

BIBLIOTECA CENTRAL

11227

UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE MEXICO  
FACULTAD DE MEDICINA  
DIVISIÓN DE ESTUDIOS DE POSGRADO E INVESTIGACIÓN

84

SECRETARÍA DE SALUD DEL DISTRITO FEDERAL  
DIRECCIÓN DE EDUCACIÓN E INVESTIGACIÓN  
SUBDIRECCIÓN DE FORMACIÓN DE RECURSOS HUMANOS  
UNIDAD DEPARTAMENTAL DE ENSEÑANZA DE POSGRADO

CURSO UNIVERSITARIO DE ESPECIALIZACIÓN EN  
MEDICINA INTERNA

CAUSAS DE SANGRADO DEL TUBO DIGESTIVO ALTO EN  
PACIENTES CON INSUFICIENCIA HEPÁTICA POSETÍLICA.

TRABAJO DE INVESTIGACIÓN CLÍNICA.

PRESENTA:  
DRA. CLAUDIA ERIKA GARCÍA RIVERA

PARA OBTENER EL DIPLOMA EN  
MEDICINA INTERNA

DIRECTORES DE LA TESIS:  
DR. ALBERTO RUBIO GUERRA  
DR. JOSÉ JUAN LOZANO NUEVO

MÉXICO, D.F., 2002

TESIS CON  
FALLA DE ORIGEN

BIBLIOTECA CENTRAL



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 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.

HOJAS DE VISTOS BUENOS  
DIRECTORES DE TESIS



DR. JOSÉ JUAN LOZANO NUEVO  
PROFESOR TITULAR DEL CURSO DE MEDICINA INTERNA.



DR. ALBERTO RUBIO GUERRA  
JEFE DE ENSEÑANZA E INVESTIGACIÓN  
HOSPITAL GENERAL DE TICOMÁN

# Causas de sangrado del tubo digestivo alto en pacientes con insuficiencia hepática poséptica

REINA LUCERO MONTAÑO ROCHA,\* JOSÉ JUAN LOZANO NUEVO,\* LETICIA RODRÍGUEZ LÓPEZ,\* GERMAN VARGAS AYALA,\* CLAUDIA ÉRIKA GARCÍA RIVERA,\* ALBERTO FRANCISCO RUBIO GUERRA\* N. A. M.

## RESUMEN

**Antecedentes:** las complicaciones de la cirrosis alcohólica (CA) son una causa importante de muerte en nuestro hospital, entre éstas, el sangrado del tubo digestivo alto (STDA) es una de las más frecuentes. **Objetivo:** conocer las causas del sangrado del tubo digestivo alto en los pacientes con cirrosis de nuestro hospital. **Material y métodos:** a veinticinco pacientes con CA y STDA que ingresaron al servicio de Medicina Interna de nuestro hospital durante 1999 se les realizó un estudio panendoscópico para conocer el origen de la hemorragia del tubo digestivo. **Resultados:** las lesiones responsables del sangrado en nuestros pacientes (19 de los cuales eran hombres, con edad de  $51.5 \pm 13.5$  años) fueron las siguientes: vórices esofágicas (48%), gastritis erosiva (20%), gastropatía hipertensiva portal (16%), úlcera gástrica (8%), úlcera duodenal (4%) y síndrome de Mallory-Weiss (4%). **Conclusiones:** las vórices 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 el manejo rápido y apropiado durante el episodio agudo y para tomar medidas profilácticas, especialmente en los casos en los que no están disponibles los estudios endoscópicos.

**Palabras clave:** cirrosis hepática, sangrado del tubo digestivo, endoscopia.

## ABSTRACT

**Background:** 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. **Material and methods:** Twenty-five patients with AC admitted in the Internal Medicine Department 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  $51.5 \pm 13.5$  years) were as follows: esophageal varix (48%), erosive gastritis (20%), portal hypertensive gastropathy (16%), gastric ulcer (8%), duodenal ulcer (4%), Mallory-Weiss syndrome (4%). **Conclusions:** Esophageal varix is the main cause of UDTB in patients with AC in our hospital, these 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.

