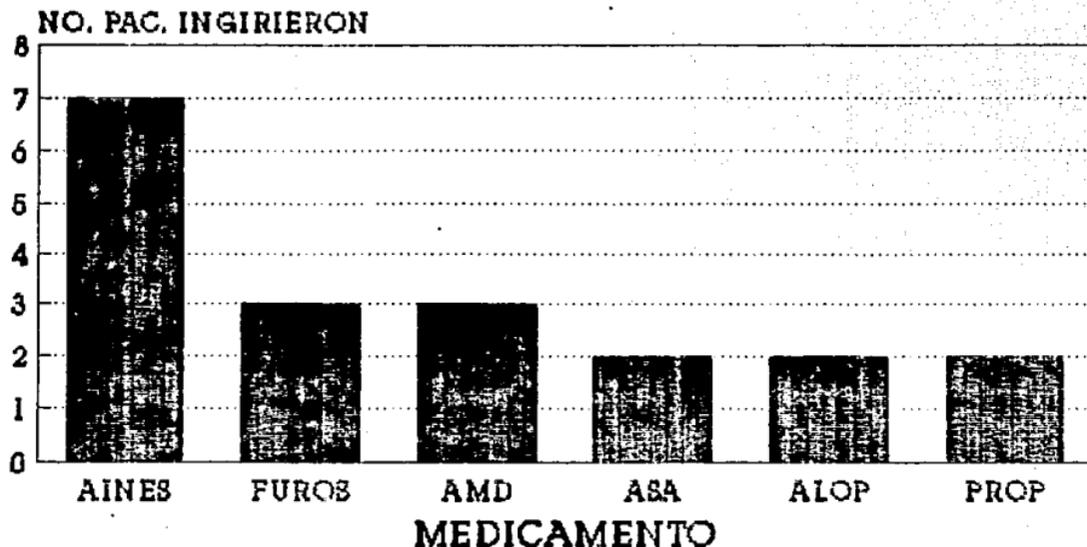
 A.C.MAS CIRR MAS IM

H.T.D.P.

NO. DE MEDICAMENTOS INGERIDOS



H.T.D.P. INGESTA MAS COMUN



■ TIPO

* FUROS = FUROSEMIDE.
AMD = ALFA METIL DOPA
ALOP = ALOPURINOL
PROP = PROPRANOLOL

metastásica la responsable de la hemorragia, un paciente era portador de póli-po gástrico el cuál fué resecao endoscópicamente, presentándose el sangrado posterior a dicha intervención. Otra paciente cursó con hemobilia persistente posterior a cirugía de la vía biliar, y el último de estos pacientes fué un sujeto anticoagulado en forma crónica por ser portador de prótesis valvular, el cuál presentó hemorragia alta posterior a la ingesta de medicamentos.

4.-ENFERMEDADES INTERCURRENTES ASOCIADAS.

La patología más común asociada a hemorragia de tubo digestivo proximal fué la cirrosis hepática siendo portadores de la misma trece pacientes: 29%, siete cursaban con hipertensión arterial: 16%, cifras similares en relación a Diabetes Mellitus; cuatro pacientes eran portadores de nefropatía: 9%, presentándose las siguientes patologías en menor frecuencia: 3 pacientes con artritis reumatoide, infecciones urinarias en tres pacientes, gota, EPOC, y accidentes vasculares cerebrales, dos pacientes en cada una de ellas.

En forma menos común ocurrieron un grupo de 17 padecimientos misceláneos.

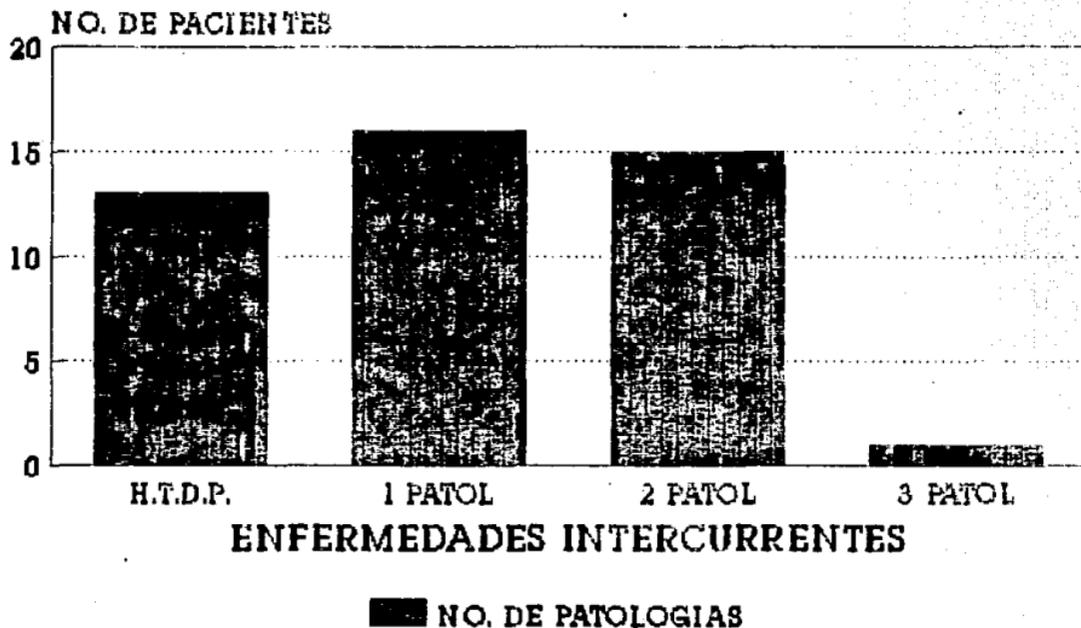
Los padecimientos se presentaron en forma asociada en 32 pacientes; en el 36% sólo se asoció un padecimiento: 16 pacientes, en 33% se presentaron dos patologías asociadas, y sólo en un paciente se asociaron tres padecimientos.

5.-HALLAZGOS ENDOSCOPICOS.

Se presentó una incidencia elevada de pacientes que se presentaron con lesiones agudas de la mucosa gástrica para un número de 23: 51%; esofagitis, úlcera duodenal y várices esofágicas tuvieron un porcentaje en cada una de ellas de 11%: 5 pacientes en cada una de ellas.

