

UNIVERSIDAD DE SAN CARLOS DE GUATEMALA
DEPARTAMENTO DE MEDICINA
FACULTAD DE CIENCIAS MEDICAS

HEMORRAGIA GASTROINTESTINAL SUPERIOR

(Revisión de casos en el Hospital Roosevelt)

TESIS

PRESENTADA A LA JUNTA DIRECTIVA DE LA

FACULTAD DE CIENCIAS MEDICAS

DE LA UNIVERSIDAD DE SAN CARLOS DE GUATEMALA

POR

FRANCISCO ROLANDO VASQUEZ BLANCO

EN EL ACTO DE SU INVESTIDURA DE

MEDICO Y CIRUJANO

Asesor: Dr. César A. Hernández Santiago.

Revisor: Dr. Rodolfo Solís Hegel.

GUATEMALA, JUNIO DE 1965.

INDICE

	Pág.
Capítulo I INTRODUCCION	11
Capítulo II ANTECEDENTES	13
Capítulo III OBJETIVOS	15
Capítulo IV MATERIAL Y METODOS	17
Capítulo V RESULTADOS	19
Capítulo VI DISCUSION	33
Capítulo VII CONCLUSIONES	41
Capítulo VIII SUMARIO	43
Índice	45
Bibliografía	49

CAPITULO I

INTRODUCCION

La Hemorragia Gastrointestinal Superior es uno de los estados patológicos más alarmantes para quien la padece, debido a lo impresionante de sus manifestaciones. Dado que son varias las causas capaces de dar lugar a un mismo complejo sintomático manifestado por hematemesis, melena o ambas y que puede llegar a adquirir tales grados de severidad que llegan a poner en peligro la vida del enfermo, así mismo porque existen diferencias en cuanto a tratamiento se refiere según sean los factores causales, la hemorragia gastrointestinal superior se considera una de las urgencias médicas que exigen cuidados inmediatos y el uso de todos los métodos de diagnóstico al alcance para evidenciar su origen con prontitud y poder establecer una terapéutica adecuada.

En el presente trabajo hemos comprendido casos de grado variable de severidad, pero consideramos como es natural, que son los casos de hemorragia masiva los que requieren un manejo realmente adecuado.

CAPITULO II

ANTECEDENTES

Por ser el tema que tratamos sumamente amplio, en la literatura se encuentran numerosas publicaciones que lo abordan en conjunto o bien desde alguno de sus ángulos aisladamente, como etiología, métodos de diagnóstico, modalidades de tratamiento y manejo de los casos, etc., por lo que estimamos que citar aquí todo lo que se ha escrito al respecto, equivaldría únicamente a hacer una lista bibliográfica del tema.

En nuestro medio encontramos trabajos entre los que podemos citar los siguientes: Hemorragias por várices del esófago, por el Dr. R. Arroyave, trabajo presentado al XIII Congreso Nacional de Medicina. Tratamiento de la Hematemesis, por el Dr. A. Castañeda, publicación aparecida en el número X de la Revista del Colegio de Médicos y Cirujanos. Hemorragia Gastrointestinal por los doctores J. Fajardo, L. Carrascosa y O. Daetz, trabajo presentado al X Congreso Interamericano de Medicina. De los mencionados, es este último el que encontramos más similar al que nos proponemos realizar.

CAPITULO III

OBJETIVOS

Es nuestro propósito hacer el análisis de un grupo de casos que se presentaron en los departamentos de Medicina y Cirugía del Hospital Roosevelt, con el objeto de establecer la frecuencia de la Hemorragia Gastrointestinal Superior en nuestro medio, las causas que lo producen y la comparación de las mismas con algunas series similares, las características del padecimiento reviste entre nosotros, los métodos de diagnóstico y tratamiento empleados, la mortalidad y muy especialmente trataremos de recomendar normas que conduzcan a su manejo adecuado de los casos para solucionarlos en forma apropiada.

Espero que los datos obtenidos sean de algún valor para contribuir a conocer las características más importantes de las enfermedades patológicas en nuestro medio.

CAPITULO IV

MATERIAL Y METODOS

Se revisaron 73 registros médicos, correspondientes a casos de Hemorragia Gastrointestinal Superior que se presentaron en los Departamentos de Medicina y Cirugía del Hospital Roosevelt, durante el período de tres años de 1959 a 1961 inclusive. Analizando dichos casos se trató de establecer la incidencia, considerando el número total de ingresos al hospital y en particular a los departamentos donde se realiza el estudio. Se tratan de conocer las épocas del año, en que la incidencia de Hemorragia Gastrointestinal es mayor en nuestro medio.

Se analiza la edad de los pacientes, clasificándolos en grupos de edades desde los 11 hasta los 80 años. En cuanto al sexo, hay que considerar que durante el período de tiempo estudiado, han funcionado en el Hospital Roosevelt, secciones destinadas sólo a pacientes del sexo masculino, excepto en la sección de semiprivados y empleados públicos en donde se admiten pacientes de ambos sexos.

Se estudia el lugar de origen y la proveniencia del área urbana o de la rural. La clasificación de la raza en nuestro medio está basada más sobre patrones culturales que raciales propiamente dichos, por lo que se consideran ladinos, indígenas y pertenecientes a otras razas.

El aspecto de la profesión u oficio es también incluido en el estudio, habiendo que considerar que por ser el Hospital un centro de caridad, la mayoría de los pacientes que buscan sus servicios realizan en su mayor parte un trabajo físico y son de escasos recursos económicos. Se estudiaron los an-

tecedentes de los pacientes en los siguientes aspectos: Historia pasada de alcoholismo, episodios previos de hemorragia, y aspectos que fueran de importancia para orientar hacia el diagnóstico etiológico.

En cuanto a las manifestaciones clínicas, se consideraron pacientes que comunicaban historia de hemorragia reciente, pero que no la presentaban en forma aparente en el momento de su hospitalización y los que la habían tenido muy poco antes, o la presentaban activamente; se estudia en todo el grupo, la forma de hacerse evidente la hemorragia, así como las repercusiones de orden general que hayan existido como consecuencia de la misma, tales como presencia o ausencia de shock y alteraciones de los valores de hemoglobina y hematocrito.

Se llega a establecer el porcentaje en que las diferentes causas son responsables de la hemorragia y asimismo los casos en que no se pudo llegar a ninguna conclusión definitiva. Se analizan los métodos de diagnóstico usados para llegar a dichas conclusiones.

Son revisados los lineamientos generales de tratamiento, desde el punto de vista médico y quirúrgico, según los casos; llegando a la clasificación final, según la evolución de los mismos, en a) Curado; b) Mejorado; c) No mejorado; d) Egreso en contra-indicación; y e) Muerto.

Se analiza por fin la mortalidad, relacionándola con la causa productora o responsable de la hemorragia y con la edad de los pacientes fallecidos.

Edad. l
pacientes e
que corres
décadas de

CAPITULO V

RESULTADOS

Incidenia. En el período de tres años que ha comprendido esta revisión, se encontraron setenta y tres casos de Hemorragia Gastrointestinal Superior. Durante el tiempo ya mencionado, hubo en los departamentos hospitalarios donde este trabajo se realiza, un total de 6.776 ingresos, lo que nos da una incidencia del 1.07 %.

Considerando el total de ingresos al hospital que fue de 50.851, durante el mismo período de tiempo obtenemos una cifra de 0.14%, pero hay que considerar que 35.226 ingresos correspondieron sólo al departamento de Maternidad, por lo que creemos una cifra más representativa la primera.

La distribución de los casos durante los meses del año, nos dio una mayor incidencia para los meses de octubre y abril, obteniéndose el menor número durante marzo y diciembre (Figura Nº 1).

