

UNIVERSIDAD DE SAN CARLOS DE GUATEMALA
FACULTAD DE CIENCIAS MEDICAS

**HEMORRAGIA GASTRO INTESTINAL SUPERIOR
SU DIAGNOSTICO Y TRATAMIENTO
MEDICO-QUIRURGICO**

(Revisión de 5 años en el Hospital Nacional
de Amatlán 1970-1974)

OTTO RONALDO TELLO AGUILAR

GUATEMALA, NOVIEMBRE DE 1978

INDICE

- I. INTRODUCCION
- II. MATERIAL Y METODOS
- III. ETIOLOGIA
- IV. METODOS DIAGNOSTICOS
- V. TRATAMIENTO MEDICO
- VI. TRATAMIENTO QUIRURGICO
- VII. DATOS ESTADISTICOS
- VIII. CONCLUSIONES
- IX. RECOMENDACIONES
- X. BIBLIOGRAFIA.

INTRODUCCION

Hemorragia Gastrointestinal Superior, es una entidad importante en la práctica del médico moderno, debido a la alta morbi-mortalidad que conlleva la misma.

Es menester principal que el médico tenga conocimientos amplios sobre la etiología, los métodos diagnósticos mínimos y sofisticados para el conocimiento del lugar de origen de la hemorragia, y la terapéutica médico-quirúrgica que debiera seguirse de acuerdo con su etiología, debiera tenerse siempre en mente las amplias variaciones y pronósticos de los pacientes aún con etiología similar, puesto que, siendo una entidad que implica grandes cambios sistémicos los cuales abarcan toda la economía corporal.

Debera de conocerse los principales síntomas y signos de una HEMORRAGIA gastrointestinal alta, los cuales son: a) hematemesis y b) melena;

a) **Hematemesis:** el paciente podrá haber presentado hematemesis en su residencia 24 ó 12 horas de su ingreso a la institución de servicios médicos, o bien, puede presentarlas dentro de la misma después de su ingreso, ejemplo: paciente ulceroso. La hematemesis presentada podra ser abundante, tanto que en dos vómitos halla perdido 1,500 y 2,000 cc de sangra, o bien, leve la cual no ponga en peligro la vida del paciente.

b) **La melena,** el segundo de los signos importantes para el diagnóstico, puede no presentarse en muchos pacientes, o bien presentarse de manera que únicamente pueda ser demostrada por técnicas de laboratorio (Guayaco, hematies en heces). También podrá el motivo de consulta la presencia de heces alquitranadas, o presentarse como sangre rutilante después de una hemorragia severa.

Este tipo de paciente podrá dividirse en dos grupos: a) pacientes gravemente enfermos, y, b) pacientes levemente enfermos. Los pacientes del inciso a) son aquellos que han tenido una pérdida sanguínea de aproximadamente 1,000 cc., de sangre o bien los que la han tenido en forma súbita, estos pacientes deberán de ser tratados primeramente, su estado de shock para luego continuar con la historia y examen físico, y métodos diagnósticos, y por supuesto las medidas inmediatas para frenar la hemorragia, y proseguir su tratamiento definitivo, los pacientes del inciso b), estos serán tratados con menos urgencia que los anteriores, pues son los que la hemorragia no pone en peligro la vida de paciente en una forma inmediata, estos pacientes deberán de ser bien investigados, primeramente la historia clínica es de un valor incalculable para el diagnóstico del paciente, y se insistirá en que sea metódica, pero que no sea demasiado larga para no cansar al paciente el cual se encuentra en un estado de ansiedad grande; el examen físico también debe de ser detenido y echo a conciencia, buscando siempre signos que nos indiquen la posible etiología del sangrado.

Los métodos diagnósticos deberán usarse para confirmar el diagnóstico, deberá evacuarse el estómago de la sangre posible que se encuentre en él; deberá hacerse RX a todo paciente media vez se hallan estabilizado los signos vitales. En otros países se está usando cada vez más el endoscopio de fibra para un diagnóstico temprano y más certero del origen de la hemorragia.

Dependiendo de todos los datos y del estado del paciente se tomará la decisión sobre el momento oportuno de la intervención y la más aconsejable, o bien si el tratamiento médico es el más aconsejable para el paciente.

MATERIAL Y METODOS

El material para el presente trabajo se dividió en Estadístico y Bibliográfico de la siguiente manera.