Hallazgos endoscópicos menos frecuentes fueron la úlcera gástrica que ocurrió en 2 pacientes, Síndrome de Mallory Weiss en un paciente, várices gástricas también en un paciente, y dos pacientes cursaron con infiltración duodenal por carcinoma pancreático.

H.T.D.P. PATOLOGIAS ASOCIADAS



PATOLOGIAS

PADECIMIENTO	NO	%
H.T.D.P.	32	71
CIRROSIS	13	29
HIPERTENSION	7	15
DIABETES	7	15
NEFROPATIAS	4	9
INFECC. VIAS URINARIAS	3	7
ARTRITIS REUMATOIDE	3	7
CA. DE PANCREAS	2	4
GOTA	2	4
EPOC	2	4
AVC	2	4

ORIGEN DE LA HEMORRAGIA PROXIMAL EN UNA MUESTRA DE 45 PACIENTES CONSECUTIVOS .
 PERIODO DE 6 MESES.

HALLAZGOS ENDOSCOPICOS		
ORIGEN	NO.	%
LESIONES AG.DE MUC GAS	23	51%
ESOFAGITIS	5	11
ULCERA DUODENAL	5	11
VARICES ESOFAGICAS	5	11
ULCERA GASTRICA	2	4
CA METS PANCREAS	2	4
POLIPO GASTRICO	1	2
S. MALLORY WEISS	1	2
VARICES GASTRICAS	1	2

CENTRO MEDICO "LA RAZA".

1991.

6.-ACTIVIDAD DE LA HEMORRAGIA.

Ocho paciente cursaron con sangrado activo confirmado endoscópicamente: 18%, presentándose 15 pacientes con estigmas de hemorragia reciente: 33%.

7.-MANEJO MEDICO Y REQUERIMIENTOS TRASFUSIONALES.

Entre las principales medidas terapéuticas en nuestro grupo se incluyeron las siguientes: soluciones parenterales 93% de la muestra; 42 pacientes; la ranitidina fué el fármaco más comunmente utilizado, el cuál se prescribió en 80% de los pacientes: 36 pacientes, en comparación con la cimetidina que sólo se usó en 2 pacientes; fué necesario administrar plasma en el 22% de los pacientes: 10 enfermos, requiriéndose de crioprecipitados en un sólo paciente. La sonda de balones Sengstake Blackmore se usó sólo en tres casos, y otros fármacos que se utilizaron con menor frecuencia fueron un grupo de 13 medicamentos misceláneos.

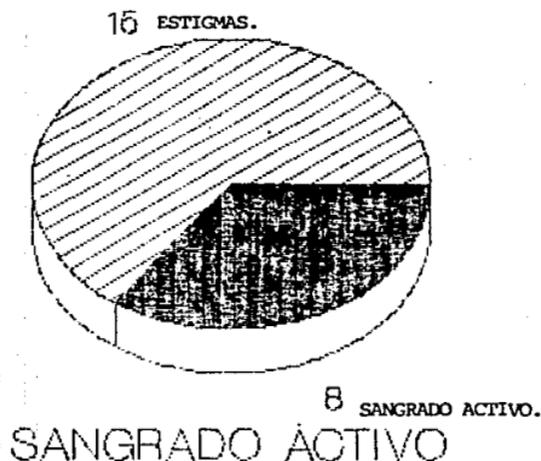
Veinte y cinco pacientes requirieron apoyo trasfusional en forma de concentrado de glóbulos rojos: 56%, usándose en la mayoría de los casos uno ó dos paquetes, en cuatro pacientes se usaron 3 paquetes, cuatro paquetes se transfundieron a 3 pacientes, y sólo en un paciente hubo necesidad de pasarle 5 paquetes.

8.-TERAPEUTICA ENDOSCOPICA.

A un total de siete pacientes se les realizó tratamiento endoscópico por las siguientes patologías: 3 casos de úlcera duodenal, un caso de úlcera gástrica, y un caso de hemorragia posterior a polipectomía endoscópica. En este grupo la modalidad terapéutica fue en forma de adrenalina al 1 por 10000, para un porcentaje de 71% de la terapéutica endoscópica.

Dos pacientes fueron esclerosados, en el primer caso con polidocanol, en hemorragia por várices esofágicas, y en el segundo paciente con alcohol absoluto por ulceración duodenal por carcinoma pancreático metastásico.

ACTIVIDAD DE LA HEMORRAGIA Dx ENDOSCOPICO



H.E.G.M.R.

CARACTERISTICAS DE LOS PACIENTES QUE RECIBIERON TERAPEUTICA ENDOSCOPICA.

Consistieron en un paciente de la tercera década, cuatro pacientes de la quinta, y dos pacientes por arriba de 60 años.

El paciente de 27 años cursaba con un pólipo gástrico, y era portador de Síndrome de Peutz Jeghers, presentándose la hemorragia posterior a polipectomía endoscópica, respondiendo favorablemente con cese del sangrado después de la inyección de adrenalina al 1 por 10000.

Los pacientes de la quinta década, de 45 y 47 años respectivamente, ambos presentaron úlcera duodenal hemorrágica, cesando la hemorragia con la terapéutica endoscópica, y realizándose cirugía electiva posterior en ambos pacientes. El siguiente caso se presentó en paciente femenina de 42 años, portadora de carcinoma pancreático con infiltración duodenal, en la cuál se inyectó alcohol absoluto cesando el sangrado, y no presentando recidiva.