DISTRIBUCIÓN DE CASOS EN LOS MESES DEL AÑO

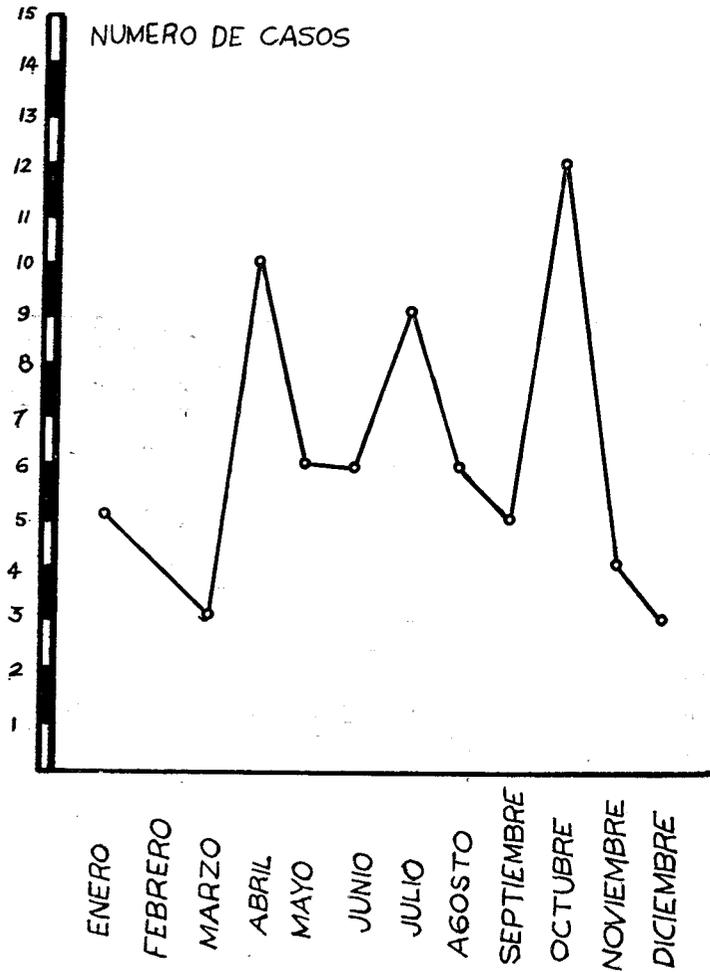


FIGURA-1

Edad. La cuarta década de la vida, fue la edad de los pacientes en que más casos se presentaron, un total de 24 que corresponden a 32.9%, siguieron la tercera y la séptima décadas de la vida con 11 casos (15.0%) cada una (Figura N° 2).

DISTRIBUCIÓN POR EDADES.

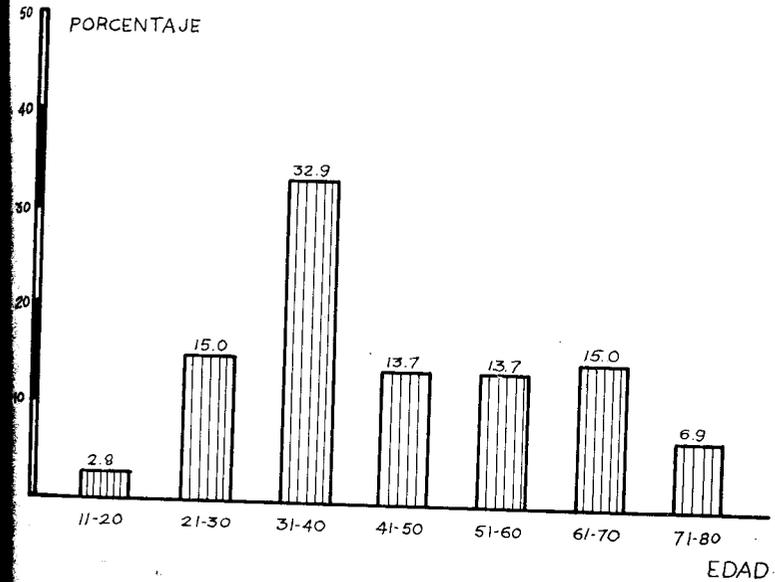


FIGURA-2

Sexo. Setenta y dos pacientes (98.6%) fueron del sexo masculino y solamente un caso (1.4%) del sexo femenino. Hay que anotar de nuevo, que en el Hospital Roosevelt funcionaron durante los años estudiados servicios sólo para hombres, excepto en las secciones de semiprivados y empleados públicos.

Raza. El 94.7% de los pacientes fueron ladinos, 2.7% indígenas y una cantidad igual de otras razas, un caso de raza amarilla y otro de raza negra (Cuadro No. 1).

Ladina	69	94.7
Indígena	2	2.7
Amarilla	1	1.3
Otras		
Negra	1	1.3
Total	73	100.0

CUADRO No. 1

Ocupación. Encontramos en los setenta y tres casos estudiados, que se dedicaban a 26 ocupaciones, habiendo 10 que eran comerciantes, número igual de oficinistas, 7 jornaleros, 6 albañiles, 5 mecánicos, 5 agricultores, y de las restantes profesiones u oficios hubo cuatro o menos casos, y en varias oportunidades solamente uno.

Lugar de Residencia. 89.0% eran procedentes del área urbana mientras que el 11.0% eran de la rural (Cuadro No. 2).

PROCEDENCIA

	CASOS	%
Urbana	65	89.0
Rural	8	11.0
Total	73	100.0

CUADRO No. 2

Origen. Los lugares de origen de las personas estudiadas fueron también muy variados: 3 pacientes eran extranjeros, y de los restantes nacidos en Guatemala, la mayoría que corresponde a 37 casos, eran nacidos en el Departamento de Guatemala, 7 de Chimaltenango y de los demás departamentos de la República hubo cuatro o menos de cada uno.

Antecedentes. Veintinueve de los pacientes (39.7%), refirieron antecedentes de alcoholismo, muchos de ellos en tiempos recientes, y otros como hábito en alguna época de la vida. El 60.3% no acusaron ningún antecedente al respecto (Cuadro No. 3).

ALCOHOLISMO

	CASOS	%
Con antecedentes	29	39.7
Sin antecedentes	44	60.3
Total	73	100.0

CUADRO No. 3

Veinte de los casos (27.3%) habían sangrado en alguna ocasión previa, 18 en una oportunidad, uno en dos ocasiones, y uno que presentaba más de tres episodios de hemorragia previa (Cuadro No. 4).

HEMORRAGIA PREVIA

	CASOS	%
Sin antecedentes de Hemorragia	53	72.6
Un episodio	18	
Con antecedentes de hemorragia		27.4
Dos episodios	1	
Tres o más episodios	1	
Total	73	100.0

CUADRO No. 4

Manifestación de Hemorragia. En treinta pacientes (41.1%), la hemorragia gastrointestinal se manifestó en forma de hematemesis, en once de ellos (15.0%) en forma de melena, y en treinta y uno (42.5%) hubo hematemesis y melena; en un caso no se pudo analizar este aspecto por falta de información adecuada (Cuadro No. 5).

MANIFESTACION DE HEMORRAGIA

	CASOS	%
Hematemesis	30	41.1
Melena	11	15.0
Hematemesis y Melena	31	42.5
Sin información	1	1.4
Total	73	100.0

CUADRO No. 5

Consecuencia de la Hemorragia. El shock como consecuencia de la hemorragia estuvo presente en el 12.3 %, no existiendo esta complicación en el 87.7% restante. En los exámenes hematológicos que se practicaron, la Hemoglobina llegó a 10 gramos % o menos, o bien el Hematocrito a 30% o menos, en treinta y cinco pacientes; el resto de los casos presentaron durante toda su hospitalización valores mayores a los mencionados (Cuadro No. 6).