El material estadístico, fué tomado del hospital de Amatlán donde se investigaron cinco años correspondientes del 1970 a 1974, tomando todas las papeletas que estuvieran entre los límites de la hemorragia gastrointestinal superior, siendo en total un número de 23 papeletas a las cuales se les pasó una ficha previamente elaborada para poder recopilar la cantidad de datos necesarios para el estudio en cuestión.

El material bibliográfico del trabajo se tomó de libros y revistas encontradas en la biblioteca de la Facultad de Ciencias Médicas, en la biblioteca del INCAP, y en la biblioteca del IGSS, además de libros propios.

El presente trabajo se basó más en el diagnóstico y tratamiento del tema en cuestión.

ETIOLOGIA

VARICES ESOFAGICAS Y GASTRICAS

La hemorragia ocasionada por várices esofágicas o gástricas es una manifestación de hipertensión portal que, en la gran mayoría de casos es consecutiva a una cirrosis hepática. En un pequeño grupo de casos, aunque importantísimo desde el punto de vista de la curabilidad, las várices son debidas a la obstrucción portal extrahepática.

El análisis de las estadísticas publicadas sugieren que alrededor del 5 al 10o/o de los casos de hematemesis y melenas registrados en los hospitales generales son consecuencia de várices esofágicas asociadas a cirrosis hepática. La frecuencia con que aquellas son causa de hemorragia copiosa dependen de la incidencia regional de la cirrosis. La hemorragia de la cirrosis proceden las venas varicosas esofágicas, y con mucho menor frecuencia de las gástricas, en un 80o/o aproximadamente de los casos.

La hipoertensión portal ocasiona la dilatación de las raicillas de las venas ácigos en la circulación del territorio de la cava al anastomosarse con las venas coronarias del estómago, que desembocan en la vena portal.

El verdadero mecanismo de la hemorragia varicosa no ha sido satisfactoriamente explicado. Puede que dependa del aumento súbito de la presión venosa que, a veces, provocan el ejercicio físico, la tos violenta o el esfuerzo. Los alimentos duros, o, raramente, el enclavamiento de un cuerpo extraño puede traumatizar la membrana esofágica congestionada y producir pequeñas erosiones. La presencia de várices en la mucosa esofágica predispone a la esofagitis y a las erosiones, pudiendo estas últimas atravesar eventualmente la frágil pared de una vena varicosa. Algunos autores consideran rara la asociación de várices y

esofagitis, mientras que otros la encuentran en el 40o/o de los casos. Alrededor del 60o/o fallecen en el curso de la primera hemorragia varicosa.

ESOFAGITIS PEPTICA

La inflamación del esófago, o esofagitis, se describió primero bajo formas encontradas rara vez en la actualidad, a saber, el síndrome de Plummer-Wilson y la esofagitis agranulocítica. Se desconoce la frecuencia, pero no es tan rara. Hasta 1936 en que Windelstein la describió como una entidad nueva clínicamente, se le presentó atención suficiente, generalmente esofagitis se acompaña a menudo de úlcera duodenal o de hernias por deslizamiento hiatales.

ETIOLOGIA

Esta puede ser aguda o crónica y las causas de inflamación inespecífica son abundantes. Estas pueden ser Bacterianas, químicas, físicas o traumáticas.

ESOFAGITIS AGUDA

Esta puede ser por continuidad, como inflamación aguda prolongada en sentido descendente a partir de una faringitis, amigdalitis, laringitis o infección aguda de las vías respiratorias altas en los casos de sarampión o escarlatina. La diseminación hematógena de la infección ocasionalmente produce inflamación aguda del esófago como complicación de una neumonía, peritonitis o pielonefritis. La esofagitis aguda también puede deberse a la ingestión de agentes cáusticos, como lejía, amoníaco, gasolina y otros productos químicos el tercio inferior de esófago esta muy expuesto a los efectos directos del reflujo del ácido y pepsina. Otros efectos locales o traumáticos pueden producir una esofagitis aguda, ejemplo: uso prolongado de sonda nasogástrica ingestión de alimentos muy calientes o muy fríos, la deglución

rápida de grandes bolos alimentarios, agentes anestésicos y vasodilatadores por innalación y a veces la radioterapia intraluminal.

