

UNIVERSIDAD DE SAN CARLOS DE GUATEMALA

FACULTAD DE CIENCIAS MEDICAS

"MANEJO E INDICACIONES QUIRURGICAS DE LA HEMORRAGIA GASTRO INTESTINAL
SUPERIOR"

TESIS

Presentada a la Junta Directiva de la Facultad de Ciencias Medicas de la
Universidad de San Carlos de Guatemala

POR

JULIO ISAAC LEMUS FERNANDEZ

En el acto de investidura de

MEDICO Y CIRUJANO

Guatemala, abril de 1967

PLAN DE TESIS:

Primera Parte:

Cap I Introducción

Cap II Objetivos

Cap III Antecedentes .

- a) Manejo del paciente con HGIS .
- b) Indicaciones Quirúrgicas
- c) Elección del Procedimiento Quirúrgico

Segunda Parte:

Material y Métodos

Revisión y análisis de 54 casos, pacientes ingresados y operados por Hemorragia Gastro Intestinal Superior, en el Hospital Roosevelt; durante los años de 1958 a 1966 inclusive .

Cap I Etiología y Edades de mayor incidencia en cada causa en particular y en la HGIS, en general .

Cap II Evaluación del valor de la Historia Clínica y el Examen Físico en la HGIS .

Cap III Manejo del Paciente con HGIS .

Cap IV Indicaciones Quirúrgicas, procedimientos Quirúrgicos y sus resultados .

Tercera Parte:

Cap I Comentario y Discusión

Cap II Conclusiones

Cap III Recomendaciones

Cap IV Sumario .

Bibliografía .

INTRODUCCION

He escogido la Hemorragia Gastro Intestinal Superior como tema de trabajo de Tesis, por que desde mis primeros años de estudiante en nuestros hospitales nacionales, me ha impresionado profundamente el aspecto que presenta un paciente con dicho cuadro clínico y sus consecuencia fisiológicas. (3)

Desde el neófito hasta el más experimentado especialista, saben que un paciente con hematemesis y/o melena debe ser "manejado" con absoluta urgencia y con todos los recursos modernos de la medicina (22) es por ello que mucho se ha escrito sobre este tema; trabajos experimentales, clínicos y estadísticos, que enumerarlos sería interminable. No es nuestro objetivo investigar nuevos procedimientos médico-quirúrgicos para el tratamiento de estos pacientes. Nuestro deseo es revisar, como se han manejado, cuales han sido las indicaciones quirúrgicas y las causas patológicas que producen dicho cuadro clínico en los pacientes tratados en el Hospital Roosevelt de Guatemala en los últimos 8 años.

OBJETIVOS

En este trabajo haremos un análisis estadístico de la etiología, edad, síntomas, antecedentes, valor del examen físico. De exámenes de laboratorio y de técnicas y estudios especiales en el diagnóstico diferencial de la HGIS. Además y como parte fundamental, valorar cuales han sido los signos, síntomas o datos que han determinado la conducta quirúrgica para cada una de las enfermedades, cuyo principal signo fué la hemorragia gastro intestinal superior.

Por último analizaremos los procedimientos quirúrgicos efectuados y sus resultados.

Creemos que al revisar este tema, podremos ayudar a mejorar el manejo y establecer pautas en la indicación quirúrgica de nuestros enfermos en el Hospital Roosevelt y en Guatemala.

ANTECEDENTES

Enumerar en este capítulo los trabajos efectuados sobre el tema que nos ocupa, en general o en especial sobre alguna de las enfermedades que lo causan, sería interminable. Es un tema que ha preocupado a internistas y cirujanos y sobre él, mucho se ha escrito. Por lo tanto sólo mencionaremos el trabajo que ha servido de base fundamental para el nuestro, nos referimos a: las recomendaciones dadas por los miembros del Depto. de Cirugía del Hospital Roosevelt, en mesa redonda en el año 1965 sobre este problema.

La conducta a seguir en los pacientes que presenten un cuadro de Hemorragia Gastro Intestinal Superior Aguda es el siguiente:

a) Historia y Examen Físico

b) Canalizar vena (aguja #18), si hay alguna dificultad, hacer venodisección de la cefálica, llevando el catéter hasta la vena cava superior. Por esta vía, extraer sangre para los exámenes enumerados a continuación:

- 1.- Hematología; grupo sanguíneo y compatibilidad, pedir transfusión de sangre completa.
- 2.- BST
- 3.- Dosificación de Amonio.
- 4.- Tiempo de Protrombina, coagulación y sangría.

Estos son considerados indispensables y deben ser efectuados al ingreso del paciente. Los exámenes siguientes "deben" ser efectuados en la primera oportunidad:

- 1.- Nitrogeno de Urea y Creatina

2.- Tubidez del Timol

3.- Bilirrubinas.

4.- Volumen sanguíneo, cuando sea posible realizarlo.

5.- Proteínas totales y relación A/G/.

c) Tratar el shock o prevenirlo. Iniciar de inmediato infusiones LV de plasma, albúmina o Dextrán, en goteo rápido; en su defecto, sol de Hartman o Sol. salina isotónica, mientras es posible hacer transfusión sanguínea; simultáneamente es recomendable hacer controles de PV., administrar la sangre total a la velocidad y en la cantidad necesarias para mantener la presión arterial en niveles adecuados y el hematocrito por lo menos en 30%.

d) Colocar sonda nasogástrica y hacer examen del contenido gástrico, es necesario hacer lavado, efectuándolo de preferencia con solución salina isotónica fría.

e) En el paciente que continúa sangrando, colocar de inmediato la sonda de Naklas o Sengstaken.

f) La toma de controles vitales debe hacerse cada 15 ' a 60' según cada caso.

TRATAMIENTO CONSERVADOR:

A) En general:

1. Sonda nasogástrica; lavado con solución salina isotónica fría y succión continua, que ayuda en el diagnóstico de hemorragia activa y la sonda de Naklas o sengstacken que puede ayudar en el diferencial entre varices esofágicas y enfermedad péptica sangrante.

2. Al parar la hemorragia y si el paciente lo tolera, dar antiácidos por vía oral o por la sonda si está inconsciente.

3. Mantener el equilibrio hemodinámico e hidro/electrolítico
4. Colocar sonda uretral, para vigilar la eliminación urinaria.
5. Completar exámenes de laboratorio.

B) Si se sospecha Enfermedad Péptica Sangrante; los mismos anteriores, mas:

1. Sedación moderada e inhibidores de la secreción gástrica.
2. Dieta a base de leche o crema, por boca o goteo continuo a través de la sonda; al cesar completamente la Hemorragia iniciar la dieta neutralizante de 6 tiempos.
3. Favorecer la evacuación intestinal.

