

11227



UNIVERSIDAD NACIONAL
AUTONOMA DE MEXICO



FACULTAD DE MEDICINA

DIVISION DE ESTUDIOS DE POSTGRADO
E INVESTIGACION

58

SECRETARIA DE SALUD DEL DISTRITO FEDERAL
DIRECCION DE EDUCACION E INVESTIGACION
SUBDIRECCION DE ENSEÑANZA
UNIDAD DEPARTAMENTAL DE ENSEÑANZA DE POSTGRADO
CURSO UNIVERSITARIO DE ESPECIALIZACION EN
MEDICINA INTERNA

“CAUSAS DE SANGRADO DE TUBO DIGESTIVO EN PACIENTES
CON CIRROSIS HEPATICA POSTETILICA”

TRABAJO DE INVESTIGACION CLINICA
P R E S E N T A :
DRA. REINA LUCERO MONTAÑO ROCHA
PARA OBTENER EL DIPLOMA DE
ESPECIALISTA EN MEDICINA INTERNA

DIRECTORES DE TESIS: DR. ALBERTO FRANCISCO RUBIO GUERRA
DR. JOSE JUAN LOZANC NUEVO

2001

292352



Universidad Nacional
Autónoma de México

Dirección General de Bibliotecas de la UNAM

Biblioteca Central



UNAM – Dirección General de Bibliotecas
Tesis Digitales
Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS ©
PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

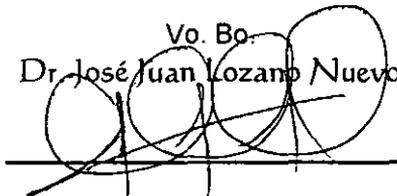
Todo el material contenido en esta tesis esta protegido por la Ley Federal del Derecho de Autor (LFDA) de los Estados Unidos Mexicanos (México).

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

**CAUSAS DE SANGRADO DE TUBO DIGESTIVO ALTO
EN PACIENTES CON INSUFICIENCIA HEPATICA
POST-ETILICA**

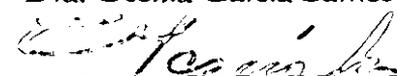
AUTOR: Dra. Reina Lucero Montaña Rocha

Vo. Bo.
Dr. José Juan Lozano Nuevo

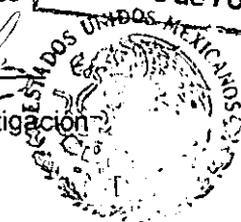
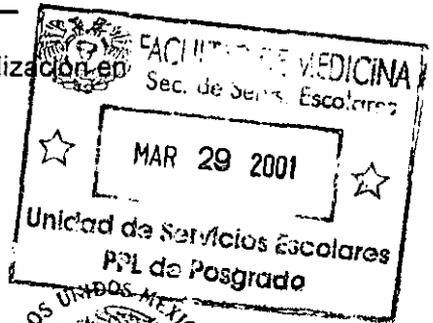


Profesor Titular del Curso de Especialización
Medicina Interna

Vo. Bo.
Dra. Cecilia García Barrios



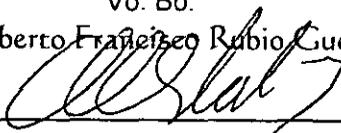
Directora de Educación e Investigación



DIRECCION DE EDUCACION
E INVESTIGACION
SECRETARIA DE SALUD
SALUD DEL DISTRITO FEDERAL

Vo. Bo.

Dr. Alberto Francisco Rubio Guerra



Jefe de Enseñanza e Investigación
del Hospital General de Ticomán

A mis padres.

A mis maestros.

"Sin la salud la vida no es vida:
es un estado de tristeza
y una imagen de la muerte".

Rabelais.

CAUSAS DE SANGRADO DE TUBO DIGESTIVO ALTO EN PACIENTES CON INSUFICIENCIA HEPÁTICA POST-ETÍLICA.

Las complicaciones en la cirrosis alcohólica (CA) son una causa importante de muerte en nuestro hospital, siendo el sangrado de tubo digestivo alto (STDA) una de las principales complicaciones que padecen nuestros pacientes.

Objetivo: Conocer la etiología del sangrado de tubo digestivo alto en los pacientes con cirrosis de nuestro hospital.

Métodos: Veinte y cinco pacientes con CA y STDA que ingresaron al servicio de Medicina Interna de nuestro hospital durante el año de 1999 se sometieron a un estudio panendoscópico una vez que se había controlado la hemorragia para entonces conocer la etiología.