ESOFAGITIS CRONICA

Puede ser infecciosa a) por propagación de la infección por continuidad a partir de goteo retrorrenal. b) por propagación de la infección, por continuidad, traqueobronquitis crónica o mediastinitis, c) en combinación con agranulocitosis, en la que la esofagitis pseudomembranosa invade los dos tercios inferiores del esófago. En la clínica la forma más frecuente de esofagitis recidivante o crónica se debe al reflujo del contenido gástrico muy ácido o de bilis y jugo pancreático.

A veces el contenido gástrico penetra en el esófago con la eructación de aire deglutido, a consecuencia de vómitos, tanto con obstrucción piloroduodenal por úlcera péptica como sin ella; durante los estados comatosos, la anestesia general o durante la aplicación de sonda nasogástrica, el reflujo es corriente después de la hernia hiatal por deslizamiento. La esofagitis química es corriente después de la ingestión de polvos de metal o porcelana. Ingesta de bebidas alcohólicas o alimentos muy condimentados, fumar excesivamente masticar tabaco, líquidos calientes o muy fríos, el estasis de sustancias alimentarias puede ejercer efecto traumático.

La esofagitis aguda puede ser descamativa y exudativa. La forma descamativa se caracteriza por separación parcial del epitelio esofágico, el cual es substituido por una infiltración leucocitaria difusa. En la forma exudativa pueden observarse todas las fases de la inflamación aguda, con elementos de la inflamación infiltrados difusamente en el epitelio esofágico.

ULCERA PEPTICA EN ESOFAGO

La úlcera péptica en esófago es mucho menos corriente que la del estómago y la del duodeno. Casi siempre se localiza en el tercio inferior del esófago y es generalmente única, profunda y mucho mayor que las erosiones o las pequeñas ulceraciones que acompañan a la esofagitis por reflujo. Las dos terceras partes de los enfermos son de edad superior a los 50 años y alrededor de una cuarta parte de los casos se presentan en asociación con la úlcera duodenal o gástrica péptica. La hemorragia es menos frecuente que la gástrica y la duodenal pero suele ser más grave.

Las ulceraciones del esófago pueden clasificarse de la siguiente manera: a) esofagitis péptica con inflamación y ulceración, o con ambos en un esófago de revestimiento normal; b) úlcera péptica del esófago (tipo barrett) con ulceración producida en el esófago revestido de mucosa gástrica heterotópica, y c) esófago corto con ulceración esofagogástrica o marginal. Conociéndose como marginal los 2 cm., terminales del esófago. Puede presentarse ulceración marginal como una complicación, de una esofagitis péptica, y esta a su vez, se produce a veces como una complicación de una úlcera marginal. Es importante para el tratamiento y pronóstico el tipo de epitelio en la que se asienta la ulceración marginal, ya que si este es pavimentoso la ulceración será más superficial y tendencia a la estenosis, y si es heterotópico es más penetrante pero con poca probabilidad de estenosis, y a la vez más renuente al tratamiento médico.

De ordinario la hemorragia es ligera, pero puede ser tan profusa que requiere transfusiones múltiples o una esofagectomía de urgencia. Puede manifestarse como estrias de sangre que surcan el material regurgitado o en forma de gran hematemesis, melena o simplemente, de reacciones positivas de sangre oculta en las heces. Rara vez la hemorragia es mortal, puede producirse una perforación libre con consecuencias a veces mortales, como peritonitis, mediastinites, abscesos infradiaphragmáticos, pericarditis,

empiema y gangrena pulmonar la perforación se produce solo en el 15o/o de los casos, pero la perforación libre es rara.

SINDROME DE MALLORY-WEISS

Las náuseas violentas o los vómitos pueden romper la mucosa y la sub-mucosa del cardias o del tramo inferior del esófago y provocar la hemorragia profusa de las arterias sub-mucosas. Esta alteración fue descrita, primeramente en pacientes alcohólicos en 1929, posteriormente se ha descubierto que los desgarros pueden ser el resultado de náuseas y vómitos de cualquier causa y que se deben al efecto de las elevadas presiones a que se ve sometido el esófago terminal y el cardias. Ocasionalmente, en estas circunstancias ocurre la ruptura completa y espontánea del esófago, pudiendo fallecer el enfermo por mediastinitis.