NIVELES DE HEMOGLOBINA

	CASOS	%
Hemoglobina 10 gr. % o menos	35	47.9
Hematocrito y/o 30% o menos		
Hemoglobina mayor de 10 gr.%	38	52.1
Hematocrito y/o mayor de 30%		
Total	73	100.0

CUADRO No. 6

Rayos X. Se efectuó estudio radiológico del tracto gastrointestinal superior a 60 pacientes (82.2%), quedando 17.8% sin el mismo. A un 26% del total le fue practicado dicho estudio dentro de las 48 horas que siguieron al momento de admisión, siendo esta nuestra base para catalogarlo co-

mo estudio precoz, no pudimos obtener datos ciertos si se realizaron o no algunos estudios mientras existía hemorragia activa, pero informados de la conducta usual en el hospital, creemos que no. Las razones para no practicar el estudio, en quienes no lo tuvieron, fue la imposibilidad de realizarlo por malas condiciones del paciente, presencia súbita de hemorragia en el curso de otra enfermedad severa, o falta de colaboración.

ESTUDIO RADIOLOGICO

	CASOS	%
Estudio precoz	19	26.0
Estudio tardío	41	56.2
Sin estudio	13	17.8
Total	73	100.0

CUADRO No. 7

Endoscopia. Nueve casos (12.3%) tuvieron estudios endoscópicos, siendo tres de ellos esofagoscopia, cinco gastroscopia, y un paciente que fue sometido a ambos procedimientos. Los casos estudiados en esta forma dieron un 55.5% de datos de utilidad para el diagnóstico y en el 44.5% no se obtuvo ninguna orientación con el procedimiento, debido a esto último la mayoría de las veces, a dificultades técnicas (Cuadro No. 8).

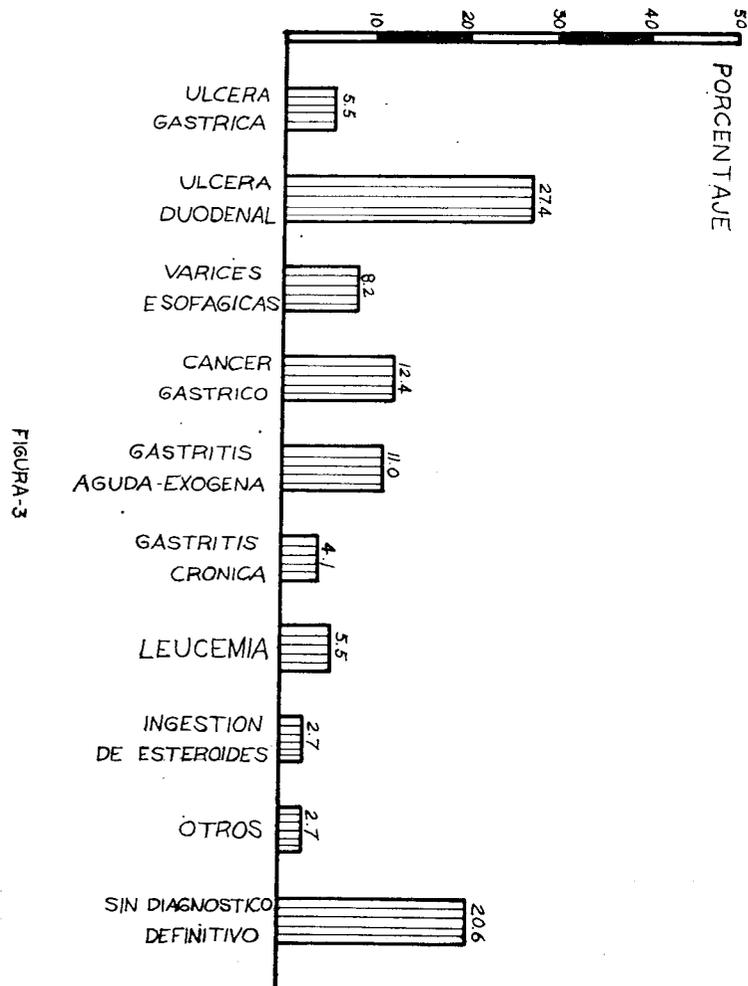
USO DE ENDOSCOPIA

PROCEDIMIENTO	CASOS	%
Esofagoscopia	3	12.3
Con Endoscopia Gastroscopia	5	
Ambas	1	
Sin Endoscopia	64	87.7
Total	73	100.0

CUADRO No. 8

Diagnóstico. Se llegó a un diagnóstico etiológico en cincuenta y ocho pacientes, lo que corresponde al 79.4% catalogados en la siguiente forma: 20 casos de Ulcera Duodenal (27.4%); 4 casos de Ulcera Gástrica (5.5%) que hace un total

de 32.9% para Úlceras; Cáncer Gástrico 9 casos (12.4%); Gastritis aguda exógena 8 casos (11.0%); Várices Esofágicas 6 casos (8.2%); Leucemia 4 casos (5.5%); Gastritis Crónica 3 casos (4.1%); Ingestión prolongada de esteroides 2 casos (2.7%); Ingestión de cáustico, y ulceraciones múltiples del esófago de etiología desconocida, un caso de cada uno para total de 2.7%. No se llegó a ningún diagnóstico definitivo en 15 casos (20.6%). (Figura No. 3).



Se llegó al diagnóstico definitivo de úlcera gástrica, en tres casos por medio de los rayos X, y en uno fue la autopsia la que evidenció la úlcera, no habiéndose practicado en este paciente ningún procedimiento de diagnóstico.

De las 20 úlceras del duodeno, 19 fueron diagnosticadas radiológicamente, dos de ellas comprobadas anatomopatológicamente en piezas quirúrgicas obtenidas y otra visualizada durante el acto operatorio, pero sin ser reseada; la otra se diagnosticó en la operación, de un paciente que ingresó por melena, en quien coincidía con estenosis del esófago por ingestión de cáustico.

De los seis casos de várices esofágicas, tres eran consecutivos a cirrosis post-necrótica, siendo ésta comprobada en dos de los casos a la autopsia, y uno por medio de biopsia hepática; otro caso fue de una cirrosis no clasificada y que fue diagnosticada clínicamente y por datos de laboratorio; un caso de probable trombosis de la vena porta, en el que biopsia hepática y datos de laboratorio fueron normales, pero se evidenciaron várices del esófago por medio de rayos X y esofagoscopia, y se obtuvo sangre proveniente del esófago por la sonda de Nachlas en el momento de la hemorragia; en el último, se demostraron las várices con rayos X y por medio de cirugía, pero no se aclaró satisfactoriamente su origen, siendo las posibilidades más aceptables cirrosis post-necrótica, o trombosis de la porta.

El diagnóstico definitivo de cáncer del estómago se hizo en los nueve casos por anatomía patológica, seis autopsias, dos biopsias tomadas durante acto quirúrgico por lesiones inoperables, y uno por examen de pieza obtenida en caso de gastrectomía subtotal paliativa. En cuatro de éstos hubo estudio radiológico que dio el diagnóstico; en tres hubo fuerte sospecha del mismo, y dos no fueron sometidos a estudio con rayos X. En un caso se intentó gastroscopia, no obteniéndose datos por imposibilidad de franquear el cardias.

En los ocho casos diagnosticados como gastritis aguda exógena había historia de fuerte ingesta alcohólica durante varios días antes de establecimiento del período de hemorragia; en cinco de ellos la serie gastrointestinal fue normal; uno evidenció cambios atribuibles a inflamación del tubo

El diagnóstico en los cuatro casos de leucemia fue hecho por datos de laboratorio, tres eran de tipo mieloide, y uno linfoide. En dos de ellos fue comprobado el diagnóstico en la autopsia.

Los casos de gastritis crónica fueron diagnosticados por medio de gastroscopía, siendo dos de ellos del tipo hipertrófico, y uno comprobado en anatomía patológica por estudio de pieza quirúrgica fue gastritis atrófica.

Dos pacientes, uno con asma bronquial y otro con artritis reumatoidea, habían tomado esteroides por períodos prolongados de tiempo, desconociéndose las dosis exactas de los mismos; en ninguno de los dos se obtuvieron datos de importancia con el estudio radiológico gastrointestinal superior.