Resultados: Las lesiones responsables del sangrado en nuestros pacientes (19 de sexo masculino, con edad 51.5 ± 13.5 años) se muestran a continuación:

Várices esofágicas (48%). Gastritis erosiva (20%). Gastropatía hipertensiva portal (16%). Úlcera gástrica (8%). Úlcera duodenal (4%) Síndrome de Mallory Weiss (4%).

Conclusiones: Las várices esofágicas son la causa principal de STDA en los pacientes con CA en nuestro hospital, estos resultados corresponden con lo reportado por otros autores. El conocimiento de estos datos es importante para un manejo rápido y apropiado durante el evento agudo y para tomar medidas profilácticas, especialmente en aquellos casos en los que no están disponibles los estudios endoscópicos.

Palabras Clave: Cirrosis Hepática. Sangrado de Tubo Digestivo. Endoscopia.

Etiology of upper digestive tract bleeding in cirrhotic patients of a Second Level Hospital.

The complications of alcoholic cirrhosis (AC) are an important cause of death in our hospital, being the upper digestive tract bleeding (UPTB) one of the main complications that our patients suffer.

Objective: To assess the etiology of upper digestive tract bleeding in cirrhotic patient in our hospital.

Methods: Twenty five patients with AC admitted in the Internal Medicine Dept. of our hospital during 1999 with UDTB underwent a panendoscopic study once the bleeding was controlled, looking for its etiology.

Results: The lesions responsible of the bleeding in our patients (19 male, age 51.5 ± 13.5 years) are shown in the next table:

Esophageal varices (48%). Erosive gastritis (20%). Portal hypertensive gastropathy (16%). Gastric ulcer (8%). Duodenal ulcer (4%). Mallory Weiss Syndrome (4%).

Conclusions: Esophageal varices are the main cause of UDTB in patients with AC in our hospital, those results agree with the reported by other authors. The knowledge of this fact is important for the rapid onset of an appropriate management in the acute event, and prophylactic actions when bleeding is not active, especially in those events when endoscopic studies are not available.

Key words: Hepatic Cirrhosis. Upper Digestive Tract Bleeding. Endoscopy.

INDICE

Introducción.	1
Material y Método.	3
Resultados.	4
Discusión.	5
Referencias bibliográficas.	7

CAUSAS DE SANGRADO DE TUBO DIGESTIVO ALTO EN PACIENTES CON INSUFICIENCIA HEPATICA POST-ETILICA

En nuestro país, la causa más frecuente de cirrosis hepática es la ocasionada por la ingesta crónica de alcohol (1). En los Estados Unidos de Norteamérica se presenta en un 10%, siendo la séptima causa de muerte en los pacientes entre 45 y 64 años de edad. El promedio de vida después del diagnóstico es de 5 a 10 años, dependiendo de la severidad de la enfermedad de acuerdo a la clasificación de Child-Pugh (Cuadro # 1).²

Los pacientes con 10 puntos o más (en la clase C) tienen un pronóstico de sobrevida a un año del 50% después de haber hecho el diagnóstico. Los pacientes con clase A o B tienen un mejor pronóstico a 5 años, con una tasa de sobrevida del 70 al 80%. Los índices adicionales de mal pronóstico, incluyen ascitis refractaria, albúmina < 3.2 g/L y un episodio reciente de peritonitis bacteriana espontánea. Si se asocian los puntos individualmente, tienen un año de sobrevida en un 50% o menos.³

La cirrosis alcohólica puede ser silente y del 10 al 40% de los casos son descubiertos incidentalmente por laparotomía o autopsia. Se presentan después de 10 años o más de consumo excesivo de alcohol y tiene una progresión lenta durante semanas o meses. La disfunción hepatocelular se manifiesta con ictericia progresiva, sangrado de tubo digestivo alto, ascitis y encefalopatía. Otros hallazgos pueden ser eritema palmar, hipertensión portal, telangiectasias, hipertrofia parotídea y lacrimal, dedos en palillo de tambor, esplenomegalia, hipotrofia muscular.⁴

Generalmente en la cirrosis hepática se presenta hipertensión portal, con las consecuentes manifestaciones clínicas como hemorragia de tubo digestivo manifestada por hematemesis y melena; esplenomegalia con hiperesplenismo; ascitis y encefalopatía hepática aguda o crónica.⁵