## INTRODUCCIÓN

En nuestro país, la causa más frecuente de cirrosis hepática es la ingestión crónica de alcohol,<sup>1</sup> mientras que en Estados Unidos se manifiesta en un 10% y es el

séptimo motivo 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 gravedad de la enfermedad, de acuerdo con la clasificación de Child-Pugh (cuadro 1).<sup>2</sup>

Los pacientes con 10 puntos o más (en la clase C) tienen un pronóstico de supervivencia a un año del diagnóstico de 50%. Las personas con clase A o B tienen un mejor resultado a 5 años, con una tasa de supervivencia de 70 a 80%. Los índices adicionales de mal pronóstico incluyen ascitis refractaria, albúmina  $< 3.2$  g/L y un episodio reciente de peritonitis bacteriana. También se relacionan los puntos

\* Servicio de Medicina Interna, Hospital General de Ticomán, SS, México, DF.

Correspondencia: Dra. Reina Lucero Montaña Rocha. Hospital General de Ticomán, Plan de San Luis s/n, esq. Bandera, CP 07330, México, DF.

Recibido: noviembre, 2000. Aceptado: febrero, 2001.



# Causas de sangrado del tubo digestivo alto en pacientes con insuficiencia hepática poséptica

REINA LUCERO MONTAÑO ROCHA,\* JOSÉ JUAN LOZANO NUEVO,\* LETICIA RODRÍGUEZ LÓPEZ,\* GERMAN VARGAS AYALA,\* CLAUDIA ÉRIKA GARCÍA RIVERA,\* ALBERTO FRANCISCO RUBIO GUERRA\* N. A. M.

## RESUMEN

**Antecedentes:** las complicaciones de la cirrosis alcohólica (CA) son una causa importante de muerte en nuestro hospital, entre éstas, el sangrado del tubo digestivo alto (STDA) es una de las más frecuentes. **Objetivo:** conocer las causas del sangrado del tubo digestivo alto en los pacientes con cirrosis de nuestro hospital. **Material y métodos:** a veinticinco pacientes con CA y STDA que ingresaron al servicio de Medicina Interna de nuestro hospital durante 1999 se les realizó un estudio panendoscópico para conocer el origen de la hemorragia del tubo digestivo. **Resultados:** las lesiones responsables del sangrado en nuestros pacientes (19 de los cuales eran hombres, con edad de  $51.5 \pm 13.5$  años) fueron las siguientes: vórices esofágicas (48%), gastritis erosiva (20%), gastropatía hipertensiva portal (16%), úlcera gástrica (8%), úlcera duodenal (4%) y síndrome de Mallory-Weiss (4%). **Conclusiones:** las vórices 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 el manejo rápido y apropiado durante el episodio agudo y para tomar medidas profilácticas, especialmente en los casos en los que no están disponibles los estudios endoscópicos.

**Palabras clave:** cirrosis hepática, sangrado del tubo digestivo, endoscopia.

## ABSTRACT

**Background:** 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. **Material and methods:** Twenty-five patients with AC admitted in the Internal Medicine Department 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  $51.5 \pm 13.5$  years) were as follows: esophageal varix (48%), erosive gastritis (20%), portal hypertensive gastropathy (16%), gastric ulcer (8%), duodenal ulcer (4%), Mallory-Weiss syndrome (4%). **Conclusions:** Esophageal varix is the main cause of UDTB in patients with AC in our hospital, these 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.

## INTRODUCCIÓN

En nuestro país, la causa más frecuente de cirrosis hepática es la ingestión crónica de alcohol,<sup>1</sup> mientras que en Estados Unidos se manifiesta en un 10% y es el

séptimo motivo 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 gravedad de la enfermedad, de acuerdo con la clasificación de Child-Pugh (cuadro 1).<sup>2</sup>

Los pacientes con 10 puntos o más (en la clase C) tienen un pronóstico de supervivencia a un año del diagnóstico de 50%. Las personas con clase A o B tienen un mejor resultado a 5 años, con una tasa de supervivencia de 70 a 80%. Los índices adicionales de mal pronóstico incluyen ascitis refractaria, albúmina  $< 3.2$  g/L y un episodio reciente de peritonitis bacteriana. También se relacionan los puntos

\* Servicio de Medicina Interna, Hospital General de Ticomán, SS, México, DF.

Correspondencia: Dra. Reina Lucero Montaña Rocha. Hospital General de Ticomán, Plan de San Luis s/n, esq. Bandera, CP 07330, México, DF.

Recibido: noviembre, 2000. Aceptado: febrero, 2001.



individualmente suman un año de supervivencia en 50% o menos.<sup>3</sup>

**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 (seg)	< 14	15.0 - 17.0	> 18
Ascitis	Nada	Leve	Moderada/severa
Encefalopatía	Nada	Moderada (I - II)	Severa (III - IV)
Desgaste muscular	0	1 +	2 ó 3 +

Estadio A: 1 a 5 puntos, estadio B: 6 a 10 puntos, estadio C: 11 a 15 puntos.