Los casos catalogados con otros diagnósticos, dos en total, corresponden a un paciente quien al séptimo día postoperatorio de colecistectomía y coledocostomía, presentó hematemesis severa, que se repitió en igual forma en dos oportunidades más, falleciendo en shock irreversible, la autopsia reveló ulceraciones esofágicas múltiples de etiología desconocida, colangitis supurada, y peritonitis biliar enquistada además de hemorragia gastrointestinal masiva. El otro tuvo hematemesis poco después de ingerir ácido clorhídrico con fines suicidas, desarrollando posteriormente estenosis esofágica a nivel del cayado aórtico. Los casos considerados como sin diagnóstico definitivo, 15 en total, fueron sometidos a estudio radiológico menos uno; en tres de ellos, el estudio fue temprano, en 3 fueron practicados procedimientos endoscópicos, tres tuvieron biopsia hepática normal; los exámenes de laboratorio fueron efectuados en forma satisfactoria en 12, en 3 fueron incompletos; en resumen fueron pocos los casos que tuvieron un estudio realmente exhaustivo para determinar el punto de origen de la hemorragia.

En 39 de los 58 casos en que se llegó a un diagnóstico, sea en el 67.2% existían antecedentes o datos de la historia reciente que daban alguna orientación hacia el diagnóstico alcanzado, mientras que no fueron encontrados en el 32.8%. Considerando este aspecto en forma aislada, encontramos que hubo estos antecedentes en el 66.6% de los casos de úlcera en el 83.4% de vrices del esófago, en el 77.8% de cáncer de estómago, 75.0% de los casos de leucemia, y en el 100.0% de las gastritis agudas exógenas (Cuadro No. 9).

	CASOS	%
Existencia de datos	39	67.2
Falta de datos	19	32.8
Total:	58	100.0

CUADRO No. 9

Mortalidad. De los sesenta y tres pacientes estudiados, once fallecieron, lo que nos da una mortalidad del 19.2% (Cuadro No. 10).

MORTALIDAD

	CASOS	%
FALLECIDOS	14	19.2
VIVOS	59	80.8
TOTAL:	73	100.0

CUADRO No. 10

El 50% eran casos con el diagnóstico de Cáncer del Esófago, 21.4% de Leucemia, el 14.3% de Vrices Esofágicas, 7.15% de úlcera gástrica y cantidad igual de Ulceraciones múltiples del esófago de etiología desconocida (Figura No. 4).

MORTALIDAD.

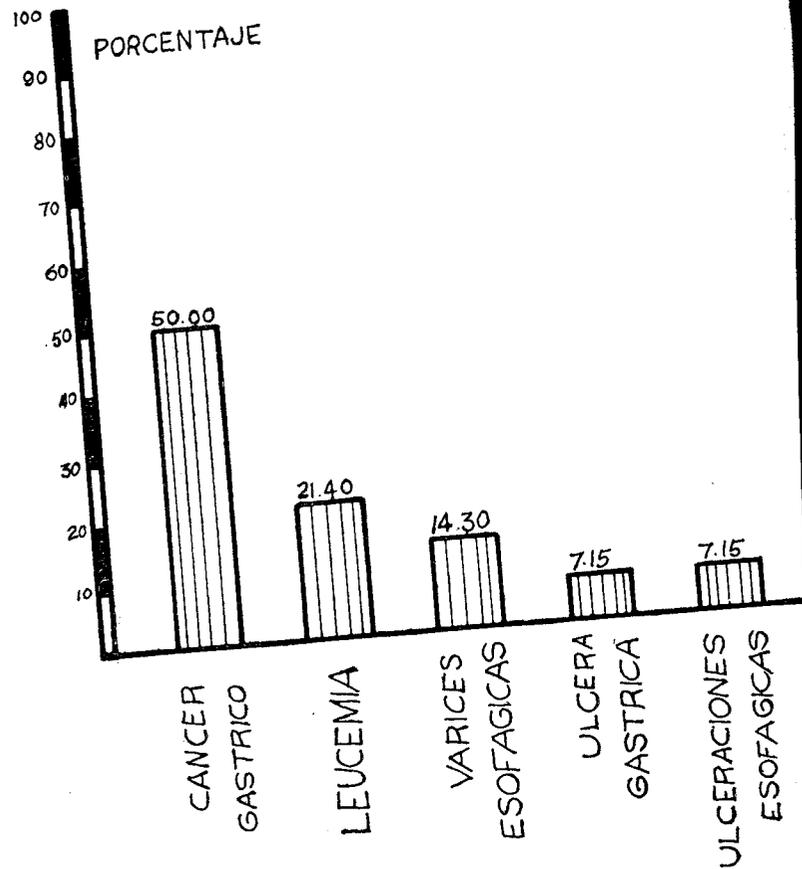


FIGURA-4

La mortalidad fue más notable, cuanto más avanzada edad de los pacientes, diez casos, correspondientes al 71.6% de los fallecimientos ocurrieron en personas mayores de 65 años, siendo la mitad de los mismos de más de 65 años de edad. La mortalidad durante las cinco primeras décadas de la vida se presentó muy uniforme, con un caso cada una a partir de la segunda. El mayor grado de mortalidad cor-

30

pondió a la sexta década, con cinco casos que equivale al 35.8% del total de fallecidos; le siguen la octava y la séptima décadas (Figura No. 5).

MORTALIDAD POR EDADES.

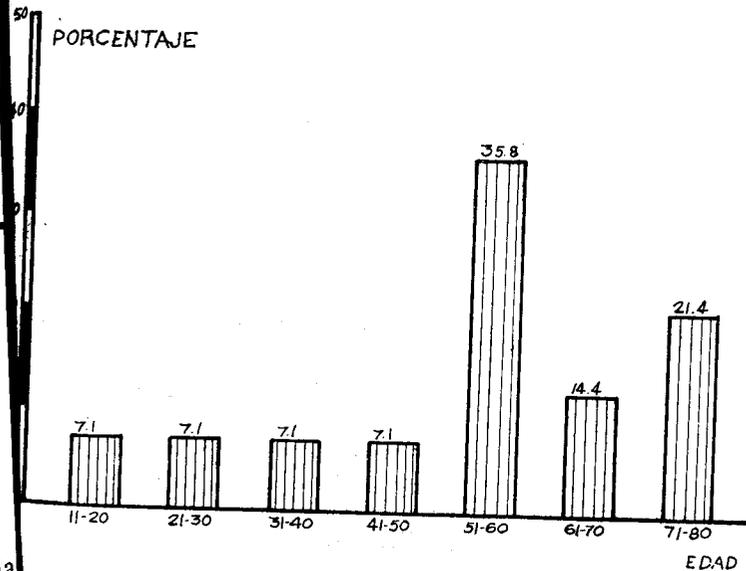


FIGURA-5

Tratamiento. Diecinueve de los veinticuatro pacientes diagnóstico de úlcera, fueron tratados médicamente, obteniendo buenos resultados en dieciocho de ellos, el otro falleció al poco tiempo de haber ingresado en muy malas condiciones. Cinco de estos casos recibieron tratamiento quirúrgico consistente en antrectomía y vagotomía en tres de ellos, gastrectomía subtotal en otro, y al que presentaba asociación con estenosis cicatricial del esófago vaguectomía y esofagectomía parcial y esofagoplastia al mismo tiempo de esofagotomía parcial y esofagotomosis esofagogástrica. En ninguno de los casos, el tratamiento quirúrgico fue practicado de emergencia, sino como indicación de tratamiento quirúrgico de la úlcera, habiéndose obtenido buenos resultados con el mismo.