El síndrome de Mallory-Weiss debiera tenerse en mente en todo enfermo que presente hemorragia gastrointestinal alta, la clave diagnóstica más importante proporciona la historia de vómitos de contenido gástrico normal en una o más ocasiones, seguidos de vómitos hemáticos o de la eliminación de grandes cantidades de sangre por el recto. Los desgarros son longitudinales y pueden estar situados a través de la unión cardioesofágica o limitarse a la región del cardias. Tienen una longitud de 3 a 20 mm. y una anchura de 2 a 3 mm., de profundidad variable, atravesando a veces la muscularis mucosae. La esofagitis, la gastritis y la mucosa gástrica atrófica de los ancianos predisponen a la presentación de los desgarros.

La exploración radiológica no es definitiva, por lo que los resultados negativos de la exploración con sustancias opacas, después de una hematemesis muy abundante, deben hacer sospechar la posibilidad de que ésta sea por desgarró. La mayoría de casos han sido diagnosticados quirúrgicamente en enfermos con hematemesis de causa desconocida y en los que el tratamiento

conservador ha fracasado, el uso de la sonda de Sengstaken-Blakemore no cohibe la hemorragia pues esta es arterial. Siempre que se tenga duda en diagnóstico de una hemorragia gastrointestinal alta, a la exploración quirúrgica deberá revisarse cardias y esófago en busca de desgarros, el resultado del tratamiento médico se desconoce, pero es muy probable que la enfermedad sea frecuentemente menos grave de lo que corresponde a los casos diagnosticados.

ULCERA PEPTICA GASTRICA Y DUODENAL

La úlcera péptica gástrica y duodenal es, con mucho la causa mas corriente de hemátemesis y de melena. Se ha calculado que alrededor del 25o/o de todos los enfermos ulcerosos ingresados en los hospitales sufre una hemorragia manifiesta en uno y otro momentos si se les sigue durante un promedio de 10 años, incidencia que es más o menos el doble de la perforación aguda.

Aun y cuando la frecuencia de la hemorragia está directamente relacionada con la duración de la enfermedad, existe una mayor tendencia a sangrar durante el primer año de enfermedad y menor a partir del décimo.

La hematemesis y la melena pueden presentarse conjuntamente tanto en la úlcera gástrica como en la duodenal, aunque también pueden registrarse sólo uno de los dos síntomas. En las hemorrágicas por úlcera gástrica es más frecuente la hematemesis que la melena sola. El hecho de que la melena sin hematemesis se presente con mayor frecuencia que la hematemesis sola entre los enfermos ulcerosos está probablemente relacionada con la elevada proporción existente entre las úlceras duodenales y las gástricas.

La hemorragia puede ocurrir a cualquier edad, pero su mayor frecuencia corresponde a la cuarta y quinta década de la

vida. Existen razones para creer que la úlcera de aparición tardía tiene más probabilidades de sangrar que la que se presenta en las primeras épocas de la vida. Las úlceras gástricas crónicas tienen mayor tendencia a sangrar precozmente durante su curso clínico que las duodenales independientemente del sexo del enfermo. Las úlceras gástricas sangran con frecuencia menos que las duodenales. La hemorragia es más corriente y más grave en la úlcera duodenal post-bulbar que en la bulbar, especialmente entre los hombres de edad superior a los 50 años.

Unicamente el 10o/o de todos los pacientes pueden sangrar como primer síntoma de una úlcera, todos los demás tendrán historia de enfermedad ulcerosa. La localización de las úlceras silenciosas es más frecuentemente gástricas que duodenales. Una historia de síntomas ulcerosos activos precediendo a la hemorragia, con la desaparición brusca de toda molestia después de la aparición de la misma, justifica el diagnóstico de úlcera péptica sangrante, el cual se comprueba en casi un 90o/o de tales casos. La tendencia de cicatrizar de la úlcera rápidamente después de una hemorragia intensa ha sido observada y confirmada. En la mayoría de enfermos el dolor desaparece prontamente al iniciarse la hemorragia. La persistencia del dolor después de una hemorragia intensa se acompaña generalmente de una pérdida hemática continuada, lo que denota, probablemente, la falta de cicatrización de la úlcera. Esto debe, en algunos casos, a la perforación cubierta o libre.

ULCERA PEPTICA AGUDA

La hemorragia procedente de una úlcera aguda, duodenal o gástrica merece especial atención. Estas se encuentran relacionada con múltiples dolencias. El 62o/o se acompañan de procesos infecciosos agudos, como peritonitis e infecciones respiratorias, y el 21o/o se presentaban juntamente con enfermedades malignas. La asociación con la neumonía neumocócica, antes de la era antibiótica se ha registrado en numerosas ocasiones. La

presentación de úlceras agudas generalmente duodenales, después de quemaduras cutáneas. Cushing, en 1932 insistió en la presentación de lesiones ulcerosas agudas, con la presentación de lesiones ulcerosas en esófago, estómago y duodeno, después de lesiones u operaciones intracraneales.