La cirrosis alcohólica puede ser silente y 10 a 40% de los casos son descubiertos incidentalmente por laparotomía o autopsia. Aparece después de 10 años o más de consumo excesivo de alcohol y tiene un crecimiento lento durante semanas o meses. La disfunción hepatocelular se manifiesta con ictericia progresiva, sangrado del 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.<sup>4</sup>

Por lo general, la cirrosis hepática se acompaña de hipertensión portal, con las consecuentes manifestaciones clínicas, como hemorragia del tubo digestivo caracterizada por hematemesis y melena; esplenomegalia con hiperesplenismo; ascitis y encefalopatía hepática aguda o crónica.<sup>1</sup>

El sangrado del tubo digestivo alto comúnmente es secundario a la rotura de várices esofágicas en la región de la unión gastroesofágica y es una causa importante de morbilidad y mortalidad. Los pacientes con várices tienen un índice de fallecimiento 20 y 30% más alto a 2 y 5 años, respectivamente, que aquellos sin várices. El riesgo de sangrado depende de la gravedad de la enfermedad hepática, del tamaño de las várices y de la aparición en ellas de puntos rojos. 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 y coagulopatías.<sup>2</sup>

En la bibliografía escrita respecto al origen de la hemorragia del tubo digestivo alto en hepatopatía por alcohol, se ha reportado que la causa más frecuente es la rotura de várices esofágicas; sin embargo, no sabemos con certeza si esto corresponde a las personas con cirrosis hepática ingresadas en el Hospital General de Ticomán.

El propósito de este trabajo es conocer el origen del sangrado del tubo digestivo alto en pacientes con hepatopatía crónica por alcohol.

## MATERIAL Y MÉTODOS

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

Se excluyó de la investigación a los individuos con las siguientes condiciones: hepatopatía de origen no alcohólico, antecedentes de ingestión crónica de antiinflamatorios no esteroideos, discrasias sanguíneas, traumatismo nasal o epistaxis.

Los procedimientos realizados al inicio fueron: historia clínica, examen físico, con especial atención a su estado hemodinámico, citología hemática completa con diferencial, química sanguínea, pruebas de funcionamiento hepático total, electrolitos séricos, examen general de orina y placa de tórax.

## RESULTADOS

Ingresaron al estudio 26 pacientes y se obtuvieron los resultados mediante endoscopia de 19 hombres con edad de  $51.5 \pm 13.5$  años. Doce de los sujetos tuvieron sangrado del tubo digestivo alto por rotura de várices esofágicas (48%), cinco padecieron gastritis erosiva (20%), cuatro resultaron con gastropatía hipertensiva portal (16%), dos con úlcera gástrica (8%), uno con úlcera duodenal (4%) y otro con síndrome de Mallory-Weiss (4%) (cuadro 2).

**TESIS CON  
FALLA DE ORIGEN**

individualmente suman un año de supervivencia en 50% o menos.<sup>3</sup>

**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 (seg)	< 14	15.0 - 17.0	> 18
Ascitis	Nada	Leve	Moderada/severa
Encefalopatía	Nada	Moderada (I - II)	Severa (III - IV)
Desgaste muscular	0	1 +	2 ó 3 +

Estadio A: 1 a 5 puntos, estadio B: 6 a 10 puntos, estadio C: 11 a 15 puntos.

La cirrosis alcohólica puede ser silente y 10 a 40% de los casos son descubiertos incidentalmente por laparotomía o autopsia. Aparece después de 10 años o más de consumo excesivo de alcohol y tiene un crecimiento lento durante semanas o meses. La disfunción hepatocelular se manifiesta con ictericia progresiva, sangrado del 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.<sup>4</sup>

Por lo general, la cirrosis hepática se acompaña de hipertensión portal, con las consecuentes manifestaciones clínicas, como hemorragia del tubo digestivo caracterizada por hematemesis y melena; esplenomegalia con hiperesplenismo; ascitis y encefalopatía hepática aguda o crónica.<sup>1</sup>

El sangrado del tubo digestivo alto comúnmente es secundario a la rotura de várices esofágicas en la región de la unión gastroesofágica y es una causa importante de morbilidad y mortalidad. Los pacientes con várices tienen un índice de fallecimiento 20 y 30% más alto a 2 y 5 años, respectivamente, que aquellos sin várices. El riesgo de sangrado depende de la gravedad de la enfermedad hepática, del tamaño de las várices y de la aparición en ellas de puntos rojos. 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 y coagulopatías.<sup>2</sup>

En la bibliografía escrita respecto al origen de la hemorragia del tubo digestivo alto en hepatopatía por alcohol, se ha reportado que la causa más frecuente es la rotura de várices esofágicas; sin embargo, no sabemos con certeza si esto corresponde a las personas con cirrosis hepática ingresadas en el Hospital General de Ticomán.