Entre los casos de várices del esófago, sólo uno fue sometido a cirugía, practicándosele derivación espleno-renal, después de haber controlado la hemorragia por medio de ta-

CAPITULO VI

DISCUSION

ponamiento con sonda de Nachlas; tres de los pacientes fallecieron, dos debido a shock, y uno por reacción transfusional; ¿incompatibilidad? en un caso se controló la hemorragia con el balón de Nachlas, y en el último sólo se dio tratamiento de la cirrosis, por no haber continuado con hemorragia desde su admisión al hospital.

De los nueve casos de Cáncer del estómago, tres recibieron tratamiento quirúrgico, uno por hemorragia repetida y continuada, encontrando lesión inoperable, a los otros se les hicieron procedimientos paliativos después de ceder la hemorragia.

Los ocho casos de gastritis aguda exógena tuvieron excelente respuesta al tratamiento médico instituido. Un caso diagnosticado por anatomía patológica como gastritis crónica atrófica, fue sometido a gastrectomía parcial, debido a hemorragia persistente, habiéndose obtenido buenos resultados.

Todos los casos en los que no se llegó a establecer un diagnóstico definitivo, recibieron tratamiento médico similar al de los casos de úlcera péptica y en los casos que fue necesario, tratamiento del shock y reposición de sangre por medio de transfusiones. Todos los pacientes de este grupo salieron asintomáticos del hospital, excepto uno que presentó anemia severa en quien a pesar de estudio exhaustivo no se determinó su causa, catalogándose como anemia normocítica idiopática. Al considerar la condición final de descargo de los pacientes del hospital, fueron clasificados en la siguiente forma, que se expresa en el cuadro No. 11. Curados: 11 casos; Mejorados: 40; No mejorados: 4; Egreso a pesar de contraindicación: 4; Muertos: 14

CONDICION DE DESCARGO DEL HOSPITAL

	CASOS	%
Curados	11	15.0
Mejorados	40	54.8
No mejorados	4	5.5
Egreso de contraindicación	4	5.5
Muertos	14	19.2
Total	73	100.0

CUADRO No. 11

Son variadas las causas que pueden dar origen al cuadro de Hemorragia Gastrointestinal Superior, por lo que creo conveniente hacer mención de las más importantes de ellas.

- 1) Enfermedades del esófago:
Várices esofágicas,
Esofagitis,
Úlcera péptica del esófago,
Tumores benignos y malignos,
Síndrome de Mallory-Weiss.
- 2) Enfermedades del estómago y duodeno:
Úlcera péptica crónica,
Úlcera péptica aguda,
Gastritis y erosiones del estómago,
Tumores benignos y malignos,
Hernia Diafragmática,
Divertículos gástricos y duodenales.
- 3) Discrasias sanguíneas;
- 4) Enfermedades de los vasos sanguíneos;
- 5) Enfermedades de órganos vecinos:
Hemobilia;
Ruptura de aneurisma hacia el tracto gastrointestinal;
- 6) Enfermedades sistémicas:
Amiloidosis,
Mieloma,
Uremia.

Las últimas mencionadas son mucho más raras que las primeras, existiendo aún otras menos frecuentes que no mencionamos por no considerarlo el objeto de este trabajo.

La causa más frecuentemente encontrada y descrita es la úlcera péptica; Bockus menciona estudios en los que es responsable de la hemorragia en cifras que varían entre el 72 y el 92% (4); Harkins y Nyhus le dan un valor de 85% (9); Roessel y Greenbaum (19) en su estudio sobre un número de casos similar al nuestro (ochenta y cinco) describen los siguientes resultados:

Úlcera duodenal	47 %	
Úlcera gástrica	24 %	78%
Úlcera anastomótica	7 %	
Gastritis erosiva	5 %	
Várices gastroesofágicas	5 %	
Hernia del hiato	2 %	
Tumor del intestino delgado	1 %	
Sitio desconocido	9 %	

Por otra parte Mage y Payson (14) estudiando 150 casos obtuvieron lo siguiente:

Úlcera duodenal	40 %	
Úlcera gástrica	16 %	60%
Úlcera gastroyeyunal	4 %	
Várices esofágicas	15 %	
Gastritis aguda	8 %	
Otras causas	5 %	
(leiomioma, carcinoma, uremia, stronyuloides)		
Sitio no determinado	10 %	

Al comparar lo anterior con nuestros resultados, sobresale en éstos el número elevado de casos en los que no se llegó a establecer el punto de la hemorragia lo que creo pueda deberse al uso deficiente de los métodos de diagnóstico. La úlcera péptica ocupa también el primer lugar como factor causal, pero no en la proporción que usualmente se describe, ya que el 32.9% obtenido, está bastante por debajo de las cifras anotadas anteriormente. El número elevado de cáncer del estómago que se encontró en nuestros pacientes creo que se debe a que incluimos todos los casos de hemorragia sin depender de la severidad de la misma, mientras que en los estudios anteriormente mencionados, la mayoría son

casos de hemorragia severa, cuadro que no es frecuentemente causado por el cáncer. Llama también la atención el número relativamente alto de gastritis, especialmente las clasificadas como agudas exógenas, todas de origen alcohólico, clasificación bajo la cual creemos que puedan haberse escapado algunos casos de Síndrome de Mallory-Weiss, o de úlcera péptica en los que la ingesta alcohólica haya sido una causa coadyuvante al inicio del sangramiento.

La forma de manifestarse al hemorragia puede ser hematemesis, melena o ambas, y los grados de severidad pueden variar desde aquellos en que no se modifica en forma apreciable el estado general, hasta los descritos como "hemorragia masiva", para cuya consideración los criterios son un poco variables, pareciéndonos adecuado el que las considere así: cuando se presenta desvanecimiento, hipotensión ortostática o síntomas de shock, incluyendo caída del hematocrito o menos de 28%, hemoglobina de menos de 8.5 gr. % y pérdida del 30% del volumen circulatorio (9). Cabe aquí mencionar la influencia que puede tener la desnutrición y anemia crónica, al considerar una hemorragia como masiva cuando en realidad no lo es, o el caso contrario al practicar determinaciones en muestras tomadas antes que se haya producido hemodilución (9). Como es natural son los casos que caen en la categoría anteriormente referida, los que presentan los mayores problemas y en los que se impone un manejo lo más adecuado posible, ya que los pacientes en quienes el cuadro es menos severo, permiten realizar los procedimientos en relativamente buen estado, no constituyendo una emergencia tan importante como en las otras condiciones.

Antes de tratar sobre los diferentes aspectos que pueden orientar hacia la localización del punto que sangra, hay que mencionar que antes que nada se debe mantener al paciente en buenas condiciones, haciendo tratamiento del shock con los métodos usuales o previniendo la presencia del mismo, y desde el principio el manejo debe ser guiado por el internista y el cirujano en conjunto.

A) **Historia y examen físico:** La información proporcionada por ellos se considera de utilidad en el 60 al 80% de los casos (4,9,23), siendo útil recordar los hechos ya conocidos, de pacientes en quienes se ha diagnosticado previamente úlcera de localización determinada y presentan hemorragia proveniente de otra causa; o bien los casos de cirrosis hepática, en los que se presenta con frecuencia la asociación de

úlcera péptica capaz de motivar el cuadro de hemorragia (4).

En nuestros casos tuvimos un 67.5% en los que el diagnóstico sugerido por la historia y examen físico fue comprobado como la causa de la hemorragia.

Creo conveniente mencionar aquí también, por ser un dato de examen físico que proporciona un índice grueso de la alteración del volumen circulatorio, o la inminencia de shock, la práctica del Tilt test, el que es indicador de mecanismos de compensación inadecuados, cuando después de tomar los signos vitales del paciente en posición de decúbito inclinar luego la cabeza y tronco hasta 75° colocándolo semisentado, se produce una aceleración del pulso en más de 30 por minuto o una baja de la presión arterial de más de 15 mm. de Hg. en la máxima o 5 mm. de Hg. en la mínima (4).