El sangrado de tubo digestivo alto generalmente es secundario a la ruptura de várices esofágicas en la región de la unión gastroesofágica, siendo una causa importante de morbilidad y mortalidad. Las várices también pueden situarse a nivel gástrico. Los pacientes con presencia de várices tienen un 20% de mortalidad más alta a 2 años y 30% más alta a 5 años que aquellos sin várices. El riesgo de sangrado depende de la severidad de la enfermedad hepática, el tamaño de las várices y la presencia de puntos rojos en las várices. Otras causas de sangrado pueden ser úlcera péptica, síndrome de Mallory Weiss, ingestión de sangre de procedencia nasofaríngea, carcinoma gástrico o esofágico, esofagitis o gastritis erosiva, coagulopatías. ²

En la bibliografía escrita respecto a las causas de hemorragia de tubo digestivo alto en hepatopatía por alcohol, se ha documentado que la causa más frecuente es la ruptura de várices esofágicas, sin embargo, puede encontrarse otro tipo de etiología, pero no sabemos con certeza si las várices esofágicas rotas son la causa más frecuentes del sangrado de tubo digestivo alto en los pacientes con cirrosis hepática ingresados en el Hospital General de Ticomán.

El propósito de este trabajo es conocer las causas de sangrado de tubo digestivo alto en pacientes con hepatopatía crónica por alcohol.

MATERIAL Y METODOS

En este estudio clínico transversal y observacional, se incluyeron a todos los pacientes que ingresaron al servicio de Medicina Interna con cirrosis hepática post-etílica y sangrado de tubo digestivo alto durante el año de 1999, a quienes que les realizó endoscopia con cámara de video Olympus Evis 100 y videopanendoscopia GIF 100, previa anestesia local con lidocaína al 10%.

Los pacientes con las siguientes condiciones fueron excluidos del estudio: hepatopatía de etiología no alcohólica, antecedentes de ingesta crónica de antiinflamatorios no esteroideos, discrasias sanguíneas, traumatismo nasal o antecedente de epistaxis.

A todos los enfermos se les efectuó a su ingreso: historia clínica; examen físico completo con especial atención a su estado hemodinámico; citología hemática completa con diferencial, química sanguínea completa, pruebas de funcionamiento hepático completas, electrolitos séricos; examen general de orina y placa de tórax.

RESULTADOS

De 26 pacientes ingresados, se obtuvieron los resultados mediante endoscopia en 19 pacientes masculinos con edad de 51.5 ± 13.5 años, de los cuales doce tuvieron sangrado de tubo digestivo alto por ruptura de várices esofágicas (48%), cinco padecieron gastritis erosiva (20%), cuatro resultaron con gastropatía hipertensiva portal (16%), dos presentaron úlcera gástrica (8%), dos tuvieron úlcera gástrica (8%), uno padeció úlcera duodenal (4%) y otro resultó con síndrome de Mallory-Weiss (4%). (Cuadro # 2)

En cuatro pacientes femeninos y 3 masculinos, con hemorragia de tubo digestivo alto masiva, no fue posible la realización de endoscopia, ya que fallecieron antes de poder realizarse el procedimiento.

Todos los pacientes se encontraban en la clasificación B o C de Child.

DISCUSION

En este estudio encontramos que las várices esofágicas son la causa principal de sangrado de tubo digestivo alto en los pacientes con cirrosis alcohólica en nuestro hospital. El conocimiento de esta situación es importante, ya que nos permite iniciar rápidamente el tratamiento adecuado durante el evento agudo y por otro lado nos permite implantar acciones profilácticas, especialmente en aquellos pacientes en los que no es posible realizar un estudio endoscópico.

Es importante señalar el que el grado de severidad del sangrado no se relacionó con la edad sino con la cronicidad de la ingesta de alcohol, lo que debe relacionarse con un mayor daño hepático.

El sangrado de tubo digestivo alto predominó en el sexo masculino, sin embargo las mujeres que acudieron a nuestro hospital presentaron una hemorragia masiva, lo que impidió la realización del estudio endoscópico. Esto corrobora lo reportado por otros autores quienes consideran al género femenino como un factor de riesgo importante para el desarrollo de cirrosis hepática y sus complicaciones.⁵

Nuestros resultados concuerdan con las estadísticas reportadas por otros autores, se ha reportado en los Estados Unidos de Norteamérica el 60% de los pacientes con cirrosis hepática tienen várices esofágicas, un 30% de ellos presentará hemorragia en un lapso promedio de 2 años. En aquellos enfermos que no las tienen aún, un 10% las desarrolla anualmente, con un riesgo de muerte de entre el 25 y el 50% por episodio dependiendo de los reportes, además de ello, el 70% de quienes sobreviven al primer episodio de sangrado volverán a sangrar, la mitad de ellos en los 2 meses siguientes⁶. En parte por este hecho es importante conocer la etiología del sangrado.