El propósito de este trabajo es conocer el origen del sangrado del tubo digestivo alto en pacientes con hepatopatía crónica por alcohol.

## MATERIAL Y MÉTODOS

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

Se excluyó de la investigación a los individuos con las siguientes condiciones: hepatopatía de origen no alcohólico, antecedentes de ingestión crónica de antiinflamatorios no esteroideos, discrasias sanguíneas, traumatismo nasal o epistaxis.

Los procedimientos realizados al inicio fueron: historia clínica, examen físico, con especial atención a su estado hemodinámico, citología hemática completa con diferencial, química sanguínea, pruebas de funcionamiento hepático total, electrolitos séricos, examen general de orina y placa de tórax.

## RESULTADOS

Ingresaron al estudio 26 pacientes y se obtuvieron los resultados mediante endoscopia de 19 hombres con edad de  $51.5 \pm 13.5$  años. Doce de los sujetos tuvieron sangrado del tubo digestivo alto por rotura de várices esofágicas (48%), cinco padecieron gastritis erosiva (20%), cuatro resultaron con gastropatía hipertensiva portal (16%), dos con úlcera gástrica (8%), uno con úlcera duodenal (4%) y otro con síndrome de Mallory-Weiss (4%) (cuadro 2).

**TESIS CON  
FALLA DE ORIGEN**

individualmente suman un año de supervivencia en 50% o menos.<sup>3</sup>

**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 (seg)	< 14	15.0 - 17.0	> 18
Ascitis	Nada	Leve	Moderada/severa
Encefalopatía	Nada	Moderada (I - II)	Severa (III - IV)
Desgaste muscular	0	1 +	2 ó 3 +

Estadio A: 1 a 5 puntos, estadio B: 6 a 10 puntos, estadio C: 11 a 15 puntos.

La cirrosis alcohólica puede ser silente y 10 a 40% de los casos son descubiertos incidentalmente por laparotomía o autopsia. Aparece después de 10 años o más de consumo excesivo de alcohol y tiene un crecimiento lento durante semanas o meses. La disfunción hepatocelular se manifiesta con ictericia progresiva, sangrado del 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.<sup>4</sup>

Por lo general, la cirrosis hepática se acompaña de hipertensión portal, con las consecuentes manifestaciones clínicas, como hemorragia del tubo digestivo caracterizada por hematemesis y melena; esplenomegalia con hiperesplenismo; ascitis y encefalopatía hepática aguda o crónica.<sup>1</sup>

El sangrado del tubo digestivo alto comúnmente es secundario a la rotura de várices esofágicas en la región de la unión gastroesofágica y es una causa importante de morbilidad y mortalidad. Los pacientes con várices tienen un índice de fallecimiento 20 y 30% más alto a 2 y 5 años, respectivamente, que aquellos sin várices. El riesgo de sangrado depende de la gravedad de la enfermedad hepática, del tamaño de las várices y de la aparición en ellas de puntos rojos. 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 y coagulopatías.<sup>2</sup>

En la bibliografía escrita respecto al origen de la hemorragia del tubo digestivo alto en hepatopatía por alcohol, se ha reportado que la causa más frecuente es la rotura de várices esofágicas; sin embargo, no sabemos con certeza si esto corresponde a las personas con cirrosis hepática ingresadas en el Hospital General de Ticomán.

El propósito de este trabajo es conocer el origen del sangrado del tubo digestivo alto en pacientes con hepatopatía crónica por alcohol.

## MATERIAL Y MÉTODOS

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

Se excluyó de la investigación a los individuos con las siguientes condiciones: hepatopatía de origen no alcohólico, antecedentes de ingestión crónica de antiinflamatorios no esteroideos, discrasias sanguíneas, traumatismo nasal o epistaxis.

Los procedimientos realizados al inicio fueron: historia clínica, examen físico, con especial atención a su estado hemodinámico, citología hemática completa con diferencial, química sanguínea, pruebas de funcionamiento hepático total, electrolitos séricos, examen general de orina y placa de tórax.