B) Procedimientos de Laboratorio:

1) Valoración del estado general del paciente por medio de hemoglobina, hematocrito y volumen sanguíneo.

2) Pruebas hepáticas: tendientes primordialmente a establecer la existencia de cirrosis del hígado que pueda ser causa de várices esofágicas. La más corriente es la Bromosulfaleína, a la que se considera de utilidad para pensar en ausencia de la enfermedad cuando está por debajo del 5% de retención, o para sospecharla fuertemente cuando es mayor de 15%, pero lo más importante según Belkin (2) es cuando está asociada a valores normales de amonio en el primer caso, o elevados en el segundo, ya que cuando sucede anoxia hepática debido a la hemorragia, la Bromosulfaleína puede subir sin producirse alteraciones en los niveles de amonio. Se suelen practicar otros exámenes como la turbidez del timol, niveles de bilirrubina, proteínas del suero y relación albúmina globulina, pero no dan un índice tan fiel.

3) Exámenes tendientes a eliminar discrasias sanguíneas: Tiempo de protrombina, tiempo de coagulación y sangría, recuento de plaquetas, retracción del coágulo, frote de sangre periférica, cuyo uso puede no ser rutinario, pero sí de utilidad en los casos de diagnóstico incierto.

4) Otros exámenes menos frecuentes como la dosificación de pepsinógeno en sangre y orina que está marcadamente elevado en los casos de úlcera duodenal (4).

los productos nitrogenados de la sangre; siendo su utilidad para la valoración de la persistencia de hemorragia o de daño renal como consecuencia del shock.

C) **Estudio radiológico del tracto gastrointestinal superior:** Es considerado de valor para el diagnóstico en el 88% de los casos según Heublein (11), considerando su mayor información en la eliminación de várices del esófago y para evidenciar o sugerir la presencia de úlcera péptica; puede además demostrar hernia diafragmática y otras lesiones como las neoplasias.

Hay diversas opiniones en cuanto al momento de realizarlo, habiendo quienes recomiendan su uso precozmente, en cuanto se considera que ha cesado la hemorragia, o al menos cuando el paciente se encuentra estable (2,23), y otros que son más conservadores y hasta lo llegan a considerar peligroso por la posibilidad de desencadenar una nueva hemorragia, o de poca utilidad por dar imágenes falseadas por la presencia de sangre o coágulos (4).

En nuestros casos el 82.2% fue sometido a estudio radiológico siendo practicado en el 26% dentro de las 48 horas que siguieron al ingreso. Lo consideramos en general un estudio de utilidad para el diagnóstico.

D) **Endoscopia:** Este método ha sido usado por algunos como medida pronta, aún antes de realizar el estudio radiológico (23). La esofagoscopia visualiza várices con mayor seguridad que los rayos X así como hernia diafragmática, esofagitis, y aun las laceraciones del Síndrome de Mallory-Weiss (4). Se ha dicho que la esofagoscopia normal excluye origen de la hemorragia por arriba del diafragma, en cuyo caso, la gastroscopia puede dar información adicional (23) como es el descubrimiento de úlceras gástricas, erosiones de la mucosa o lesiones malignas. Depende la efectividad de estos métodos como se comprende fácilmente, de la destreza y experiencia del endoscopista. Se le asigna mayor utilidad a la esofagoscopia, cuando no pueden realizarse los dos procedimientos, teniendo especial cabida en los casos en que se practica poco antes de la operación para determinar el procedimiento quirúrgico adecuado (23).

En los casos que nosotros estudiamos, los métodos endoscópicos fueron muy poco usados.

E) Prueba de la cinta marcada con fluoresceína o de Einhorn modificada: Es considerada de bastante utilidad para determinar el origen de la hemorragia (4, 10). Esta prueba no fue realizada en ninguno de nuestros casos.

F) Manometría esplácica y esplenoportograma: Estudios que se mencionan de utilidad para el diagnóstico diferencial, ayudando a evidenciar o a eliminar la presencia de várices del esófago secundarias a hipertensión portal (18,26). En nuestros casos nunca fueron practicados como medida de emergencia, sino únicamente en quienes se consideró la posibilidad de operación derivativa electiva.

G) Radioisótopos: Son métodos mucho más caros y elaborados, destinados a evidenciar el punto de hemorragia, por la localización del escape de glóbulos rojos previamente marcados con material radioactivo, usando un contador situado en una sonda.

MANEJO DEL PACIENTE

Una vez establecido u orientado el diagnóstico, los casos de úlcera y várices esofágicas son los que se prestan a los problemas más interesantes. Se considera que del 75 al 80% de los casos de hemorragia masiva o moderada cederán con el tratamiento conservador y que el resto necesitarán de cirugía (9,15). Este tratamiento conservador incluye el reposo en cama, administración temprana de dieta neutralizante y antiácidos, lo que puede darse en forma de goteo continuo por medio de sonda nasogástrica; sedación del paciente con drogas que no vayan en detrimento de un hígado previamente enfermo; psicoterapia; administración de laxantes para favorecer la evacuación de la sangre contenida en el intestino y de antibióticos para combatir la flora bacteriana productora de amonio con el objeto de disminuir la absorción de sustancias nitrogenadas; mantenimiento del equilibrio hidroelectrolítico; sostenimiento de la volemia y de los niveles de hemoglobina y hematocrito en valores aceptables. Controles vitales, determinaciones periódicas de hemoglobina y hematocrito, observación de las características de todos los vómitos y evacuaciones intestinales que se presenten, para estimar la persistencia de la hemorragia o el establecimiento de nuevo episodio después de haber cedido el inicial. Puede con-

siderarse el uso de enfriamiento gástrico o hipotermia general, especialmente en los casos que son un mal riesgo quirúrgico (4, 9, 13, 17). Existen otras medidas cuyo uso ha sido discutible, como la administración de anticolinérgicos, trombina, y polvos de Gelfoam.

En el grupo de pacientes en quienes se considera el tratamiento quirúrgico de emergencia, la decisión debe ser tomada por el internista y el cirujano en conjunto después de evaluación cuidadosa e individual de cada caso. Como guía general para determinar la indicación quirúrgica pueden tomarse en cuenta los siguientes hechos: a) hemorragia masiva incontrolable a pesar de las grandes cantidades de sangre transfundidas rápidamente; b) Si después de substituir la pérdida sanguínea inicial, se necesitan más de 2000 c.c. de sangre para mantener la estabilidad en un período de 24 horas; c) Si después de las primeras 24 horas se requiere de más de 500 c.c. de sangre por cada 8 horas que transcurren, para mantener la estabilidad del paciente; d) Si la hemorragia continúa por más de 48 horas desde su inicio; e) Si la hemorragia recurre después de haber cedido bajo tratamiento conservador adecuado; f) Si existe coincidencia de hemorragia con perforación de úlcera; g) Otras condiciones pueden inclinar a la intervención quirúrgica, como historia larga de úlcera péptica crónica o episodios previos de hemorragia, edad avanzada del paciente, úlcera gástrica, presencia de otros factores asociados como estenosis pilórica o duodenal (9,22).

Merece especial mención el caso de hemorragia debida a várices del esófago, ya que muchos de estos casos son debidos primariamente a cirrosis del hígado, que agrega una función hepática pobre al cuadro de por sí ya severo, y además porque la mayoría van a necesitar de operaciones derivativas para aliviar la hipertensión portal. Es aceptado que la primera medida debe ser el taponamiento esofágico con sondas como la de Nachlas o la de Sengstaken-Blakemore; si este primer paso logra cohibir la hemorragia se considerará posteriormente la operación derivativa en forma electiva. Si la hemorragia continúa a pesar del uso adecuado del balón, está inclinada la operación de emergencia, la que para algunos debe ser la misma de tipo derivativo (21), y para otros la ligadura de las várices esofágicas (Linton), seguida de la derivación en forma electiva (12).