Las úlceras agudas son responsables de un gran número de casos de hematemesis y de melena. Se localizan con mayor frecuencia en el duodeno y en la curvatura menor del estómago, y como se ha observado en los estudios necrópsicos precoces son generalmente únicos. La práctica de la gastroscopia poco después de la hemorragia ha hecho que sea mayor el número de casos de úlcera gástrica aguda diagnosticados, aunque, sin duda, son muchas especialmente las pequeñas, la que no llegan a verse.

ULCERA ANASTOMOTICA

Aunque la hematemesis puede presentarse sola o conjuntamente con melena, en las hemorragias procedentes de una úlcera residivante después de gastrectomía parcial o de la gastroenterostomía es más corriente la melena.

En la mayoría de estos enfermos la hemorragia parte de una úlcera anatómica; —algunas veces puede que sea debida a una gastritis o a la persistencia o recidiva de una úlcera gástrica o duodenal— y en otros casos no se halla ninguna causa. Las úlceras anastomóticas sangran con más facilidad que las gástricas y duodenales.

GASTRITIS Y EROSIONES GASTRICAS

En los últimos años no era raro que la hematemesis o la melena fueran atribuidas a gastritis o erosiones, puesto que era corriente que las que las exploraciones radiológicas, practicadas dos o tres semanas después de haber cesado la hemorragia, no

revelara ningún hallazgo objetivo que pudiera ser considerado como el causante de la misma. Incluso en los casos en que se observa un nicho ulceroso después de una hematemesis duodenal o gástrica, no se puede estar seguro de que la hemorragia se haya originado en la úlcera y no en la erosiones que la acompañan. Inversamente, incluso cuando queda demostrada la gastritis, la hemorragia puede ser debida a otras lesiones concomitantes. Palmer ha demostrado que la hemorragia de la supuesta gastritis es provocada por erosiones agudas de la mucosa, sin que pueda comprobarse ninguna relación causal entre el proceso erosivo y la existencia de gastritis superficial crónica o hipertrófica. Es probable que muchos enfermos que han sufrido anteriormente brotes hemorrágicos sin que pudiera demostrarse ningún signo de nicho ulceroso, la hemorragia sea el resultado de erosiones gástricas residivantes.

Tanto la gastritis superficial aguda como la crónica, con erosiones o sin ellas, pueden ser causa de hemorragia, siendo esta, por lo general, ligera o moderada, aunque también puede ser a veces considerable. La pérdida hemática por gastritis hemorrágica en enfermos con pancreatitis aguda grave puede ser muy intensa.

Los antecedentes de gastritis faltan en muchos enfermos que sangran por esta causa. Ha quedado bien establecida la posibilidad de que la gastritis superficial aguda producida por el alcoholismo ocasione una hemorragia.

NEOPLASIA GÁSTRICA MALIGNA.

Cuando ocurre una hematemesis en el curso de una carcinoma gástrica, el diagnóstico de cáncer ha sido ya establecido en la mayoría de casos antes de la hemorragia. Pero algunas veces ésta es el síntoma inicial. El antecedente anamnésico de dispepsia progresiva, acompañada de pérdida de peso durante unos cuantos meses, en una persona de edad, es altamente sospechoso

de enfermedad maligna. La hemorragia copiosa es más frecuente en el carcinoma gástrico ulcerativo que en los tipos invasivo o fibrotico. La gastroscopia descubre frecuentemente una lesión maligna sangrante en el fondo del estómago, cuando la exploración radiológica no lo ha conseguido.

HERNIA DEL HIATO ESOFÁGICO (ESTÓMAGO SUPRADIAPHRAGMÁTICO)

La mayor frecuencia con que, durante los últimos años, se realiza el diagnóstico de hernia del hiato esofágico de las lesiones que la acompañan, así como la frecuencia con que la hemorragia se presente asociada a estas lesiones, han introducido nuevos problemas en el diagnóstico diferencial de las hematemesis y melenas. La esofagitis por reflujo asociada a la hernia del hiato puede ocasionar hemorragia que, aunque suele ser de poca intensidad, e intermitentes o crónicas, en algunas raras ocasiones llega a adquirir proporciones considerables. Una hemorragia grave puede originarse a partir de una úlcera péptica localizada en la bolsa herniaria o de la gastritis o congestión de una mucosa de la misma.