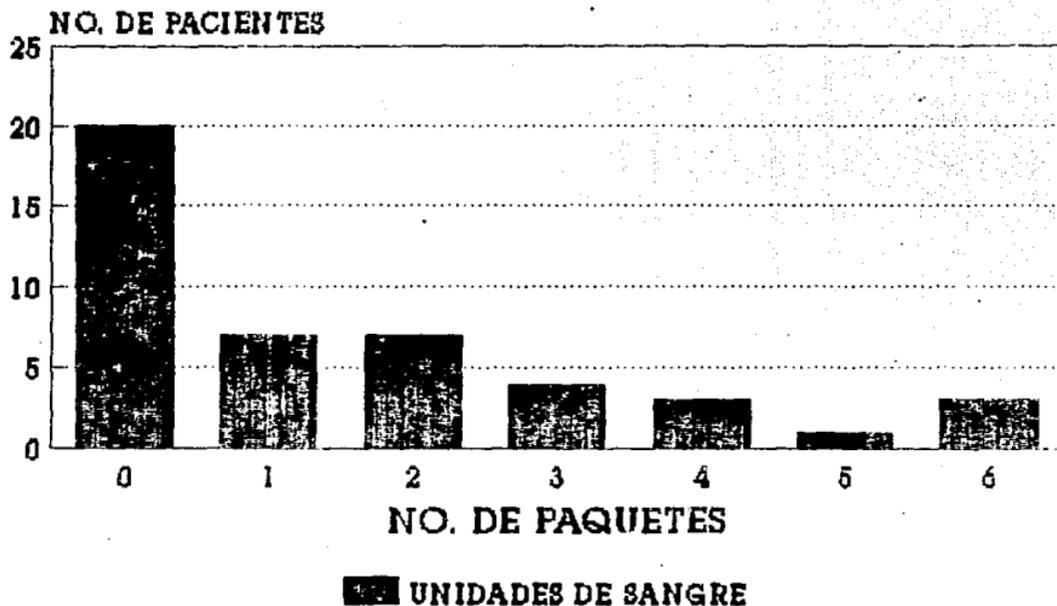
Ocurrió hemorragia por várices esofágicas en paciente femenina de 46 años de edad, el cuál cedió con escleroterapia con polidocanol.

En los pacientes de la séptima década de la vida, de 63 y 69 años respectivamente, y con diagnósticos iniciales de úlcera gástrica y duodenal, no respondieron a la terapéutica endoscópica, y requirieron intervención quirúrgica en forma urgente.

9.-TRATAMIENTO QUIRURGICO.

Se realizó cirugía en cuatro pacientes. En dos de ellos el diagnóstico preoperatorio fué por úlcera duodenal hemorrágica, el cuál fue inicialmente controlado con terapéutica endoscópica, realizándose la intervención posterior a estabilización hemodinámica, consistiendo ambos procedimientos en vagotomía troncular y piloroplastía. En un paciente se agregó a la técnica ligadura de vaso sangrante, la evolución postquirúrgica fué satisfactoria, y sin morbilidad, con egreso hospitalario temprano.

H.T.D.P. TRANSFUSION



H.E.C.M.R.

Un paciente de 69 años de edad, con úlcera gástrica hemorrágica, no respondió a terapéutica endoscópica y fué sometido a cirugía de urgencia, realizándose sólo vagotomía troncular y piloroplastia, así como funduplicatura posterior por hernia hiatal, no explorándose el estómago por medio de gastrotomía. El paciente presentó como complicación postquirúrgica insuficiencia cardiaca congestiva por sobrecarga de líquidos, falleciendo por recidiva de la hemorragia. El otro paciente que no respondió a terapéutica endoscópica, era portador de CUCI y úlcera duodenal hemorrágica aparente, ya que durante intervención se detectó tumor pancreático retroperitoneal infiltrante a duodeno, en este paciente sólo se realizó hemostasia local con gelfoam, presentando sangrado persistente postquirúrgico, y falleciendo posteriormente por falla orgánica múltiple.

10.-ANÁLISIS DE LA MORTALIDAD.

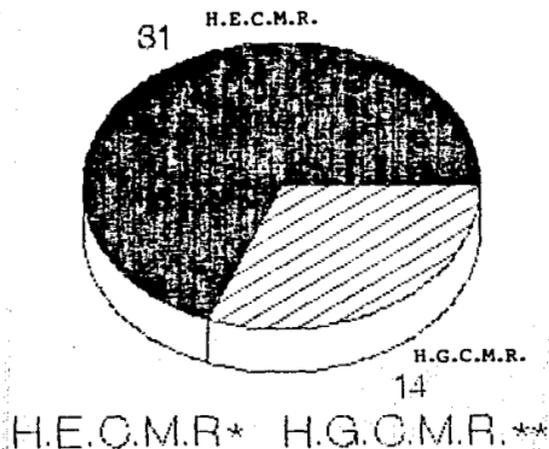
Ocurrieron tres muertes para un porcentaje total en la muestra de 7%.

Un fallecimiento fué consecuencia de la técnica quirúrgica al no explorarse adecuadamente el estómago, en el caso de la úlcera gástrica hemorrágica observada durante examen endoscópico y no realizarse hemostasia adecuada; el otro fallecimiento ocurrió en un paciente portador de patología neoplásica la cuál fué la causante del sangrado; el tercer fallecimiento ocurrió en paciente femenina de 34 años de edad sin patología subyacente, a la que se le realizó colecistectomía en Hospital General de Zona, e ingresó con el diagnóstico de hemobilia, realizándose en ella dos embolizaciones por vía percutánea de la arteria hepática, las cuáles no tuvieron el resultado esperado, presentándose recidiva de la hemobilia, la cuál la llevó a la muerte.

11.- CARACTERÍSTICAS DEL INGRESO Y ESTANCIA HOSPITALARIA.

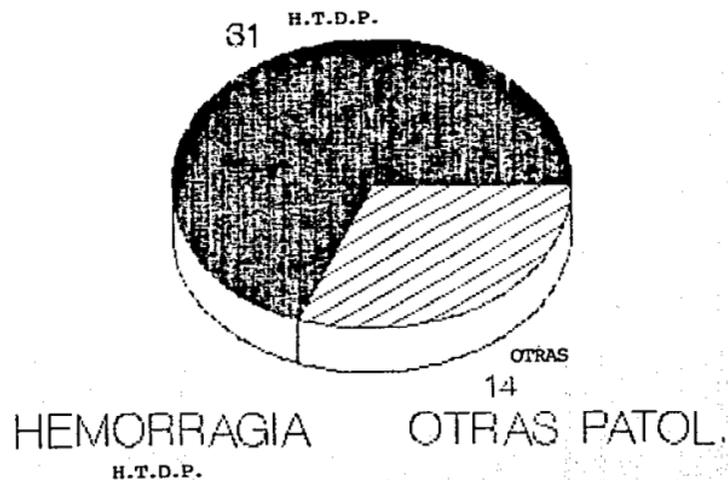
De la muestra de 45 pacientes, 31 pertenecieron al Hospital de Especialidades y los restantes 14 a diferentes servicios del Hospital General.