C) Si se sospecha Varices Esofágicas sangrantes; los primeros enumerados, mas:

1. Colocar sonda de Nacklas, o Sengstacken, inflando solo el balón gástrico con 250 a 300 cc de aire y poniendo tracción con una o dos libras de peso. Dejarla colocada durante 8 horas al cabo de las cuales se retira la tracción y se desinfla el balón durante 30'; se presente o no hemorragia de nuevo, se vuelve a inflar el balón y coloca la tracción durante 8 horas; se repite este procedimiento durante 24 horas (tres veces). Si al cabo de las cuales ya no sangra, se deja el balón gástrico desinflado durante 24 horas mas con tratamiento médico, retirandose si no recurre la hemorragia; en caso contrario inflarlo de nuevo y llevar al paciente a sala de operaciones para efectuar ligaduras torácica de varices esofágicas.

D) Si en cualquiera de ambos casos la hemorragia para, solicitar estudio radiográfico dentro de las primeras 48 horas (SGD), y Espleno portografía.

INDICACIONES QUIRURGICAS:

A) En las varices esofágicas:

1. Fallo del tratamiento conservador, "taponamiento"

2. Si el tratamiento fué eficaz, electivamente derivación porto-sistemática.

B) En la enfermedad péptica sangrante:

1. Cualquier paciente a cualquier edad, con hemorragia masiva, persiste e incontrolable a pesar de las grandes cantidades de sangre trasfundiada rápidamente.
2. Si después de la pérdida inicial de sangre, sustituida, se necesitan mas de 2000 cc. de sangre total para mantener la estabilidad hemodinámica en un periodo de 24 horas.
3. En pacientes de mas de 45 años de edad con hemorragia activa durante 24 horas y en pacientes de menos de 45 años, con hemorragia activa durante mas de 48 horas; aunque su equilibrio hemodinámico se mantenga con transfusiones.
4. Si la hemorragia que ha cedido, recurre después de 24 a 48 horas de iniciado el tratamiento médico.
5. Si la hemorragia coincide con: dolor abdominal persistente, penetración o perforación.

Las indicaciones anteriores son las que para objeto de nuestro estudio hemos denominado Absolutas y Urgentes.

Las siguientes son Absolutas pero no urgentes:

1. Pacientes que presenten hemorragia durante el tratamiento médico por Ulcus Péptico, en condiciones hospitalarias.
2. Pacientes con hemorragia y cualquier grado de obstrucción pilórica.
3. Pacientes de mas de 45 años de edad con antecedentes de hemorragia/s previa/s.

Por último incluimos como Relativas:

1. Pacientes mayores de 45 años.
2. Pacientes con Úlcera de la curvatura mayor o área pre pilórica complicada con hemorragia.
3. Pacientes con antecedentes de hemorragia GIS previa.
4. Dificultad para obtener cantidades adecuadas de sangre ya sea por tipos raros o por escasez de la misma.

C) En las Hernias del Hiato Esofágico.

1. Cuando se complica con hematemesis severa indicación absoluta.

D) Las indicaciones quirúrgicas en otras causas que provocan hematemesis y melena son:

1. Patología per se. Vg. Ca Gástrico.
2. Evolución incontrolable del cuadro hemorrágico, Vg Gastritis Hemorrágica.

E) Indicaciones quirúrgicas electivas de los pacientes con Varices Esofágicas.

1. Pacientes que hayan sangrado por varices esofágicas.
2. Cirróticos crónicos que ya fueron operados por varices esofágicas sangrantes.
3. Cirróticos con varices esofágicas, sin ascitis.
4. Hipertensión Porta extra hepática con varices esofágicas.

Estos pacientes deben de llenar ciertos requisitos, basados en las pruebas de funcionamiento hepático, nutrición, presencia de ascitis y la presencia o ausencia de intoxicación amoniaca. (Child y Linton-Tesis de E. Samayoa 32).

ELECCION DEL PROCEDIMIENTO QUIRURGICO:

Cualquier procedimiento quirúrgico que pretenda tratar una HGIS debida a Úlcus de-

seles el procedimiento electivo definitivo,

1. Derivación porto sistémica
2. Interupción del flujo portal
 - a) Esofago gastrectomia
 - b) Desconexión Porta Azygos.

De las demás patologías que provocan hematemesis o melena y que por su frecuencia merecen mencionarse son: Gastritis Hemorrágica y Hemorragia de etiología no determinada: las cuales son de tratamiento médico y en muy contadas ocasiones necesitan tratamiento quirúrgico dependiendo entonces del criterio del cirujano la elección del procedimiento.

de la Hernia Diafragmática:

- 1-a) Hernioplastía tratorácica:
- b) Hernioplastía Abdominal

En el Carcinoma Gástrico:

- 1- Gastroentero anastomosis. (paliativa)
- 2- Gastrectomía sub total, con gastro enteroanastomosis.
- 3- Gastrectomía total, con esofago entero anastomosis

La elección del procedimiento está determinada por la localización de la neoplasia.

MATERIAL Y METODOS

Este trabajo se basa en la revisión de 54 casos de Hemorragia Gastrointestinal Superior Aguda, tratados en los Departamentos de Medicina y Cirugía del Hospital Roosevelt de Guatemala.

Todos los casos estudiados, recibieron tratamiento médico y en todos hubo indicación de tratamiento quirúrgico.

No se tomaron en cuenta en este estudio, los casos de HGIS, que cedieron al tratamiento médico y que fueron operados en un ingreso posterior.

Estos pacientes fueron tratados en un período de 8 años, de Nov. de 1958 a Dic. de 1966 (27) hubo 24 casos de Úlcera Péptica, 16 de Varices Esofágicas como complicación de Hipertensión Porta; el resto 14 casos, causas varias que clasificaremos más tarde.

Del total de nuestros casos 25 fueron tratados antes de iniciar la Unidad de Tratamiento Intensivo (UTIA) y 29 manejados en esa unidad (27), la conducta en el manejo y terapéutica fué la misma con ligeros cambios desde la fundación del hospital en 1958. Con el advenimiento de la unidad de tratamiento intensivo ha habido mejoría en el cuidado de nuestros enfermos de la que haremos un comentario posterior.

Al analizar estos pacientes tomamos encuesta; etiología y enfatizamos la importancia del examen físico e historia clínica; investigamos además el valor adecuado de los exámenes de laboratorio, Rx y estudios especiales.

Se discuten por último las indicaciones y procedimientos quirúrgicos y sus resultados.

REVISION ANALITICA DE 54 CASOS DE HGIS AGUDA TRATADOS EN EL HOSPITAL

ROOSEVELT

Frecuencia Etiológica, e Investigación de la Incidencia por edades;

<u>Etiología</u>	<u>edad en décadas</u>								<u>No. de casos</u>	<u>%</u>
	1	2	3	4	5	6	7	8		
Úlcera Duodenal		1	4	4	2	1	0	1	13	24.20 %
Úlcera Gástrica					2	1	6	2	11	20.37 %
Varices Esofágicas Sangrantes		1	3	2	4	3	1	2	16	29.63 %
Hernia Diafrag. H. G. I. S. de Etiología no De- terminada				1	4			1	6	12.11 %
Carcinoma Gas- trico.		1	2	1		1		1	4	7.40 %
Gastritis Aguda Hemorrágica				2					2	3.70 %
Totales para C/D.	3	9	10	12	6	7	7	Total	c.54	100. %

De acuerdo con la mayoría de autores y estadísticas consultados, la causa mas frecuente de HGIS. que llega a sala de operaciones, es la Enfermedad Ulcerosa Péptica. En nuestro medio le corresponde el 44.57%, aunque otros (2,6, 8,13,) 18-20; le atribuyen desde 60 a 75 y 85% en estadísticas extranjeras

En esta pequeña serie, son las Varices Esofágicas las que ocupan el primer lugar en frecuencia individual, 29.63%; luego la Úlcera Duodenal 24.02% y en tercero la Úlcera Gástrica 20.37%.