La frecuencia relativa de úlcera péptica de la presión distal del estómago o del duodeno en asociación con la hernia del hiato no es despreciable. La interrelación con otras lesiones capaces de sangrar es bien conocida. Una hemorragia profusa de la porción superior del tubo digestivo en los enfermos con hernia del hiato o sus complicaciones.

NEOPLASIA MALIGNA GÁSTRICA

Si se consideran únicamente los casos de hemorragia copiosa son solo el 50/o de ellos son por carcinoma. Cuando ocurre una hemorragia en el curso de un carcinoma gástrico ya ha sido establecido el diagnóstico en la mayoría de los casos antes de la hemorragia. Pero algunas veces este es el signo inicial.

La historia de dispepsia y la pérdida de peso en unos meses es de tomarse en cuenta para el diagnóstico. La hemorragia masiva es más frecuente en el carcinoma gástrico ulcerático que en el invasivo o fibrótico. La gastroscopía descubre frecuentemente una lesión maligna sangrante en el fondo del estómago cuando la exploración radiológica no lo ha conseguido.

TUMORES BENIGNOS DEL ESTOMAGO

La hemorragia profusa es uno de los síntomas más importantes de muchos tumores gástricos benignos, aunque debido a su relativa rareza, estos tumores constituyen en realidad una causa poco frecuente de hematemesis o de melena. El primer síntoma del leio-mioma, del adenoma, de la poliposis múltiples, aisladas o formando parte de una poliposis generalizada del tubo digestivo, y del neurofibroma gástrico puede ser una hemorragia copiosa.

TRAUMATISMO

Si la hemorragia es consecutiva a la introducción de la sonda o del gastroscopio en el estómago, es posible que se trate de un simple traumatismo, aunque, por lo general, es responsable de la hemorragia alguna lesión ulcerada preexistente. Es raro que la hemorragia del tubo digestivo sea debida a una herida por arma de fuego o blanca o a un fuerte golpe en el abdomen.

CUERPO EXTRAÑO

La presencia de un bezoar en el estómago puede ocasionar una hemorragia. Además de todos los cuerpos extraños que tiene filo o lados cortantes.

PROLAPSO DE LA MUCOSA GASTRICA EN EL DUODENO O EN EL ESOFAGO.

Solo raramente puede atribuirse una hemorragia grave el prolapso de la mucosa gastrica en el duodeno. La imagen radiológica del prolapso sangrante, como la gastritis o la úlcera, que no sean radiológicamente visibles. La hemorragia copiosa ha sido atribuida algunas veces al prolapso de la mucosa gástrica en el esófago.

RUPTURA DE VASO ESCLEROTICO

DIVERTICULOS

SIFILIS Y TUBERCULOSIS GASTRICAS

CRISIS GASTRICAS DE LA SIFILIS

TEJIDO PANCREATICO HETEROTOPICO

HEMORRAGIA POSTOPERATORIA

ENFERMEDADES DUODENALES DISTINTAS A LA ULCERA

LEUCEMIA.

METODOS DIAGNOSTICOS

Al ingreso en el hospital un paciente con hemorragia grave requiere, independientemente de la causa de la misma, el tratamiento inmediato del choque y la aplicación de las medidas sintomáticas descritas más adelante, en tanto que se emprende las exploraciones pertinentes para determinar la causa de la hemorragia, las más importantes son HISTORIA CLINICA, EXPLORACION FISICA, Y LA PRACTICA DE CIERTAS PRUEBAS DE LABORATORIO.

Aproximadamente en un 60o/o de los casos se encuentra con un diagnóstico acertado precoz. Aunque el tratamiento inicial sea siempre el de valorar el estado de shock del paciente y corregirlo y la prevención de una buena hidratación, el cual es el mismo independientemente de la causa de la hemorragia, aunque en ciertos casos de hemorragias copiosas requieren tratamiento de urgencia. Debido a que en un 25o/o de los casos la hemorragia recidiva y en un porcentaje semejante de pacientes van a necesitar cirugía, es preciso hacer el diagnóstico temprano, además de que esto conlleva a iniciar un tratamiento más racional, además ejerce una influencia favorable sobre la selección de enfermos susceptibles de tratamiento quirúrgico y, por tanto, modifica también la mortalidad.