## RESULTADOS

Ingresaron al estudio 26 nacientes y se obtuvieron los resultados mediante endoscopia de 19 hombres con edad de  $51.5 \pm 13.5$  años. Doce de los sujetos tuvieron sangrado del tubo digestivo alto por rotura de várices esofágicas (48%), cinco padecieron gastritis erosiva (20%), cuatro resultaron con gastropatía hipertensiva portal (16%), dos con úlcera gástrica (8%), uno con úlcera duodenal (4%) y otro con síndrome de Mallory-Weiss (4%) (cuadro 2).

**TESIS CON  
FALLA DE ORIGEN**

... y tres hombres con hemorragia masiva del tubo digestivo alto murieron antes de que se les hiciera una endoscopia. Los pacientes estaban en las clases B o C de la clasificación de Child.

#### de sangrado

Núm. de pacientes	Porcentaje
12	48
5	20
4	16
2	8
1	4
1	4

No pudimos deducir que las várices son la causa principal de sangrado del tubo digestivo alto en nuestros enfermos con cirrosis alcohólica en nuestro conocimiento de esta situación es importante que se permita iniciar rápidamente el tratamiento del episodio agudo, además de implantar medidas profilácticas, en especial en aquellos pacientes en los que es posible realizar un estudio endoscópico. Hay que señalar que el grado de severidad de la enfermedad no depende de la edad, sino con la cronicidad de la enfermedad, es decir, con un mayor daño

del tubo digestivo alto predominó en el grupo de mujeres. Sin embargo, las mujeres que acudieron a nuestro hospital experimentaron una hemorragia masiva, por lo que no se pudo realizar el estudio endoscópico. Esto concuerda con lo observado por otros autores, quienes consideran que el género femenino es un factor de riesgo para el desarrollo de cirrosis hepática y sus

complicaciones. Los resultados concuerdan con las estadísticas de otros autores. En Estados Unidos 60% de los pacientes con cirrosis hepática tienen várices esofágicas y experimentarán una hemorragia en un lapso promedio de 5 años. Además de que cada año hay 10% más de pacientes con cirrosis, con un riesgo de

muerte de 25 a 50% por episodio. El 70% de los sobrevivientes al primer episodio de sangrado experimentarán una recidiva, la mitad de ellos en los dos meses siguientes.<sup>6</sup>

Los pacientes que en nuestro medio acuden a consulta por hemorragia del tubo digestivo alto generalmente tienen 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 escasa supervivencia al sangrado (sólo 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).<sup>7</sup>

La gastritis erosiva, que ocupó el segundo lugar como causa de sangrado, seguramente es consecuencia del efecto irritante del alcohol sobre la mucosa gástrica, mientras que la tercera causa de hemorragia, la gastropatía portal hipertensiva, también es secundaria a la hipertensión portal que sufren estos pacientes,<sup>2</sup> y aunque el manejo inicial es el mismo (sostenimiento hemodinámico o el uso posterior de bloqueadores beta), se deberán implantar algunas acciones especiales, tales como el uso de la sonda de Seingstaken-Blakemore, de acuerdo con el origen del sangrado.

En conclusión, las várices esofágicas son la principal causa de hemorragia del tubo digestivo alto en pacientes con cirrosis hepática que llegan a nuestro hospital con sangrado activo.

El conocimiento de este hecho permitirá instalar un tratamiento dirigido, aun en ausencia de un estudio endoscópico, con un amplio margen de certeza.

#### REFERENCIAS

- Rubio-Guerra AF, Garamendi-Ugalde V, Meneses-Melo FC, Lozano-Nuevo JJ. Cirrosis hepática poseitilica como factor de riesgo para adquirir la hepatitis C. *Rev Med Hosp Gen (Mex)* 1995;58:144-7.
- Podolsky D, Isselbacher K. Major complications of cirrhosis. In *Harrison's Principles of Internal Medicine*. 14th ed., New York: Mc Graw Hill, 1998: 1710-7.
- Rubio AF, Sánchez RA, Lozano JJ y col. Alteraciones en el coagulograma por el manejo de la encefalopatía hepática con

... y tres hombres con hemorragia masiva del tubo digestivo alto murieron antes de que se les hiciera una endoscopia. Los pacientes estaban en las clases B o C de la clasificación de Child.