H. PROCEDENCIA Dx ENDOSCOPICO



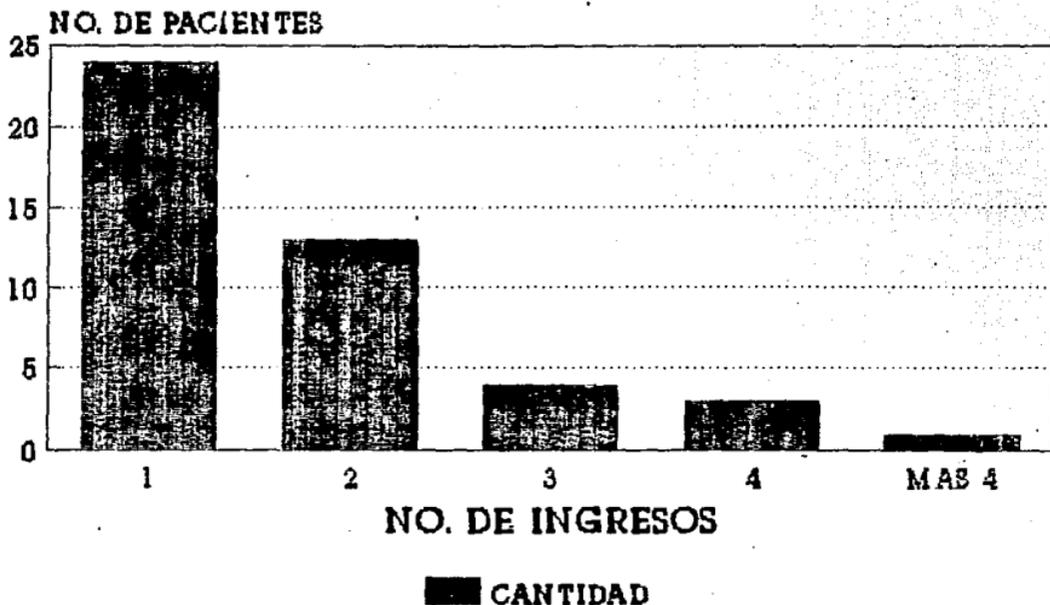
H.E.C.M.R.

CAUSA DE INGRESO DX ENDOSCOPICO



H.E.C.M.R.

H.T.D.P. ADMISION HOSPITALARIA



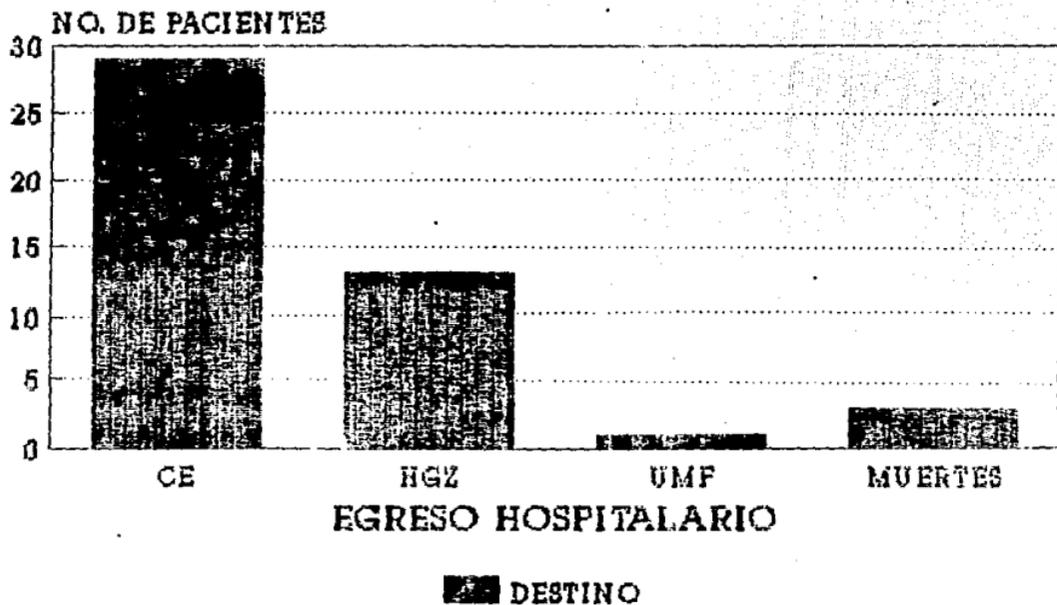
De éstos 45 pacientes, la causa directa de ingreso hospitalario por hemorragia de tubo digestivo proximal se presentó en 31 pacientes: 69%, en 14 pacientes el ingreso fué por otras patologías, desarrollando el episodio de sangrado durante el internamiento.

Los pacientes se hospitalizaron de la manera siguiente a los diversos servicios: 19 pacientes a Gastroenterología, 12 fueron atendidos en Urgencias, 8 a los servicios de Cirugía y Medicina Interna. Los servicios de Endocrinología, Neumología, Hematología, Urología y Nefrología fueron tributarios de los pacientes en menor proporción.