Los pacientes que en nuestro medio acuden a consulta por hemorragia de tubo digestivo alto generalmente son portadores de cirrosis hepática en la clasificación C de Child (Cuadro # 1), con un deterioro importante de la función hepática y várices esofágicas en estadios avanzados (III-IV), por lo que el tratamiento debe ser dirigido y oportuno, sin embargo, dada la pobre sobrevida del sangrado (sólo

el 10% de los casos sobrevive a un año), es necesario que se implanten las medidas profilácticas adecuadas (como el uso de bloqueadores beta adrenérgicos o mononitrato de isosorbide, así como escleroterapia transendoscópica), esto es otra razón de importancia para conocer la etiología de los sangrados.⁷

La gastritis erosiva –que ocupó el segundo lugar como causa de sangrado– seguramente es secundaria al efecto irritante del alcohol sobre la mucosa gástrica, mientras que la tercera causa de sangrado, la gastropatía portal hipertensiva, también es secundaria a la hipertensión portal con que cursan estos pacientes² y aunque el manejo inicial es el mismo (sostenimiento hemodinámico), así como algunas medidas posteriores como podría ser el uso de bloqueadores beta, algunas acciones especiales, tales como el uso de la sonda de Sengstaken-Blakemore, se implantarán de acuerdo a la etiología del sangrado.

Las várices esofágicas son la principal causa de hemorragia de tubo digestivo alto en pacientes con cirrosis hepática que llegan a nuestro hospital con sangrado activo, por lo que el conocimiento de este hecho permitirá instalar un tratamiento dirigido aún en ausencia de estudio endoscópico, con un amplio margen de certeza.

REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS

- 1) Rubio-Guerra AF. Garamendi-Ugalde V. Meneses-Melo FC, Lozano-Nuevo JJ. Cirrosis hepática postetílica como factor de riesgo para adquirir la hepatitis C. *Rev Med Hosp Gen (Mex)* 1995;58;144-147.
- 2) Podolsky D., Isselbacher K. Major complications of cirrhosis, In *Harrison's Principles of Internal Medicine*, 14th edition, New York. 1998. Mc Graw Hill, p. 1710-1717.
- 3) Rubio AF. Sánchez RA. Lozano JJ y cols. Alteraciones en el coagulograma por el manejo de la encefalopatía hepática con benzoato de sodio. *Med Int Mex* 1994;10:73-78.
- 4) Alexanderson E. Cirrosis hepática, en Halabe J. Lifshitz A. López J. Ramiro M. *El Internista México*. Interamericana-Mac Graw Hill 1997. pp 546-551.
- 5) Ikejima K, Enomoto N. Estrogen increases sensitivity of hepatic Kupffer cells to endotoxin. *American Journal of Physiology* 1998; 274: 669-676.
- 6) Grace M. Prevention of initial variceal hemorrhage. *Gastroenterol Clin North Am*. 1992;21:149.
- 7) Rubio AF. Derrame Pleural en Escleroterapia Transendoscópica. Tesis de Especialidad. México DF. 1987. UNAM.

CUADRO # 1
CLASIFICACIÓN DE CHILD-PUGH

	Puntos: 1	Puntos: 2	Puntos: 3
Albúmina sérica (g/dL)	>3.5	2.8 - 3.5	<2.8
Bilirrubina sérica (mg/dL)	<2.0	2.0 - 3.0	>3.0
Tiempo de protrombina (segundos)	<14	15.0 - 17.0	>18
Ascitis	Nada	leve	moderada/ severa
Encefalopatía	Nada	moderada (I-II)	Severa (III-IV)
Desgaste muscular	0	1+	2 o 3+

1 A 5 PUNTOS ESTADIO A. 6 A 10 PUNTOS ESTADIO B.

11 A 15 PUNTOS ESTADIO C

CUADRO #2

FRECUENCIA DE LAS CAUSAS DE SANGRADO

CAUSA DE SANGRADO	NUMERO DE PACIENTES	PORCENTAJE
Várices esofágicas	12	48%
Gastritis erosiva	5	20%
Gastropatía portal hipertensiva	4	16%
Úlcera gástrica	2	8%
Úlcera duodenal	1	4%
Síndrome de Mallory-Weiss	1	4%

**ESTA TESIS NO SALE
DE LA BIBLIOTECA**