La incidencia de HGIS. por edades de cada causa en particular, no tiene mayor interés y corresponde al período de la vida en que se presenta la enfermedad que la provoca. (4,12,15). Vg. La úlcera duodenal en la tercera y cuarta década de la vida; la gástrica y el carcinoma gástrico de la quinta a la séptima.

En forma general la HGIS., como complicación de las entidades clínicas enumeradas en el cuadro anterior, se presenta con mas frecuencia de la tercera a la quinta década.

EVALUACION DEL VALOR DE LA HISTORIA Y EXAMEN FISICO EN EL DIAGNOSTICO DIFERENCIAL DE LAS CAUSAS DE HGIS.

<u>Causas</u>	<u>Signos</u>		<u>Ambos</u>	<u>Anteced. de HGIS previa.</u>	<u>Shock</u>	<u>Emf. Hep.</u>
	<u>Hemat.</u>	<u>Melena</u>				
Úlcera Doudenal	2	3	8	8	1	-
Úlcera gástrica.	3	3	3	7	4	-
Varices Esofágicas	7	1	8	9	6	8
Hernia Diafragmática.	4	1	1	-	1	- .
HGIS de etiología no determinada	2	-	2	2	1	- .
Carcinoma Gastrico	1	-	1	-	-	- .
Gastritis Aguda hemorrágica.	1	-	1	2	-	- /
Total	20	8	26	28	13	8 .

Historia:

Evaluamos el valor de la historia, tomando en cuenta los signos cardinales de la HGIS; a hematemesis y melena; b) los antecedentes de HGI previa. Respecto a los primeros, el cuadro arriba escrito, nos demuestra que se presentan juntos en el 48% de los casos; cuando se presentan individualmente, la hematemesis es mas importante a medida que la causa asciende en el tracto gastro intestinal superior; así: de mas importancia en las varices esofágicas sangrantes que en la úlcera gástrica, y en esta que en la duodenal (34).

Creemos que este dato al momento de examinar al paciente, puede tener importancia, relativa, en el diagnóstico diferencial de las varices esofágicas sangrantes.

Otros datos, tales como cantidad y frecuencia de los vómitos y evacuaciones hemorrágicas fueron de muy poca utilidad, incluso para evaluar la cantidad de sangre perdida. Encontramos en un gran porcentaje de nuestros pacientes, otros signos y síntomas como, náuseas, vómitos, debilidad y dolor manifestado en epigastrio; pero al igual que los anteriores, de poca importancia.

Encontramos que la anamnesis de mas valor en el diagnóstico son los antecedentes; el 51.84% de los casos revisados tienen antecedentes de HGI previa; la totalidad tratados medicamente y en su mayoría por diagnóstico de Enfermedad Péptica. De 26 pacientes restantes, sin antecedente de HGI previa, 48%; 20 tenían antecedentes de enfermedad péptica o hepática y solamente en 6 fué el cuadro agudo hemorrágico la primera manifestación de su enfermedad.

Examen Físico:

Al evaluar el examen físico de los pacientes con hemorragia gastro intestinal superior estudiados que; los únicos signos, cuando se encuentran, que son de indiscutible valor en el Dx diferencial, son los secundarios a hipertensión porta y a patología hepática tales como: circulación colateral abdominal, ascitis, ictericia, telangiectacias; ya que no siempre son manifestos como lo demuestra el hecho que solo en 8 de los 16 secundarios a dicha patología, fueron descubiertos al momento de practicarles el examen de ingreso.

Otro dato que merece ser anotado, es, que de 27 pacientes con hemorragia masiva comprobada posteriormente por laboratorio; (Hg menor de 8.5 y Ht. menor

de 30%) según Cogbill, C. L. (14); solamente trece presentaron a su ingreso signos de shock, la mayoría de ellos por varices esofágicas sangrantes.

MANEJO DEL PACIENTE CON HEMORRAGIA GASTRO INTESTINAL SUPERIOR:

Como dejáramos anotado en la parte correspondiente a antecedentes nuestro trabajo está fundado en las conclusiones que sobre el tema, se dieron en la Mesa Redonda realizada en el año 1965, por los miembros del Depto. de Cirugía del Hospital Roosevelt.

Podemos desde ya concluir que; el manejo de ingreso, el tratamiento inicial y conservador, siguieron las pautas estipuladas en dicha mesa redonda. No siendo así en las pruebas de laboratorio y estudios radiofísicos. Lo demostramos en el cual para facilidad, los anotamos como a) completos, b) incompletos y c) sin exámenes; aceptamos como completos, según los estipulados ya mencionada mesa redonda; para pruebas hepáticas: B.S.T., bilirrubinas, alteración de proteínas anormales, proteínas totales y relación A/G. Para evaluación de la coagulación sanguínea: tiempo de protombina, tiempo de coagulación y sangría.

Como incompletos: para cualquiera de los dos grupos; cuando faltan 2 o más exámenes, aunque no sean indispensables para diagnóstico.

En lo referente a dosificación de Amonio (NH₄), no lo tomamos en cuenta puesto que se hizo en muy pocos pacientes por dificultad de laboratorio; a química sanguínea (N de U, o N.N.P.) ya que se practicó en todos los enfermos a su ingreso, pero en ninguno como control de hemorragia activa, (3); a hematología, el cual fué hecho en todos a su ingreso y con los controles necesarios; por lo tanto anumeraremos solamente los que tuvieron valores por debajo de 8.5 gs de hemoglobina.

	<u>Manejados en:</u>		<u>Hg. 8.5</u>	<u>Laboratorio</u>		<u>Cog. Sang.</u>		<u>SGD</u>	<u>Esp.</u>
	<u>Pisos</u>	<u>Utia</u>		<u>Con</u>	<u>Sin</u>	<u>Con</u>	<u>Sin</u>		
Úlcera Duodenal	5	8	5	3	2	1	5	9	2
Úlcera Gástrica.	7	4	7	2	9	-	9	9	2
Varices Esofágica	8	8	8	8	-	5	2	7	20
Hernia Diafrag.	3	3	1	1	1	1	-	5	4
HGIS de etiología no determinada	1	3	2	-	-	1	2	2	1
Cancer Gástrico	0	2	2	-	-	-	-	2	1
Gastritis Aguda Hemo.	1	1	2	-	1	-	-	2	1
TOTALES	25	29	27	14	13	8	18	36	31

Enumeramos en las primeras dos columnas, las pacientes que fueron manejados en pisos e intensivo por razones que expondremos en párrafos siguientes. Recordando que todos los enfermos con HGIS ingresados al Hospital Roosevelt, desde la fundación del UTIA en Nov. del 64 han sido estudiados en este servicio.