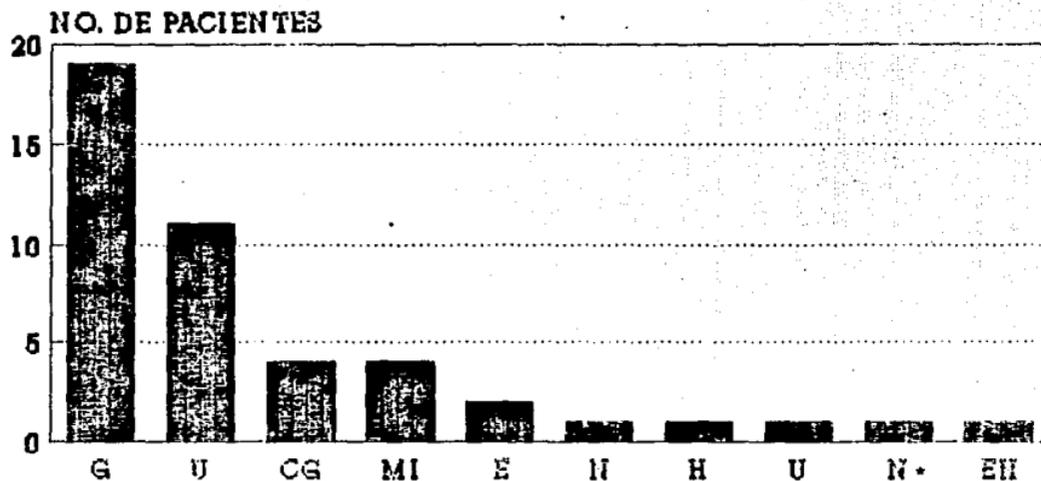
La estancia hospitalaria total de los pacientes de la muestra fué de 650 días con un rango de 1 a 42 días, y un promedio de 14.5 días por paciente.

Se egresaron 27 pacientes para control posterior en la consulta externa, y 13 pacientes fueron referidos a Hospitales Generales de Zona.

H.T.D.P. EGRESOS



H.T.D.P. HOSPITALIZACION



SERVICIOS

■ PACIENTES

G. .GASTROENTEROLOGIA
 U. .URGENCIAS
 CG. .CIRUGIA GENERAL
 MI. .MEDICINA INTERNA
 E. .ENDOCRINOLOGIA.
 N. .NEUMOLOGIA
 H. .HEMATOLOGIA
 U. .UROLOGIA
 N* .NEFROLOGIA
 EH. .EXTENSION HOSPITALARIA

H.E.C.M.R.

D) DISCUSION.

ANTECEDENTES RELACIONADOS CON EL EVENTO HEMORRAGICO AGUDO.

Se presentó positiva la ingestión de medicamentos en una amplia proporción de los pacientes: 53%, para un total de 24 pacientes; la ingesta reciente de alcohol fué positiva en 13 pacientes: 29%.

Trece pacientes de la muestra eran portadores de cirrosis hepática: 29%, teniendo 8 de éstos antecedente de alcoholismo crónico, se presentó ingesta reciente de alcohol en 5 pacientes de este grupo, y en 2 ingesta de medicamentos.

ACTIVIDAD Y ETIOLOGIA DE LA HEMORRAGIA.

Ocho pacientes presentaron hemorragia en forma activa: 18%, y quince presentaron estigmas de hemorragia reciente: 33%.

La causa más común del sangrado se debió al grupo de hallazgos denominado lesiones agudas de la mucosa gástrica, presentes en 23 pacientes: 51%. Esofagitis, úlcera duodenal y várices esofágicas se presentaron en igual proporción: 11%, con cinco pacientes por cada una de éstas categorías, ocupando el tercer lugar la úlcera gástrica, junto a las lesiones metastásicas en duodeno por carcinoma pancreático.

MANEJO.

La mayoría de los pacientes repondieron favorablemente al manejo inicial, incluyendo la terapéutica endoscópica, para un número total de 42 pacientes con respuesta satisfactoria.

Aquellos pacientes con mala respuesta incluyeron a una paciente con hemobilia, la cuál no respondió a dos intentos de embolización de arteria hepática, un paciente portador de úlcera gástrica, al que se le aplicó adrenalina al 1 por 10000 en el sitio hemorrágico, y un paciente con diagnóstico de úlcera duodenal, en el que se detectó durante cirugía, que la lesión correspondía a una metástasis duodenal de carcinoma pancreático.

TERAPEUTICA ENDOSCOPICA.

Esta se aplicó en 7 pacientes: 16% de la muestra, siendo en su mayoría por enfermedad ácido péptica: 3 pacientes, a dos pacientes con infiltración metastásica de duodeno por carcinoma de páncreas, que presentaron ulceración de la lesión a este nivel, y a un paciente con hemorragia post polipectomía endoscópica. Un paciente en protocolo de escleroterapia que presentó hemorragia recidivante por várices esofágicas también respondió favorablemente a la esclerosis con polidocanol.

El método más común fué la terapia de inyección con adrenalina al 1 por 10000, no respondiendo dos pacientes a ésta modalidad: un paciente portador de úlcera gástrica, y el otro paciente con metástasis duodenal de carcinoma pancreático.

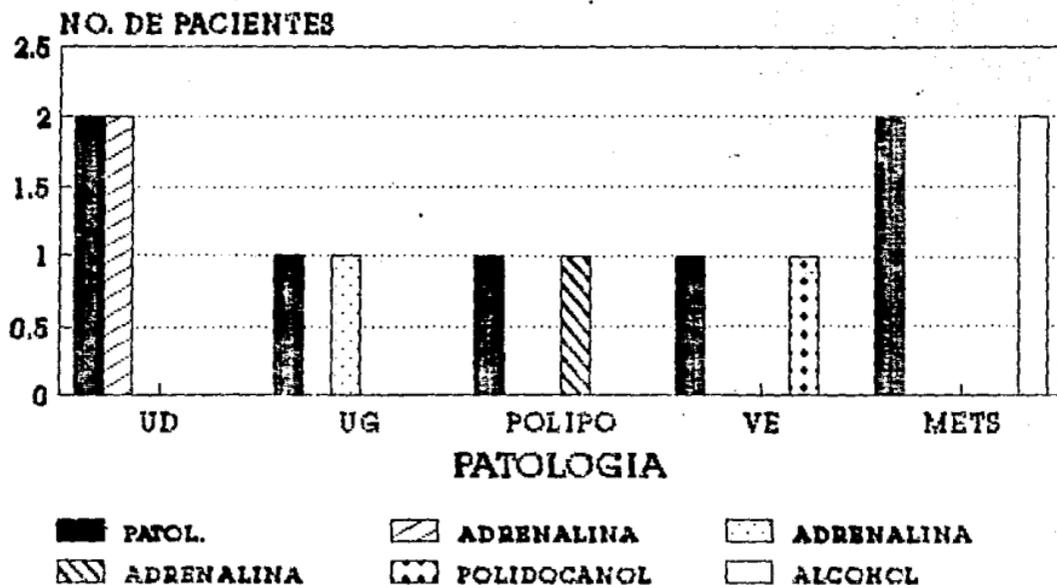
CIRUGIA.