#### de sangrado

Núm. de pacientes	Porcentaje
12	48
5	20
4	16
2	8
1	4
1	4

No pudimos deducir que las várices son la causa principal de sangrado del tubo digestivo alto en nuestros enfermos con cirrosis alcohólica en nuestro conocimiento de esta situación es importante que se permita iniciar rápidamente el tratamiento del episodio agudo, además de implantar medidas profilácticas, en especial en aquellos pacientes en los que es posible realizar un estudio endoscópico. Cabe señalar que el grado de severidad de la enfermedad no depende de la edad, sino con la cronicidad de la enfermedad, es decir, con un mayor daño

del tubo digestivo alto predominó en el grupo de mujeres. Sin embargo, las mujeres que acudieron a nuestro hospital experimentaron una hemorragia masiva, por lo que no se realizó el estudio endoscópico. Esto concuerda con lo reportado por otros autores, quienes consideran que el género femenino es un factor de riesgo para el desarrollo de cirrosis hepática y sus

complicaciones. Los resultados concuerdan con las estadísticas reportadas por otros autores. En Estados Unidos 60% de los pacientes con cirrosis hepática tienen várices esofágicas y experimentarán una hemorragia en un lapso promedio de 5 años. Además de que cada año hay 10% más de pacientes con cirrosis, con un riesgo de

muerte de 25 a 50% por episodio. El 70% de los sobrevivientes al primer episodio de sangrado experimentarán una recidiva, la mitad de ellos en los dos meses siguientes.<sup>6</sup>

Los pacientes que en nuestro medio acuden a consulta por hemorragia del tubo digestivo alto generalmente tienen 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 escasa supervivencia al sangrado (sólo 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).<sup>7</sup>

La gastritis erosiva, que ocupó el segundo lugar como causa de sangrado, seguramente es consecuencia del efecto irritante del alcohol sobre la mucosa gástrica, mientras que la tercera causa de hemorragia, la gastropatía portal hipertensiva, también es secundaria a la hipertensión portal que sufren estos pacientes,<sup>2</sup> y aunque el manejo inicial es el mismo (sostenimiento hemodinámico o el uso posterior de bloqueadores beta), se deberán implantar algunas acciones especiales, tales como el uso de la sonda de Seingstaken-Blakemore, de acuerdo con el origen del sangrado.

En conclusión, las várices esofágicas son la principal causa de hemorragia del tubo digestivo alto en pacientes con cirrosis hepática que llegan a nuestro hospital con sangrado activo.

El conocimiento de este hecho permitirá instalar un tratamiento dirigido, aun en ausencia de un estudio endoscópico, con un amplio margen de certeza.

#### REFERENCIAS

- Rubio-Guerra AF, Garamendi-Ugalde V, Meneses-Melo FC, Lozano-Nuevo JJ. Cirrosis hepática posestilica como factor de riesgo para adquirir la hepatitis C. *Rev Med Hosp Gen (Mex)* 1995;58:144-7.
- Podolsky D, Isselbacher K. Major complications of cirrhosis. In Harrison's Principles of Internal Medicine. 14th ed., New York: Mc Graw Hill, 1998: 1710-7.
- Rubio AF, Sánchez RA, Lozano JJ y col. 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-Mc Graw Hill, 1997:546-51.
  5. Ikejima K, Enomoto N. Estrogen increases sensitivity of hepatic Kupffer cells to endotoxin. Am J Physiol 1998;274:669-76.
  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: UNAM, 1987.

## IX Congreso Mundial de Dermatología Pediátrica

Del 20 al 24 de octubre del 2001

Cancún, México

Los últimos avances clínicos y terapéuticos tratados por los especialistas y líderes en el tema. Se invita a participar con trabajos libres y minicasos.

Idioma oficial: Inglés. Traducción simultánea al español en las conferencias magistrales, simposios y controversias del salón principal.

Sede: Hotel Hilton Cancun Beach and Golf Resort.

*Informes:*

**Secretaría general**

Dra. Carola Durán McKinster

Insurgentes Sur 3700-C, México, DF, 04530. Tel.: (52) 5528-2211.

Fax: (52) 5606-6365, 5666-9882. E-mail: rrm@sevidor.unam.mx

**Secretaría técnica**

Servimed SA de CV

Insurgentes Sur 1188-507, México, DF, 03210. Tel.: (52) 5575-9931,

5575-9861. Fax: (52) 5559-9497, 5575-9937.

E-mail: cpedderm@servimed.com.mx

Página web: www.servimed.com.mx