Como puede apreciarse en el UTIA, servicio que cuenta con las siguientes prerrogativas: a) dos médicos internos de guardia permanente durante las 24 horas del día, uno del Depto. de Medicina y otro del Depto. de Cirugía; b) dos residentes dentro del hospital que deben pasar visita, asistir a las llamadas del interno y evaluar los ingresos; c) prioridad en los Deptos. de Rx y laboratorio, también durante las 24 horas del día. Los cuatro médicos citados deben conocer los casos de ambos departamentos que se encuentren hospitalizados en dicha unidad.

A pesar de las prioridades mencionadas y que el 53% de los enfermos estu-

diados fueron manejados en este servicio, encontramos las siguientes deficiencias:

En Laboratorio: 13 pacientes no tuvieron pruebas hepáticas y 18 no las tuvieron de evaluación de la coagulación sanguínea.

En estudios radiográficos: a 18 enfermos no se les practicó SGD, cuyo valor en el diagnóstico diferencial es ampliamente conocido. Solamente a 21 de los 36 el estudio fué practicado dentro de las primeras 48 horas, tiempo dentro del cual debe hacerse dicho examen en todos los pacientes ingresados por HGIS aguda, salvo contra indicaciones como Shock y/o coma.

Nos llamó la atención que el 50% (27 casos); tuvieron valores hematológicos por debajo de 8.5 Gs de Hb. y que solo 24.03% (13 casos) ingresaron con signos de shock. Probablemente se pueda atribuir este hecho, a la gran frecuencia de anemia crónica en nuestra población hospitalaria y no a hemorragia masiva aguda que según Cogbill C.L. & Kinkade P.T. (14) debe ser establecida por:

- a- Caída rápida de la Hb a 8.5 gs o menos;
- b- presión sistólica 90 mm o menos;
- c- transfusión de mas de 1500 cc de sangre total, en 24 horas para mantener la estabilidad sanguínea;
- d- signos de shock variable.

Los estudios especiales efectuados fueron:

Gastroscofías.....	5
Esofagoscopias.....	8
Esofagogramas.....	8
Esplenoportogramas....	10
Total.....	31

La mayoría, como pudimos observar en el cuadro anterior, fueron hechos para diagnóstico diferencial de varices esofágicas. (19)

Consideramos que una buena forma de evaluar el manejo de nuestros pacientes es; comparar la Impresión de Ingreso, con la Pre-Operatoria y esta con el Diagnóstico final; ya que la segunda es el fruto de las pruebas de laboratorio Rx y estudios especiales (35).

Impresión de Ingreso	Impresión pre operatoria	Diagnostico final
Úlcera Duodenal 21	20	13
Úlcera Gástrica. 11	10	11
Varices Esofágicas 11	14	16
Hernia Diafragmática 1	5	6
HGIS de etiología no determinada 0	0	4
Carcinoma Gástrico 6	5	2
Gastritis Aguda Hemorrágica 4	0	2
TOTAL 54	54	54

En la gráfica anterior apreciamos con facilidad, comparando la impresión de ingreso con el Dx final que:

- a) 28 pacientes fueron ingresados con Dx. equivocado;
- b) que el mayor número de errores fueron cometidos con la Úlcera Duodenal, Carcinoma Gástrico y Gastritis Aguda Exogena.

De nuevo comparando la impresión pre operatoria con el Dx final que:

- a) 20 pacientes fueron operados con Dx Pre Operatorio errado;

b) que solo en 8 pacientes el laboratorio, Rx y estudios especiales fué de ayuda diagnóstica, en especial en el Dx diferencial de varices esofágicas y hernia diafragmática.

Debemos dejar constancia que el mayor porcentaje de errores fué cometidos en las hemorrágicas de etiología péptica-ulcera duodenal, gástrica, gastritis aguda hemorrágica y hemorragia gástrica de etiología no determinada; que 8 de estos pacientes fueron operados en las primeras 24 horas de su ingreso, por lo tanto no fué posible practicarles los estudios diagnosticos correspondiente.

INDICACIONES, PROCEDIMIENTOS QUIRURGICOS Y SUS RESULTADOS:

Como dejamos anbtado en la parte correspondeinte a antecedentes y para facilidad de nuestro trabajo analítico, dividimos las indicaciones quirúrgicas en absolutas y urgentes, absolutas y no urgentes e indicaciones relativas; por lo tanto así las anotaremos en el cuadro siguiente, para determinar cuantas surgieron de cada grupo de indicaciones para cada causa en forma individual y en total.

Indicaciones	Abs. y/ Urg.	Abs. y no Urg.	Relativas.
Ulcera Duodenal	7	4	2
Ulcera Gástrica.	5	5	1
Varices Esofágicas.	10	6	0
Hernia Diafragmática	2	4	0
HGIS de etiología no determinada	3	0	1
Carcinoma Gástrico	1	1	0
Gastritis Hemo.	2	0	0
TOTALES	30	20	4

Sabemos así que:

- a) 30 enfermos, (55%) fueron operados por indicaciones absolutas y urgentes;
- b) 20 caso, (37%) por indicaciones absolutas y no urgentes;
- c) el porcentaje correspondiente a 4 casos, por indicaciones relativas.
- d) son las varices esofágicas, la causa mas frecuente de hemorragia GIS que necesita tratamiento de urgencia (1-19).

La falta de notas evolutivas específicas sobre las indicaciones quirúrgicas, nos obligó a deducirles através del análisis de cada una de las Historias Clínicas; creemos que las de mayor influencia para cada grupo fueron:

Para las absolutas y Urgentes las siguientes:

- a) Hemorragia masiva; determinada por los controles de hematología y los signos de shock
- b) Hemorragia persistente; la cual hemos determinado por el numero de transfusiones necesarias para mantener el equilibrio hemodinámico durante 24 horas. Generalmente de 2 a 4, o sea de 1000 a 2000 cc.
- c) el tiempo en que se aplicaron medidas conservadoras, las cuales fallaron, De los 30 pacientes que fueron indicaciones absolutas y urgentes; 13 se operaron en las primeras 48 horas de su ingreso; 8 durante los siguientes 2 días y el resto de 4 a 10 días.

Nos es sumamente difícil evaluar la influencia que tuvo en los cirujanos, la edad y el antecedente de HGIS previa como factores que inclinaran a realizar la intervención quirúrgica prontamente; por lo tanto no las tomamos en cuenta en las indicaciones absolutas y urgentes, aunque sí las incluimos en las indicaciones

siguientes .