Quedan por fin los casos en que no se ha logrado llegar

ría éstos son debidos a úlcera péptica no diagnosticada (9), mas cuando la severidad del caso requiere intervención quirúrgica, es recomendada en general la práctica de gastrotomía exploradora amplia para determinar el diagnóstico y el tipo de operación conveniente. Hay quienes practican en estos casos la serección gástrica ciega (9).

En la sección de apéndice de este trabajo, me permitiré esbozar los lineamientos del manejo de los casos de hemorragia gastrointestinal masiva, que fueron recomendados en una mesa redonda celebrada recientemente por los miembros del Departamento de Cirugía del Hospital Roosevelt.

En el manejo de nuestros pacientes no se siguieron normas de conducta previamente estandarizadas, notándose diferencias que hacen difícil una valoración adecuada de los procedimientos adoptados.

RESULTADOS TERAPEUTICOS:

Los obtenidos en nuestros casos los consideramos en términos generales como satisfactorios, en vista que el 70% de los pacientes fueron dados de alta mejorados o totalmente curados y del 5.5% que egresaron a pesar de contraindicación, creemos que un buen número se hubieran sumado a este grupo.

Existió como en otras series revisadas (3, 6), una clara relación entre el mayor número de defunciones conforme el padecimiento se presenta en personas de edad avanzada, comenzándose a hacer notorio este hecho a partir de los cincuenta años de edad, enfatizándolo aún más la circunstancia que casi el 65% de los casos estudiados se encontraban en límites por debajo de esta edad.

CAPITULO VII

CONCLUSIONES

- 1) La Hemorragia Gastrointestinal Superior presenta en nuestro medio una incidencia importante; constituyendo una de las urgencias médicas que exigen los mejores cuidados posibles.
- 2) Se comprueba la mayor importancia de la úlcera péptica como factor causal, aunque la proporción por nosotros encontrada es menor a la descrita clásicamente.
- 3) La gastritis aguda exógena por ingestión de bebidas alcohólicas ocupa asimismo un lugar de importancia.
- 4) La mayor frecuencia de Hemorragia Gastrointestinal Superior se presentó en pacientes entre los 20 y los 40 años de edad, pues en estos límites se encontraban casi la mitad de nuestros pacientes.
- 5) Aunque se observó menor incidencia durante los primeros y los últimos meses del año, no se puede en el tiempo estudiado establecer ninguna influencia estacional.
- 6) Todo paciente con Hemorragia Gastrointestinal Superior debe ser hospitalizado y manejado de preferencia en una unidad de cuidados intensivos, en donde indudablemente se vigilará y tratará en forma más eficiente.
- 7) Se recomienda que los enfermos sean manejados desde el principio por el internista y el cirujano.

- 9) Por su gran valor diagnóstico, se recomienda la práctica del estudio radiológico del tracto gastrointestinal superior en forma precoz.
- 10) Los estudios endoscópicos tienen en nuestro medio valor limitado por no poderse contar siempre con la colaboración de un endoscopista experimentado, pero en los centros de enseñanza no se debe menospreciar su práctica.
- 11) En los centros hospitalarios organizados, donde el paciente está sujeto a atención por personas diferentes debido al sistema de turnos, se recomienda el establecimiento de normas de manejo que deben revisarse y enmendarse periódicamente, lo que redundará en beneficio del enfermo y permitirá una valoración posterior del sistema, en forma más adecuada.
- 12) Aunque en la mayoría de los casos se obtienen buenos resultados con el tratamiento conservador, los procedimientos quirúrgicos tienen clara indicación practicados en el momento oportuno, y no deben ser dejados como último recurso, cuando probablemente el mal estado del paciente va a aumentar el riesgo, o a impedir por completo su realización.
- 13) Es de importancia para alcanzar resultados favorables la colaboración de un buen departamento de rayos X, así como de laboratorio clínico digno de toda confianza y banco de sangre realmente eficiente.

CAPITULO VIII

S U M A R I O

Se revisan los registros clínicos de 73 pacientes que se presentaron en las secciones de adultos del Hospital Roosevelt durante un período de tres años.

Se encuentra una incidencia del 1.07%, correspondiendo a la cuarta década de la vida, el período de edad en que más casos se presentaron.

No se aprecia ningún factor de importancia determinado por la raza, origen, lugar de residencia u ocupación de los enfermos.

Se analizan las alteraciones producidas por la hemorragia sobre el estado general de los pacientes tomando como base para ello los valores de hemoglobina y hematocrito, y la presencia de shock.

Se comprueba en nuestro medio la predominancia de la úlcera péptica como causante de la hemorragia gastrointestinal, siendo también de importancia la gastritis aguda exógena de origen alcohólico.

Se encuentra un porcentaje alto de casos a los que no se llegó a ningún diagnóstico definitivo, atribuyéndolo a deficiencia en el uso de los métodos auxiliares de diagnóstico.

Se hace un enfoque breve de las causas principales que pueden originar el cuadro clínico, revisando en general el manejo de los casos, especialmente de los considerados como hemorragia masiva. Se dan en el apéndice, normas recomendadas por el departamento de Cirugía del Hospital Roosevelt.

APENDICE

Creando que una de las cosas más importantes al enfrentarse a un caso de hemorragia gastrointestinal, son los pasos a seguir en el manejo del mismo y que la evaluación en nuestros casos fue difícil y a veces incompleta debido a haberse seguido una forma de manejo de los pacientes equivocados, ha sido motivo para incluir en esta sección las recomendaciones dadas por los miembros del Departamento de Cirugía del Hospital Roosevelt en mesa redonda celebrada recientemente sobre el tema (20).

La conducta a seguir en los pacientes que presentan un cuadro de hemorragia masiva es la siguiente:

Historia y examen físico cuidadosos.

Canalizar vena con aguja de calibre grueso, No. 17 o 18, y si esto no fuera posible, practicar disección de la vena yugular interna llevando el catéter hasta la vena cava superior para medir periódicamente la presión venosa. Por esta vía extraer sangre y practicar los siguientes exámenes:

- a) Grupo sanguíneo y compatibilidad;
- b) Control de hemoglobina y hematocrito;
- c) Bromosulfaleína;
- d) Dosificación de amonio;
- e) Tiempo de protrombina, coagulación y sangría.

Los anteriores son considerados como indispensables en el momento que se presenta la emergencia. Deben practicarse anteriormente los que se mencionan a continuación:

- f) Nitrógeno de urea y creatinina;
- g) Turbidez del timol;
- h) Niveles de bilirrubina;
- i) Volumen sanguíneo cuando es posible realizarlo;
- j) Proteínas del plasma y relación albúmina/globulina

Tratar el shock sin pérdida de tiempo, si éste existe, tratar de prevenirlo. Iniciar de inmediato infusiones intravenosas a base de solución Hartmann, solución salina isotónica, plasma, albúmina, o dextrán en goteo rápido mientras es posible hacer transfusión sanguínea; simultáneamente es recomendable hacer controles de la presión venosa. Para mantener la presión arterial en niveles adecuados y el hematocrito por lo menos en 30% administrar sangre total a la velocidad y cantidad necesarias (1.000 a 1.500 cc.). Si el paciente no sale del shock pueden tomarse otras medidas como la elevación de las piernas o ligera posición de Trendelenburg. Colocar sonda nasogástrica y hacer examen de contenido; si es necesario hacer lavado, efectuarlo de preferencia con solución salina isotónica fría. En el paciente que continúa sangrando colocar de inmediato la sonda de Nachlas o la de Sengstaken.

La toma de controles vitales debe hacerse con intervalos de 5 a 60 minutos según las condiciones de cada caso.

En cuanto las condiciones del paciente lo permiten, se efectúan los siguientes exámenes complementarios.

- a) Serie gastrointestinal y esofagograma;
- b) Punción esplénica, manometría y esplenografía;
- c) Si hubiera duda en la presencia de várices esofágicas efectuar esofagoscopia.