Cuatro pacientes fueron llevados a cirugía: 9%, dos por úlcera duodenal, uno por úlcera gástrica, y otro por carcinoma ulcerado metastásico de duodeno. Los dos casos de úlcera duodenal fueron inicialmente tratados con adrenalina al 1 por 10000 por vía endoscópica, lo que permitió estabilizar hemodinámicamente a los pacientes y ser llevados a quirófano en mejores condiciones. Estos pacientes evolucionaron favorablemente y sin complicaciones.

En los otros dos pacientes no se logró detener el sangrado en ningún momento pese a la terapéutica endoscópica. En el paciente al que se le había diagnosticado úlcera gástrica por examen endoscópico, no se realizó exploración gástrica durante acto quirúrgico, motivo que lo llevó a la muerte por hemorragia persistente. A causa de las múltiples transfusiones y aporte de líquidos presentó insuficiencia cardiaca por sobrecarga.

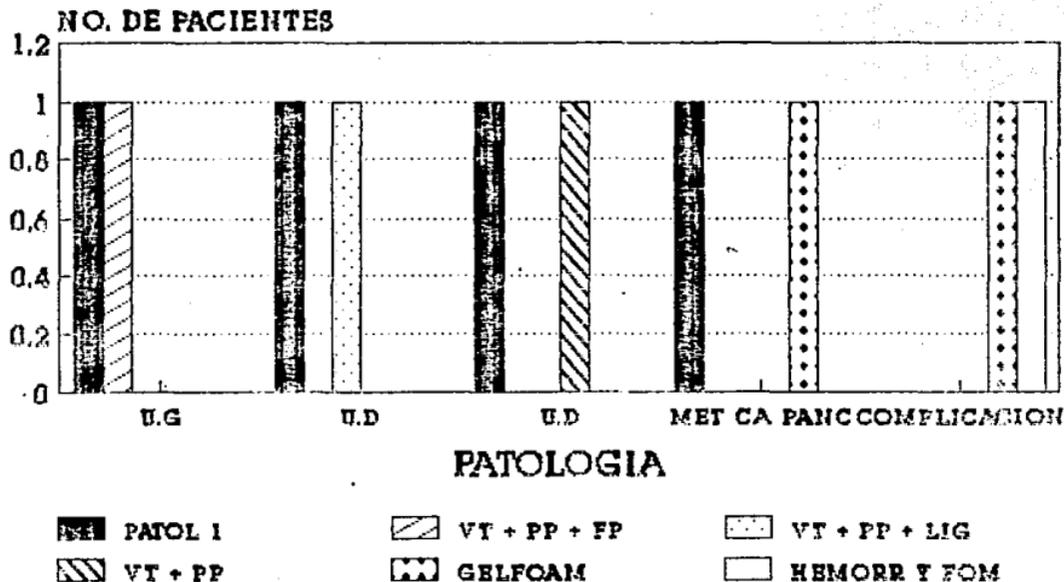
Otro paciente inicialmente catalogado como úlcera duodenal, durante el acto quirúrgico se detectó un amplio tumor pancreático que infiltraba la pared duodenal, con sangrado persistente por erosión de la tumoración, a pesar de

H.T.D.P. TX ENDOSCOPICO



los intentos de hemostasia tanto por vía endoscópica, cómo durante la cirugía, el sangrado nunca se pudo detener y el paciente falleció posteriormente. La mortalidad total fué de 3 pacientes, los dos mencionados anteriormente, y la paciente con hemobilia, posterior a colecistectomía, en que a pesar de los intentos de embolización de la arteria hepática, hubo recurrencia de la hemobilia y muerte de la paciente.

H.T.D.P. CIRUGIA



CONCLUSIONES

GENERALES:

- En la hemorragia de tubo digestivo proximal, la variabilidad de las cifras reportadas previamente refleja la problemática existente a nivel de investigación en este campo.
- La Endoscopia es el principal medio diagnóstico en este problema, siendo una guía confiable en la que basar la terapéutica.
- La precisión diagnóstica endoscópica disminuye si el procedimiento es diferido, debido a la rápida regeneración de la mucosa gastrointestinal.
- La experiencia acumulada ha permitido identificar pacientes de alto riesgo que son candidatos a terapéutica endoscópica inicial: mayores de 60 años de edad, con patología grave subyacente, inestabilidad hemodinámica, hematócrito decreciente, y evidencia endoscópica de hemorragia activa.
- Los hallazgos endoscópicos permiten predecir con exactitud relativa las posibilidades de recidiva de la hemorragia en la enfermedad ulcerosa.
- La tasa de complicaciones por terapéutica endoscópica es baja, siendo una técnica segura.
- Las modalidades endoscópicas terapéuticas que han demostrado mayores beneficios son la electrocoagulación bipolar y multipolar, así como la terapia por inyección, ya que causan menos daño tisular.
- La disponibilidad de éstos recursos está condicionada por el medio e infraestructura hospitalaria, así como por el personal capaz de realizarlos.

ESPECIFICAS.

- El signo indicativo de hemorragia en la muestra de 45 pacientes fué la melena con un porcentaje de presentación de 82%, seguido de anemia en 51%.
- El factor precipitante de hemorragia más común fue la ingesta de medicamentos en 29% de la muestra.