Para las Absolutas y no Urgentes:

a) Patología Per Se; Vg. Cancer Gástrico, Hipertensión Porta con varices esofágicas y hernias diafragmáticas del Hiato que se complicaron con hemorragia que cedió al tratamiento médico;

b) Otras complicaciones como: estreches secundaria en las Ulceras duodenales y gástricas pre pilóricas .

c) Pacientes ancianos con ulcera gástrica, por sospecha de Ulcus-Cancer .

Para las Relativas :

a) Edad del paciente, cuando mayor de 50 años;

b) Antecedente de hematemesis o melena en mas de una ocasión;

c) Rebeldía al tratamiento médico de síntomas de Ulcus, en pacientes que ingresaron por hemeatemesis .

PROCEDIMIENTOS QUIRURGICOS Y SUS RESULTADOS:

En la Ulcera Duodenal: (14-25-26)

a) Antrectomía y vogotomía; gastro duodeno anastomosis.....	3
b) Gastrectomía Sub Total; gastro yeyuno anastomosis.....	4
c) Píloroplastia y Vogotomía.....	5
d) Gastrotomía y duodenotomía; sutura de Ulcera Duodenal sangrante y píloroplastia.....	.1
TOTAL.....	13

Reintervenciones en el mismo ingreso..... 0

" en un nuevo ingreso.....2

1. La primera operación, sutura de ulcera y píloroplastia; reingresó por

síntomas de ulcus, tratamiento y Vogotomía trans torácica. Evolución satisfactoria.

2. Primera operación Vogotomía y Píloroplastía; reingresó a los 2 meses por HGIS masiva, tratamiento Celiotomía y Gastrotomía, diagnosticandose "Gastritis Hipertrófica Sangrante"; 9 días mas tarde de nuevo presenta hemorragia masiva; tratandosele en esta ocasión con gastrectomía sub total (75%). Se le dió egreso sin Dx definitov. Evolución post operatorio satisfactoria.

Resultados:	Buenos.....12	Regulares.....1
	Muertes..... 0	Malos.....0

En la Ulcera Gástrica: (10, 30, 33)

- a) Gastrectomía sub total; gastro yeyuno anastomosis..... 4
- b) Gastrectomía sub total; gastro duodeno anastomosis..... 3
- c) " y ligadura de vasos sangrantes..... 2
- d) Cierre de Ulcera perforada y Sangrante..... 1
- e) Gastro duodeno Enterotomía..... 1

TOTAL 11 casos.

Reintervenciones en el mismo ingreso..... 1

Primera intervención: Cierre de Ulcera Perforada y sangrante; en las primeras 48 horas post operatorias presentó hemorragia masiva. Segunda intervención: Gastrectomía sub total y Gastro yeyuno anastomosis. Falleciendo 7 dias mas tarde por complicaciones post operatorias; Bronconeumonía y Peritonitis.

Reintervenciones en un nuevo ingreso:..... 1

Primera operación, Gastrotomía y ligadura de vasos sangrantes. Reingresó por hematemesis; segunda operación Gastrectomía sub total y gastro yeyuno anasto-

mosis. Evolución post operatoria satisfactoria.

Resultados:	Buenos.....8	Regulares..... 1
	Muertes.....2	Malos..... 2

1. El primero anotado en parrafos anteriores.

2. El segundo; hospitalizado en el Depto. de Medicina con Dx. de Mio-
sitis. Tratado con Prednizona 60 Mg. distribuidas en 4 dosis en 24 horas du-
rante 27 dias. Se le intervino por hematemesis masiva con Dx de Ulcera Agu-
da del Estomago. encontrando a la exploración - gastro- duodeno - enteroto-
mía; hemorragias en capa; falleciendo al 17 día post operatorioa. Dx final; Sep-
tico Piohemia. Ulceras Agudad del Estómago, HGI severa y Peritonitis con Ba-
zo infeccioso agudo.

En las Varices Esofágicas: (6-7-17-21-23-24-32)

Tuvimos 16 casos, de los cua les 13 fueron por cirrosis y 3 casos por hiperten-
sión porta extra hepática uno de ellos trombosis de la vena porta.

a) Ligadura trans torácica de vasos esofágicos sangrantes.....	8
b) Esplenectomía y Anastomosis espleno renal.....	2
c) Anastomosis porto cava latero lateral.....	2
d) Anastomosis Port Cava Latero Terminal.....	1
e) Celiotomía Exploradora.....	2
f) Anastomosis Mesenterico Cava T. L.....	1
TOTAL.....	16
Reintervenciones en el mismo ingreso.....	7

ler. Caso: primera operación Ligadura Trans Torácica de Ves; segunda,
se trató de hacer Anastomosis Porto Cava. No fué posible por multiples adhe-

rencias .

2do. caso: Primera Operación: Ligadura T.T. de Ves; 2da. operación; Celio-
tomía y sección de bridas (post Op. Calcistéctomía) por cuadro obstructivo agudo-
3era. operación; Ligadura T.T. de Ves recidivadas. 4ta. operación; Anastomosis
Porto Cava L.L. Las tres últimas le fueron practicadas en el curso de 60 días.

3er. Caso: 34 días después de Ligadura T.T. de Ves; derivación Expleno
renal.

4a. Caso: 24 días después de Ligadura T.T. de Ves, Anastomosis porto
cava T.L.

Reintervenciones en un nuevo ingreso:..... 2

1er. caso: primer ingreso, ligadura T.T. de Ves; reingresó por hematemesis,
se le practicó el mismo procedimiento de emergencia.

2o. caso: primero ingreso, derivación espleno renal; reingreso por hemate-
mesis. se practicó ligadura T.T. de Ves.

Resultados:	Buenos.....11	Regulares.....1
	*Muertos..... 4	Malos.....0

*Tres en el post operatorio inmediato de Ves. uno en el 5o. día post op. de celio-
tomía expl.

Errores Diagnósticos:.....2

1o. Impresión pre. op. Úlcera Duodenal Sangrante: operación Celiotomía
exploradora; hallazgos, Cirrosis Hepática y Ves; Hepatoma. Paciente Falleció 5
días mas tarde.

2o. Impresión pre op. Ulcus Péptico; operación, celiotomía Exp. hallazgos;
Ves por probable Hipertensión Porta. Evolución fué dado de alta con contra indica-

ción médica.

En la Hernia Diafragmática: (9,8)

- a) Hernioplastía del Hiato Esofágico Tran Torácica. 1
 - b) Hernioplastía del Hiato Esofágico por Vía Abdominal. 1
 - c) Hernioplastía del Hiato y Diafragmática. 1
 - d) Hernioplastía del Hiato y Píloroplastía. 1
 - e) Esofagectomía Parcial, vagotomía mas píloroplastía. 1
 - f) Gastrotomía y Duodenotomía: 1
- TOTAL. 6
- Reintervenciones en el mismo ingreso. 0
- " En un nuevo ingreso: 1

Paciente con esofagitis crónica, al que en su primera ingreso se le practico esofagectomía parcial, mas vagotomía y píloroplastía; reingresó por los mismos signos de su ingreso anterior y se le ofreció substitución de Esófago por Cdn. Evolución post operatoria satisfactoria.