TRATAMIENTO CONSERVADOR:

- 1) Sonda nasogástrica.
- 2) Si el paciente lo tolera y está consciente, dar antiácidos por vía oral cada dos o tres horas, o por la sonda si es inconsciente.

Dieta a base de leche o leche y crema, por boca o en goteo por la sonda, 90 a 120 cc. cada hora. Al cesar la hemorragia se administrará dieta neutralizante de seis tiempos.

Mantener el equilibrio hidroelectrolítico.

Favorecer evacuación intestinal por medio de laxantes y enemas, así como administración de antibióticos para eliminar la flora productora de amonio.

Medidas accesorias; sedación moderada, inhibidores de la secreción cuando no haya contraindicación para el uso de los mismos.

Colocar sonda uretral para obtener una forma de vigilar periódicamente la eliminación urinaria.

Tratamiento si se sospechan o diagnostican várices esofágicas:

1) Puede usarse la recomendación de Schwartz, administrándose Pituitrina 20 U. en 200 cc. de solución dextrosada al 5% en un periodo de tiempo de 30 minutos, repitiéndose a las 4 horas si fuera necesario.

2) Al paciente que está sangrando se le coloca la sonda de Nachlas o de Sengstaken inflando sólo el balón gástrico con 100 a 250 cc. de aire y poniendo tracción con una o dos libras de peso; se deja colocada durante 8 horas al cabo de las cuales se retira la tracción y se desinfla el balón durante 30 minutos. Se presente o no hemorragia de nuevo, se vuelve a inflar el balón y a colocar la tracción, repitiendo este proceso de observación cada 8 horas. Si al cabo de 24 horas el paciente no sangra, se tira la sonda y se continúa su tratamiento médico y se evalúa la posibilidad de efectuar intervención quirúrgica posteriormente.

3) Si el paciente persiste sangrando al cabo de 16 o 24 horas, se mantiene la sonda con el balón inflado y si las condiciones generales lo permiten se lleva a sala de operaciones para efectuar ligadura de las várices esofágicas tipo Linton.

Si se sospecha o se diagnostica úlcera péptica la intervención quirúrgica está indicada:

- 1) En hemorragia masiva incontrolable a pesar de las grandes cantidades de sangre transfundidas rápidamente.
- 2) Si después de substituir la pérdida sanguínea inicial, necesita de más de 2000 cc. de sangre para mantener estabilidad en un período de 24 horas.
- 3) Si después de las primeras 24 horas se requiere de más de 500 cc. de sangre por cada período de 8 horas transcurre, para mantener la estabilidad.
- 4) Si la hemorragia continúa por más de 48 horas desde inicio.
- 5) Si la hemorragia recurre después de haber cedido bajo tratamiento conservador adecuado.
- 6) Si coincide hemorragia con perforación de la úlcera.

Se consideran como indicaciones relativas a factores que inclinan a realizar intervención quirúrgica más prontamente:

- 1) Pacientes mayores de 50 años.
- 2) Historia de hematemesis en el episodio actual.
- 3) Historia de úlcera crónica y/o hemorragia.
- 4) Dolor agudo persistente durante la hemorragia.
- 5) Úlcera gástrica.
- 6) Dificultad para obtener cantidades adecuadas de sangre ya sea por tipos raros o por escasez de la misma.

Francisco Rolando Vásquez Blanco

Vo. Bo.

Dr. César A. Hernández Santiago,
Asesor

Vo. Bo.

Dr. Rodolfo Solís Hegde
Revisor

Vo. Bo.

Dr. José Fajardo,
Jefe del Depto. de Medicina.

Vo. B.

Dr. Carlos Armando Solís
Secretario

Vo. Bo.

Dr. Carlos M. Monsón Malice,
Decano

Guatemala, junio de 1965.

BIBLIOGRAFIA

- 1) Archivo del Hospital Roosevelt.
- 2) BELKIN G. A., Conn. H. D. Blood ammonia concentration in upper gastrointestinal hemorrhage N. Eng. J. of Med. 260: 530 March 1959.
- 3) BENNETT, J. WHITSIDE, W., Acute upper gastrointestinal hemorrhage in patients over sixty five years of age. Arch. of Surg. Sept. 1960, 81:504.
- 4) BOCKUS H. L., Gastroenterology W. D. Saunders Co. 1963 2nd. Ed. vol. 1 p. 614-664
- 5) BROOKS J R., ERAKLIS A. J., Factor Affecting the mortality from peptic ulcer. The bleeding ulcer and ulcer in the aged. N. Eng. J. of Med. Oct. 1964; 271:303.
- 6) COHN R; NELSON B; MATHEWSON C., Gastrointestinal hemorrhage in the aged. Am. J. of Surg. 100:258.
Departamento de Estadística del Hospital Roosevelt.
- 7) GARDNER B., BOSONOFKY I. D., Massive bleeding in duodenal ulcer. Bull. of N. Y. Acad. of Med. 1959, Sept. 35:554.
- 8) HARKINS H. N. and NYHUS L. M., Surgery of the Stomach and duodenum. Little Brown and Co. Lst. Ed. 1962, p. 613-632.
- 9) HAYNES, W. F. PITTMAN, F. E., Applications of the fluorescein string test in 32 cases of upper gastrointestinal hemorrhage Gastroenterology 1960. 3:630.
- 10) HEUBLEIN G. W., BAKER G. L., ROY R. H., Acute upper gastrointestinal bleeding roentgenologically considered the Am. Journ. of roentgenology. 84:1003. Dec. 1960.
- 11) LINTON R. R., Várices esofágicas sangrantes, Terapéutica 1963. Conn. Salvat. P. 247-249.

- 13) LITTMAN A., DUNPHY J. W., Management of the complicated duodenal ulcer. Med. Clin. of N. A. Jan, 1964. 48:94
- 14) MAGE S., PAYSON B. A., Experiences in management of selective cases of massive upper gastrointestinal bleeding. 111:12. July 1960.
- 15) Mc. KEE D., SEDWICH C. E. Management of occult massive intestinal bleeding, Surg. Clin. of N. A. vol. 44, p. 679:683.
- 16) Mc. KEOWN, K. C. peptic ulcer. the medical press. (London) CCXLIV:47.
- 17) NABSETH D. C., SELETZ J. M., GENTEN S. GOTTLIEB L. CHECK, S. N. Gastric Freezing for peptic ulceration in man. J. of Med. March 19, 1964. 270:603.
- 18) PANKE, W. F., Splenic pulp manometry as an emergency differential diagnosis of acute gastrointestinal bleeding. S. 1959. 109:270.
- 19) ROESSEL C. W., GREENBAUM D. S., Upper gastrointestinal hemorrhage. Med. Clin. of N. A. vol. 48. No. 6. 1493-1501.
- 20) ROJAS, F., Comunicación personal.
- 21) ROUSSELOT L. M. et. al. Severe hemorrhage from esophageal varices. N. Eng. J. of Med. Feb. 1960. 262-269.
- 22) RUMBALL, J. M., Tratamiento de urgencia de las hemorragias gastrointestinales altas. Clin. Med. de N. A. Marzo 1962. 531.
- 23) SCOTT N. M., Experiences with the "Vigorous Diagnostic" test in upper gastrointestinal hemorrhage Ann. Int. Med. 51:195-197.
- 24) SHALLENBERGER P. L., Ulcera Péptica, Terapéutica, 1961. Salvat p. 316-317.
- 25) SHELDON, W. C., Gastrointestinal hemorrhage from duodenal ulcer. Am. J. of Digestive diseases, 1959, Oct. 4. 4:817.
- 26) SHERLOCK, S., Diseases of the liver and biliary system, D. 3rd. Ed. p. 157-217.
- 27) ZUIDEMA G. D., CHILD. C. G., Problemas en el tratamiento de la hipertensión portal. Clin. Quir. de N. A. Oct. 1961. p. 137.