- * El hallazgo endoscópico más común como causa de hemorragia fueron el grupo denominado lesiones agudas de la mucosa gástrica en un porcentaje de 51% de la muestra.
- * El sangrado activo se presentó en un porcentaje de 18% de los pacientes de la muestra.
- * sólo el 55% de los pacientes requirió apoyo transfusional
- * La respuesta al tratamiento endoscópico en la muestra fue satisfactoria con control de la hemorragia en el 71% de los pacientes que recibieron esta modalidad de tratamiento.
- * La terapia por inyección con adrenalina al 1 por 10000 fue la más comúnmente utilizada.
- * La enfermedad ulcerosa fue la patología más común que motivó el uso de terapéutica endoscópica, 3 de 7 pacientes en que se requirió.
- * No hubo respuesta en 2 pacientes que recibieron tratamiento endoscópico.
- * El 9% de los pacientes de la muestra requirieron cirugía.
- * La patología más común por la que se realizó tratamiento quirúrgico fue por enfermedad ácido péptica: tres pacientes.
- * Existió un diagnóstico endoscópico falso positivo al ser catalogada como úlcera duodenal una neoplasia pancreática infiltrante a duodeno, para un porcentaje de error de 2%.
- * La mortalidad de la muestra fue de 7%.
- * Dos fallecimientos estuvieron asociados al tratamiento quirúrgico: 4%.
- * La tercera muerte fue causada por patología subyacente: carcinoma pancreático metastásico.

BIBLIOGRAFIA.

- 1.-Avgerinos A. Randomized comparison of endoscopic heater probe electrocoagulation, injection of adrenalin and no endoscopic therapy for bleeding peptic ulcers. *Gastroenterology* 1989;98:A18.
- 2.-Balanzo J. Endoscopic hemostasis by local injection of epinephrine and polidocanol in bleedin ulcer. A prospective randomized trial. *Endoscopy* 1988;20:289.
- 3.-Bhasin DK. Duodeno jejunal vascular malformation. *J Assoc Physicians India*; 1990;38(8);p 589-90.
- 4.-Bozkurt T. Esophageal visible vessel as a cause of massive upper gastrointestinal hemorrhage. *Endoscopy*;1991 23(1); p 16-8.
- 5.-Branicki FJ. Emergency surgical tratment for nonvariceal bleeding of the upper part of the gastrointestinal tract. *Surg Gynecol Obstet*;1991 Feb;172(2); p 113-20.
- 6.-Brearley S. Per endoscopic bipolar diathermy coagulation of visible vessels using a 3.2mm probe: a randomized clinical trial. *Endoscopy* 1987;19:160.
- 7.-Cales P. Incidence of large esophageal varices in patients with cirrosis: application to prophylaxis of first bleeding. *Gut*; 1990 Nov;31(1);p1298-302.
- 8.-Chiozzini G. Controlled trial of absolute ethanol vs ephinefrine as injection agent in gastroduodenal bleeding. *Gastroenterology* 1989;96:A86.
- 9.-Chung SC. Endoscopic injection of adrenaline for actively bleeding ulcers: a randomized trial. *Br Med J* 1988;296:1631-3.
- 10.-Chung SC. Does adding a sclerosant improve the results of endoscopic epinephrine injection in actively bleeding ulcers?. *Gastrointest Endosc* 1990; 36:194.
- 11.-Cutler JA. Upper gastrointestinal bleeding. Nature and magnitude of the problem in the U.S. *Dig Dis Sci* 1981;26(suppl):90S-6S.

BIBLIOGRAFIA.

- 12.-De Bombal FT. Prognostic factors in upper gastrointestinal bleeding. Endoscopy 1986;18:6-10.
- 13.-Elliot DP. Preventing upper gastrointestinal bleeding in patients receiving nonsteroidal antiinflammatory drugs. DICP; 1990 Oct;24(10);p 954-8.
- 14.-Fleischer D. Etiology and prevalence of severe persistent upper gastrointestinal bleeding. Gastroenterology 1983;84:538-44.
- 15.-Fullarton GM. Prediction of rebleeding in peptic ulcers by visual estigmata and endoscopic ultrasound. Gastroenterology 1989;96A 163.
- 16.-Hwai Jeng L. Thermocoagulation as a substitute for surgical intervention to arrest massive peptic ulcer hemorrhage: an experience in 153 cases. Surgery Vol 108;1; July:1990.
- 17.-Idezuki S. Current strategy for esophageal varices in Japan. The American Journal of Surgery. 1990; July :160;p 98-105.
- 18.-Inceoglu R. Cystadenocarcinoma of the pancreas: an uncommon presentation with anaemia and upper gastrointestinal bleeding. J R Soc Med;1991 Mar;84(3); p 171-2.
- 19.-Gilbert G. Epidemiology of upper gastrointestinal bleeding. Gastrointestinal Endoscopy 1990;36:58-13.
- 20.-Jensen DM. Controlled, randomized study of heater probe and BICAP for hemostasis of severe ulcer bleeding. Gastroenterology. 1988;94:A208.
- 21.-Jensen DM. New developments in the diagnosis and treatment of severe upper gastrointestinal bleeding. Current topics in Gastroenterology and Hepatology. Georg Thieme Verlag Stuttgart 1990:4-22.
- 22.-Jensen DM. Endoscopic treatment for non variceal upper gastrointestinal bleeding. 1991 National A.S.G.E. Postgraduate Course.

BIBLIOGRAFIA.

- 23.-Johnston JH. The sentinel clot/visible vessel revisited. *Gastrointestinal Endoscopy* 1986;32:238-9.
- 24.-Johnston JH. Experimental comparison of endoscopic YAG laser, electro-surgery, and heater probe for canine gut arterial coagulation: importance and avoidance of erosion. *Gastroenterology* 1987;92: 1101.
- 25.-Johnston JH. Endoscopic risk factors for bleeding peptic ulcer. *Gastrointestinal Endoscopy* 1990,36(suppl):S16-20.
- 26.-Kurata JH. Current peptic ulcer time trends. An epidemiology profile. *J Clin Gastroenterol* 1988;10:259-68.
- 27.-Laine L. Multipolar electrocoagulation in the treatment of active upper gastrointestinal hemorrhage: a prospective controlled trial. *N Engl J Med* 1987; 316:1613.
- 28.-Laine L Multipolar electrocoagulation for the treatment of ulcers with non bleeding visible vessel: a retrospective study. *Gastroenterology* 1988.
- 29.-Laine L Multipolar electrocoagulation in the treatment of peptic ulcers with nonbleeding visible vessels: a prospective, controlled trial. *Ann Intern Med.* 1989;110:510.
- 30.-Laine L. Prospective randomized trial of immediate vs delayed refeeding in patients with major upper gastrointestinal hemorrhage. *Gastro* 1990;99:A73.
- 31.-Laine L. Multipolar electrocoagulation versus injection therapy in the treatment of bleeding peptic ulcers. *Gastro* 1990;99:1303-1306.
- 32.-Loren L. Endoscopic treatment for non variceal upper gastrointestinal bleeding. 1991 National A.S.G.E. Postgraduate Course.
- 33.- Laporte JR. Upper gastrointestinal bleeding in relation to previous use of analgesics and non steroidal antiinflammatory drugs. *Catalan Countries Study on Upper Gastrointestinal Bleeding. Lancet*; 1991 Jan 12;337(8733)p85-9.