Resultados: Buenos. 3 Regulares. 2

Errores Diagnósticos: 1

Con sospecha de Ulcus duodenal sangrante se le exploró por medió de gastro y duodenotomía; encontrandole una Hernia del Hiato y esofagitis del 1/3 inferior del esófago. Fué dada de alta con recomendación de reingresar para estudio.

Muertes. 0

En la HGIS de Etiología no determinada: (13, 34)

- a) Gastro Duodenotomía; píloroplastía. 1
- b) Celiotomía y gastrotomía. 1

c) Celiotomía Exploradora. 1

d) Píloroplastia. 1

TOTAL. 4

Reintervenciones en el mismo ingreso. 1

En el paciente que se practicó Gastro Duodenotomía y Píloroplastia; 24 horas más tarde hubo necesidad de reintervenirlo por hemorragia masiva practicandosele Gastrectomía sub total y Gastro duodeno anastomosis; evolución post op. satisfactoria en un solo control en consulta externa.

Reintervenciones en un nuevo ingreso: 0

Buenos. 1 Malos. 3; estos últimos reingresaron en dos y tres ocasiones por hematemesis y/o melena, se les trató como Gastritis Aguda Exogena.

Errores Diagnósticos. 4

La indicación quirúrgica surgió en tres de ellos por hemorragia masiva y persistente y en uno por hematemesis y melenas a repetición (relativa); en los 4 Dx pre operatorio fué de Ulcus Péptico sangrante.

En el Carcinoma Gástrico:

a) Gastrectomía Sub total, gastro yeyuno anastomosis. 2

Total. 2

Reintervenciones en el mismo ingreso. 0

Intervenciones en nuevos ingresos. 0

Errores diagnósticos. 0

Resultados: Buenos 2 uno de ellos consultó en dos ocasiones a la consulta externa y el otro ninguna.

En la Gastritis Hemorrágica:

a) Gastrectomía sub total, gastro yeyuno anastomosis. 1

b) Antectomía y vogotomía. 1

Total. 2

Reintervenciones en el mismo ingreso. 0

Intervenciones en un nuevo ingreso. 0

Errores diagnósticos. 2 ambos con diagnóstico pre operatoria de Ulcus peptico

CONCLUSIONES Y DISCUSION

1. La HGIS es una urgencia de bastante frecuencia en nuestro medio. En el curso de 8 años comprendidos entre 1959 y 1966, hubo en el Hospital Roosevelt de Guatemala 482 casos; de los cuales 54 (9%), fueron tratada quirúrgicamente y son los únicos incluidos en este trabajo.

2. De acuerdo con otros trabajos estadísticos nacionales y extranjeros, es la enfermedad Péptica la causa mas frecuente de HGIS. que necesita tratamiento quirúrgico (34, 8, 13)

3. En forma individual encontramos los siguientes porcentajes en nuestra serie:

- a) Varices esofágicas.....29.63%
- b) Ulcera Duodenal..... 24.20%
- c) Ulcera Gástrica.....20.37%

Estos datos son contradictorios con otras series extranjeras, que les asignan un porcentaje que varía del 5 al 15%.

Creemos que esto se debe, a que son las Ves las que con mayor frecuencia causan hemorragia masiva y también es en ellas donde mas falla el tratamiento conservador, (24); siendo estas características indicaciones categoricas de tratamiento quirúrgico.

4. La mayor incidencia de HGIS en general esta comprendida entre la tercera y quinta decada. En forma individual, para cada entidad clínica que la causa, corresponde al período de la vida en que esta es mas frecuente.

5. En la anamnesis, la parte fundamental en el diagnóstico diferencial, es sin lugar a dudas los antecedentes. En nuestros casos solamente 8 enfermos no los tenían y la hematemesis y/o melena fué el primer signo de su enfermedad.

5. La utilidad del examen físico es manifiesta cuando se trata de diferenciar entre las etiologías Pépticas y las secundarias a hipertensión porta.

6. Que el manejo del paciente con HGIS ha sido desde la fundación del Hospital Roosevelt en 1958, basado en los mismos principios; sin haber nunca establecido "normas" de conducta, estipuladas por escrito y publicadas. Es el caso de la "Mesa Redonda" mencionada ya en varias oportunidades en nuestro trabajo; en donde se establecieron normas que nunca fueron generalizadas a todo el personal médico. Aquellos principios están sujetos por lo tanto las que a continuación exponemos como conclusiones son de apreciación personal:

A) El manejo ha sido deficiente el los siguientes:

LABORATORIO: 18 pacientes no tienen pruebas de funcionamiento hepático; 13 no las tienen de evaluación de la coagulación sanguínea.

No hacemos mención aquí de los pacientes que las tienen incompletos, concepto que dejamos establecido en la parte correspondiente a laboratorio; por considerarlo cuestión puramente de criterio.

ESTUDIO RADIOGRAFICO: el de mas ayuda diagnóstica es la SGD. 36 pacientes lo tenían, dejando a 18 pacientes sin este estudio indispensable para diagnóstico diferencial.

Justificaremos la ausencia en 8 de ellos; por conciderar la indicación quirúrgica de emergencia; siendo operados en el curso de las primeras 24 horas de ingresos.

INDICACIONES QUIRURGICAS: En el 55% de los casos la indicación ha surgido de "fallo al tratamiento conservador". Es decir que en todos ellos se ha esperado hasta el último momento para decidir, como recurso extremo, el tratamiento qui-

rúrgico.

Tal parece que hubieramos olvidado que las causas de HGIS, tienen claras indicaciones quirúrgicas y que practicadas en el momento oportuno disminuyen grandemente el riesgo operatorio.

También notamos que factores como, edad y antecedentes de hemorragias previas no fueron justipresiados como factores que inducen a intervención pronta.

Que procedimientos tales como esofagoscopia y gastroscopia no fueron utilizados como ayuda diagnóstica con la frecuencia necesaria, probablemente por la falta de equipo y especialistas.

8. Que los procedimientos quirúrgicos efectuados, fueron los convencionales; tanto para las emergencias, como para las electivas.

9. Que los resultados del tratamiento quirúrgico fueron satisfactorios como lo demuestra la estadística siguiente:

Buenos 68%; Regulares 9%; malos 21%; incluyendo errores diagnósticos y muertes "inevitables".

9. Que a la HGIS de etiología no determinada, le corresponde el mismo porcentaje de otros estudios estadísticos, (7 a 10%) y no ha errores diagnósticos de manejo.

10. Que del total de pacientes operados con Dx pre. op. equivocado, (28 casos) la mayoría fueron de localización exacta de la fuente de hemorragia; 19 corresponden a enfermedad Péptica ulcerosa; 4 a etiología no determinada; 3 para gastritis aguda hemorrágica.

Quedando solamente 3 pacientes que fueron explorados con Dx de enfermedad péptica sangrante, encontrando a la exploración en 2 de ellos, varices esofágicas sangrantes, y 1 hernia del hiato esofágico.

RECOMENDACIONES

1. Todo paciente con HGIS aguda que consulte a la emergencia de un hospital o centro privado, debe ser ingresado de inmediato a un servicio de tratamiento intensivo o de cuidados especiales.
2. Investigar profusamente los antecedentes de Enf. Péptica, Hepática, de HGIS previa y el Dx y tratamiento que le fué ofrecido.
3. El examen físico debe ser orientado a descartar patología hepática.
4. Desde el ingreso, el paciente debe ser tratado por el Depto de Medicina y Cirugía conjuntamente.
5. Debe ser estipulado en nota evolutiva de ingreso, el Diagnóstico y Pronóstico probable, tomando muy en cuenta, la edad, antecedentes de HGIS previa y las condiciones generales del enfermo.
6. Considerar a todo paciente, mayor de 45 años con antecedentes de hematemesis y melena, como candidato a tratamiento quirúrgico urgente.
7. Deben practicarse los siguientes exámenes de ingreso:
 - a- Hematología completo 2 cc de sangre.
 - b- Grupo Sanguineo y Rh. 1. " "
 - c- Nitrogeno de Urea y Creatinina 4 cc.
 - d- NH4.....4 cc
 - e- Proteinas totales y R A /G.
 - f- Tubidez del timol
 - g- Cefalina Colesterol

Total..... 4cc.

- h- Bilirrubinas 4 cc.
- i- Tiempo de coagulación y sangría 6 cc.
- j- Tiempo de protrombina 4,5 cc.
- k- B. S. T. 5 cc.

Hemos podido confirmar en el laboratorio, que todos los exámenes enumerados se pueden hacer con 30 a 35 cc de sangre y que en el curso de 4 horas, a cualquier hora del día o de la noche pueden ser entregados los resultados.

8. Durante este lapso de tiempo se debe tratar al paciente, en la siguiente forma:

a- a través de venopuntura o Disección de vena cefálica sangre completa, plasma o substitutos o sol de Hattman.

b- Sonda nazo gástrica, lavado con soluciones salinas frías, durante el tiempo necesario para que deje de sangrar, dejando luego succión nazo gástrica continua.

c- Sonda de Foley, para control de diuresis.

d- Si se sospecha varices esofágicas, sonda de Nacklas o Sengstaken funcionando como Nacklas.

9. Se mantiene en observación estrecha con controles de los signos vitales c/158 o c/30' según sea necesario y el goteo intravenoso a la velocidad necesaria para mantener los signos vitales dentro de límites normales.

10. Al final de un periodo de observación de 6 a 8 horas, deberá haber una nueva junta de Internista y cirujano evaluando:

a- Resultados de laboratorio

- b- Evolución del cuadro clínico.
- c- Diagnóstico Probable.
- d- Conducta a seguir en el manejo del paciente
- e- Pronostico.

Volvemos a insistir, que debe dejarse nota evolutiva de las conclusiones que podríamos llamar de las primeras 8 horas de observación.

11. Queremos también hacer incapié, en la importancia de dosificaciones seriadas de N.N.P. y NH₄, como indicadores de actividad hemorrágica cada 12 a 24 hs. No olvidando desde luego los controles hematológicos cada 6 a 12 horas.

12. El estudio radiográfico del tracto gastro intestinal superior, deberá ser hecho dentro de las primeras 48 horas, si las condiciones del paciente lo permiten y la hemorragia no tiene las características de masiva. Será hecho siempre; aun en aquellos pacientes que por los hallazgos del examen clínico y de laboratorio sea "definitivo" para un diagnóstico.

13. Durante el tratamiento conservador no deberá olvidarse de factores como: edad antecedentes de hemorragia gastro intestinal, trabajo del enfermo, lugar de origen, procedencia, el habito al alcohol, la tendencia de suficiente cantidad de sangre del tipo del enfermo y por último el nivel socio económico e intelectual. Todos estos hacen fallar el tratamiento médico hospitalario y posteriormente el ambulatorio, como lo demuestra el alto porcentaje (51), de enfermos con antecedente de hematemesis o melena.

14. Por último aquellos pacientes que les fué practicada una intervención de emergencia, no definitiva; deberán ser preparados electivamente para el tratamiento definitivo, en el mismo ingreso o en otro que será designado por el cirujano.

SUMARIO

Se revisan 482 registros médicos de Hemorragia Gastro Intestinal Aguda Superior, ingresados al Hospital Roosevelt durante los años de 1959 a 1966.

De estos fueron escogidos 54 casos, los pacientes que consultaron por hematemesis y o melena y que fueron operados en el mismo ingreso, quedando excluidos todos aquellos que cedieron al tratamiento médico conservador.

Se analiza: las causas etiológicas, la edad en que la incidencia es mayor para la HGIS en general y en particular para cada una de las causas; la importancia y el valor del examen clínico en el diagnóstico diferencial, en especial sobre antecedentes de Enfermedad Péptica y Hepática; y al examen físico, en especial los hallazgos de signos secundarios a hipertensión porta. Se evalúa el manejo de estos enfermos desde su ingreso, hasta su egreso; haciendo un breve comentario de reingreso y reintervenciones.

Tomamos como base de este trabajo, las recomendaciones que dieron los miembros del Depto. de Cirugía del Hospital Roosevelt, al efectuar una mesa redonda sobre el tema en el año 1965. Damos mayor valor a los exámenes de laboratorio, Rx, y estudios especiales para evaluar el curso del Dx. diferencial. Por último hacemos un examen analítico de las indicaciones de los procedimientos operatorios y de sus resultados.

Concluimos, como otros autores que analizan el mismo problema (20,12,32) que el Dx diferencial de la causa de HGIS aguda es sumamente difícil, máxime cuando la evolución del cuadro hemorrágico obliga a una intervención quirúrgica en el curso de pocas horas.

Teniendo, al igual que ellos, los siguientes errores pre operatorios, 6% de errores de diagnóstico de causa etiológica y 42% de errores de localización exacta.