BIBLIOGRAFIA.

- 34.-Lin HJ. A prospective randomized trial of heat probe thermocoagulation versus pure alcohol injection in nonvariceal peptic ulcer hemorrhage. *Am J Gastroenterol* 1988;83:286-6.
- 35.-Lin HJ. Endoscopic injection for arrest of peptic ulcer hemorrhage: a prospective, randomized controlled trial. *Gastroenterology* 1990;98:A78.
- 36.-Lipper B. Pulmonary aspiration during emergency endoscopy in patients with upper gastrointestinal hemorrhage. *Crit Care Med*;1991 Mar;19:3:330-3.
- 37.-Loren P. Therapeutic endoscopy and bleeding ulcers: historical overview. *Gastrointestinal Endoscopy* 1990;36:5 S2-7.
- 38.-NIH Consensus Conference. Therapeutic Endoscopy and bleeding ulcers. *JAMA*. 1989;262:1369-1372.
- 39.-Madden R. Problems in General Surgery: Gastrointestinal Bleeding. 1987; 4:323-346.
- 40.-Martin WR. Diagnosis of rare causes of upper gastrointestinal bleeding. *Dtsch Med Wochenschr*; 1991 Apr 5; 116(14); P 521-7.
- 41.-Matthewson. Why peptic ulcer patients bleed? *Gut* 1988;29:70-4.
- 42.-Miller DK. Acute upper gastrointestinal bleeding in elderly persons (Clinical Conference) *J Am Geriatr Soc*; 1991 Apr; 39(4);P 409-22.
- 43.-Moreto M. Efficacy of monopolar electrocoagulation in the treatment of bleeding gastric ulcer: a controlled trial. *Endoscopy* 1987; 19:54.
- 44.-Morris RW. A graded combination regimen for maintenance of gastric pH above 3.5 in critically ill patients. *Anesth Intensive Care*; 1991Feb;19(1); P 79-83.
- 45.-Murthy UK. Modulation of gastric pH by continuous gastric and jejunal infusion of cimetidine. *Dig Dis Sci*; 1991 Feb; 36(2); P 137-41.

BIBLIOGRAFIA.

- 46.-Ohta T. Duodenal varices treated successfully by percutaneous transhepatic obliteration: report of a case. Hokkaido Igaku Zasshi; 1991 Jan; 66(1); P 79-85.
- 47.-Olsen LH. Stools containing altered blood-plasma urea: creatinine ratio as a simple test for the source of bleeding. Br J Surg; 1991 Jan;78(1);P71-73.
- 48.-Perez Cabañas I. Gastric lipoma: an infrequent cause of upper digestive hemorrhage. Rev Esp Enferm Dig; 1990 Sept; 78(3); P 163-5.
- 49.-Peterson WL. Clinical risk factors. Gastrointestinal Endoscopy 1990; 36(suppl);S14-5.
- 50.-Puri AS. Giant inflammatory fibroid polyp of stomach causing massive upper gastrointestinal bleeding. Indian J Gastroenterol; 1991 Jan; 10(1); P 23 - 24.
- 51.-Richards RJ. Can the blood urea nitrogen/creatinine ratio distinguish upper from lower gastrointestinal bleeding? J Clin Gastroenterol;1990 Oct; 12(5); P 500-4.
- 52.-Rutgeerts P Injection therapy for prevention of rebleeding from peptic ulcers with protruding vessel: wich method is best? Gastroenterology 1990; 98: A-115.
- 53.-Sherlock Sheila. Esophageal Varices. The American Journal of Surgery 1990 Vol 160. P 9-13.
- 54.-Schwartz S. Principles of Surgery. 5a. Ed. 964-68: GI Bleeding.
- 55.-Siepler JK. Use of continuous infusion of histamine 2-receptor Antagonists in critically ill patients. DICP 1989;23:S40-S43.
- 56.-Silverstein FE. The National ASGE Survey on upper gastrointestinal bleeding. Study design and baseline data. Gastroint Endosc 1981;27:73-9.

BIBLIOGRAFIA.

- 57.-Sugawa C. Upper GI bleeding in an urban hospital. Etiology, recurrence, and prognosis. *Ann Surg*;1990 Oct;212(4); P521-6; discussion 52.
- 58.-Swain CP. Controlled Trial of Argon laser photocoagulation in bleeding peptic ulcers. *Lancet* 1981;2:1313-6.
- 59.-Swain CP. Nature of the bleeding vessel in recurrently bleeding gastric ulcers. *Gastro* 1986; 90:595-608.
- 60.-Swain CP. Results, complications and techniques of laser treatment for bleeding peptic ulcers; conclusions and recommendations after two controlled trials. *Medical Laser Endoscopy, Holland* 1990:135-148.
- 61.-Warren WD. The relative role of sclerotherapy vs surgical procedures in Portal Hypertension. *1990 Year Book Medical Publishers*;P1-19.
- 62.-Woods A. Endoscopic therapy for gastric and duodenal ulcer bleeding: a comparison of BICAP coagulation versus ethanol sclerotherapy. *Gastrointestinal Endoscopy* 1988; 34:209.

CAMINANTE: NO HAY CAMINO, SE HACE CAMINO AL ANDAR
AL ANDAR SE HACE CAMINO, Y AL VOLVER LA VISTA ATRAS
SE VE LA SENDA QUE NUNCA SE HA DE VOLVER A PISAR.
CAMINANTE, NO HAY CAMINO, SINO ESTELAS EN LA MAR.

LEON FELIPE.