También podemos concluir, que los resultados del tratamiento quirúrgico han sido satisfactorios, tomando como índice los resultados de los autores citados:

Buenos 70%; Regulares 10%; Malos 9%; y mortalidad de 11%, correspondiendo la mayoría a las Varices Esofágicas Sangrantes en el post operatorio inmediato.

oooOOOooo

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

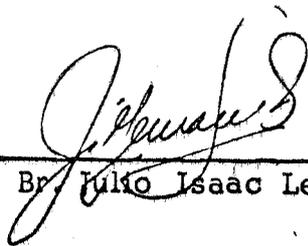
1. Adams, H. D. Treatment of portal hypertension and associated acute hemorrhage. *Sur. Clin. N. Am.* 31:803. Jun. 1951.
2. Banning, A. et. al. Bleeding peptic ulcer. *British Med. J.* 2:781-4. Oct. 1965.
3. Belking, A. and H. D. Conn. Blood ammonia concentration in upper gastrointestinal hemorrhage. *N. Eng. J. of Med.* 260:530. March. 1959.
4. Bennet, J. and W. Witside. Acute upper gastro-intestinal hemorrhage in patients over sixty five years of age. *Arch. of Surg.* 81:504. Sept. 1960
5. Beswick, T. S. and H. Butler. Fatal hematemesis from esophageal varices in the presence of large portocaval anastomosis. *Brit. Med. J.* 2:522. 1951.
6. Bickman, Collander. *Surgery of the alimentary tract.* Philadelphia, W. B. Saunders, 1958. V. I, pp. 1-862.
7. Blakemore, A. H. Portocaval anastomosis - observations on technic and postoperative care. *Surg. Clin. N. Am.* pp. 279. April 1948.
8. Bockus, H. L. *Gastroenterology.* 2nd. ed. Philadelphia, W. B. Saunders, 1963. V. I. pp. 614-664.
9. Boyd, D. P. and J. N. Classen. The surgical treatment of diaphragmatic hernia. *Surg. Clin. N. Am.* 31: 813. 1951.
10. Brewer, W. R. et. al. Erosion of the splenic artery from gastric ulceration. *Min. Med.* 49:69-72. Jan. 1966.
11. Britton, R. C. and G. Grile. Late results of tranesophageal suture of bleeding esophageal varices. *Surg. Gynec. & Obstet.* 117:10-14. 1966.
12. Brooks, J. R. and A. J. Eraklis. Factor affecting the mortality from peptic ulcer. The bleeding ulcer and ulcer in the aged. *N. Eng. J. of Med.* 3:271-803. Oct. 1964.
13. Capper, W. and H. Bucker. Determination of the cause of bleeding in surgery for masive haematemesis. *Brit. J. Sur.* 51(10):752-4. Oct. 1964.
14. Cogbill, C. G. and Paul T. Kinkade. Emergency operation for masive hemorrhage from peptic ulcer. Mortality according to age and concurrent disease in 52 cases. *The Am. Surg.* 32(5): 203-6. May. 1966.

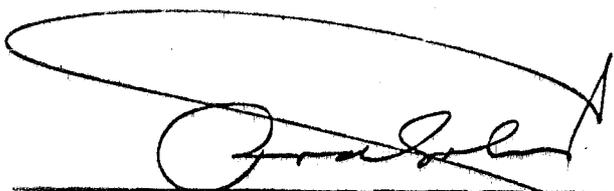
6. Cohn, R., B. Nelson and C. Mathewson. Gastrointestinal hemorrhage in the aged. *Am. J. Surg.* 100:258. 1964.
8. Conn, H. C. and ^u. Lindemuth. Prophylactic portocaval anastomosis in cirrotic patients with esophageal varices. *N. Eng. J. Med.* 266:743. 1956.
7. Crane, Ch. The choice of shunt procedure from cirrotic patients with variceal bleeding, ascites an hypersplenism. *Surg. Gynec. & Obstet.* 115: 12-28. July 1962.
5. Cummack, D. H. Diagnosis of masive haematemesis, *Brit. J. Surg.* 21(10): 744-6. Oct. 1964.
9. Dagradi, A. E. et. al. Bleeding esophagogastric varices, and endocopy study of 50 cases. *Arch. Surg.* 92:944-7. Jun. 1966.
10. Darryl, F. R. et. al. Peptic ulcer disease. Morbidity and mortality in patients undergoing operation. *Arch. Surg.* 92:909-916. Jun. 1966.
11. DeCamp, P. T. Surgical treatment of portal hypertension. *Surg. Clin. N. Am.* 33:975. 1953.
12. Delmont, S. Role of the rural practiciones in the case of severe digestive hemorrhage. *Concours. Med.* 87:6035-9. Oct. 23, 1965.
13. Eckman, C. A. and N. Sandblon. Shunt operation in acute bleeding from esophageal varices. *An. Surg.* 160:531-6. 1964.
14. Edmonds, R. and J. West. Treatment of bleeding esophageal varices. *J.A.M.A.* 139:854. 1964.
15. Farris, J. M. and G. K. Smith. Vogotomy and pyloroplasty for bleeding duodenal ulcer. *The Am. J. of Surg.* 105(3): 389, March 1963.
16. Goodeman, N. E. Sub total gastric resection. In Philip, Cooper. *The craft of surgery.* Boston, Litle Brown, 1966. pp. 974-981.
17. Guatemala. Hospital Roosevelt (Archivos generales, 1959-66; Sala de Operaciones 1959-66. Registros de Unidad de Tratamiento Intensivo, Nov. 1964 a Dic. 1966.)
18. Hunt, A. H. Haematemesis in portal hypertension. *Brit. J. of Surg.* 51 (10): 746-9. 1964.
19. Julian, O. Ch. Filder. Shunt operation for esophageal varices. *Surg. Clin. N. Am.* 229-258. Feb. 1951.
30. Kraft, R. O. et. al. Vogotomy and pyloroplasty in the care of patients eith gastric ulcer. *Arch. Surg.* 92(4):456-462. April 1966.

- *31. Kauvar, A. J. et. al. Gastric freezing. A clinical evaluation. Arch. of Surg. 89(6):985-988. Dic. 1964.
32. Samayoa, B. Manifestaciones de la hipertension porta; experiencia con su tratamiento en el Hospital Roosevelt de Guatemala. -Tesis- Universidad de San Carlos de Guatemala, Facultad de Ciencias Médicas, 1965. 42 pp.
33. Saravia, J. Tratamiento quirúrgico de la ulcera duodenal cronica y sus complicaciones. - Tesis- Guatemala, Universidad de San Carlos de Guatemala, Facultad de Ciencias Médicas. 1966. pp. 44-53.
34. Tanner, N. Dianosis and management of mesive hematemesis. Brit. J. Surg. 51(10): 754-6. 1964.
- *35. Vasquez, R. Hemorragia gastro-intestinal superior. -Tesis- Guatemala, Universidad de San Carlos de Guatemala, Facultad de Ciencias Médicas, 1965. 47 pp.
36. White, L. et. al. Diagnostic aids in localizing the site of upper gastro intestinal hemorrhage. Surg. Clin. N. Am. 42(5):191. 1962.

* Nota los que aparecen con asterisco no fueron citados en el texto.

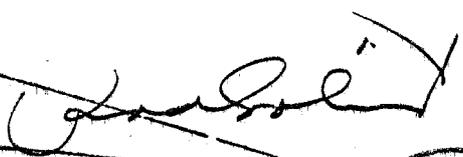



Br. Julio Isaac Lemus F.


Dr. Rodolfo Solís Hegel
REVISOR Y ASESOR
DIRECTOR DEL DEPARTAMENTO DE CIRUJIA


Dr. Francisco Villagrán M.
SECRETARIO INTERINO




Dr. Rodolfo Solís Hegel
VICE-DECANO