El uso más frecuente de gastroscopia, esofagoscopia y la exploración precoz con serie gastro-duodenal, permite en muchos casos, localizar el lugar de origen de la hemorragia. Dependiendo del personal técnico y de los instrumentos necesarios.

HISTORIA CLINICA

No es prudente, aparte de que muchas veces tampoco es posible, someter a un interrogatorio minucioso a los enfermos que se hallan en situación crítica o a los que están desorientados a causa de la anoxia cerebral, pero, tan pronto como sea posible,

deben obtenerse y anotarse los rasgos más sobresalientes de la historia clínica. Debera de obtenerse la historia de un familiar cercano incluyendo discracias sanguíneas. La presencia de un episodio anterior de hematemesis o de melena oriente al diagnóstico probable de una úlcera péptica. Debe inquirirse acerca de la gravedad de aquel episodio, sobre los síntomas gastrointestinales que le precedieron y los resultados de exploraciones radiológicas. Debera saberse si, se presentó la hemorragia súbitamente y sin aviso previo o fué precedida de molestias epigástricas de tipo ulceroso. Si el paciente consume antiácidos, había consumido medicamentos ulcerógenos. Fué precedida la expulsión de sangre por vómitos que pudieran hacer pensar en el síndrome de Mallory-Weiss. Si las molestias epigástricas tienen duración de semanas o meses y si se acompañan de pérdida de peso y de apetito. La existencia de episodios hemorrágicos de origen ajeno al tubo digestivo es sugestivo de discracia sanguínea o de enfermedad hepática o esplénica. Si el enfermo es alcohólico crónico podría pensarse en gastritis y/o en cirrosis. Disfagias, pues las lesiones inflamatorias, ulcerosas y malignas, constituyen una causa probable de hematemesis. Si existe pirosis o molestias retroesternales al acostarse, pensandose en una hernia subdiafragmática. Conocer el estado de presión arterial del paciente antes del ingreso del paciente al centro asistencia.

EXPLORACION FISICA.

Cuando el enfermo ha sufrido un choque, el tratamiento activo debe iniciarse inmediatamente sin la formalidad de una exploración física detallada. Se evitarán todas las maniobras que no sean esenciales hasta que el enfermo esté fuera de peligro, limitándose a una exploración rápida y sumaria. Se tomarán signos vitales. El espasmo de uno o dos de los rectos y adoloramiento epigástrico podría pensarse en úlcera péptica, se buscaran signos de perforación. Si existe esplenomegalia se dirigirá la exploración a una posible cirrosis o a otras causas de

hipertensión portal de hiperesplenismo o de discrasia sanguínea. Cuando hay un trastorno hepático puede observarse alguna variación del tamaño y consistencia del hígado, ascitis, nevos arácnos o de distensión de las venas abdominales superiores y superficiales con dirección de la corriente sanguínea hacia arriba. Con frecuencia no se encuentran ningún indicio de circulación colateral en los enfermos con hematemesis por cirrosis. La existencia de una enfermedad gástrica maligna puede venir indicada por una tumoración epigástrica palpable, por la hiperplasia de los ganglios linfáticos supraclaviculares o axilares izquierdos o por el signo de la repisa rectal de Blumer. Las manchas purpúreas, que a veces se descubren por primera vez al colocar el manguito del esfigmomanómetro, la esplenomegalia o el aumento de volumen de los ganglios linfáticos son hallazgos que sugieren la existencia de una discrasia sanguínea y que indican la conveniencia de practicar la prueba de brazaletes u otras hematológicas.

PRUEBAS DE LABORATORIO

Debe obtenerse muestras de sangre de todos los enfermos ingresados por hemorragia a fin de determinar el porcentaje de hemoglobina y el valor hematocrito, practicar recuento de hematíes y leucocitos y examinar el frotis de sangre, es conveniente determinar la volemia.

En algunos casos están indicadas ciertas exploraciones hemáticas especiales. La prueba de la bromosulfotaleína se practica cuando se sospecha una enfermedad hepática. Si se piensa en la posibilidad de una afección hepatoplénica se solicitará el recuento de las plaquetas y la determinación de la protrombina. En la hemorragia por úlcera péptica puede encontrarse pequeñas elevaciones de la concentración de bilirrubina en el suero, que llega a ser de 1.5 a 2 mg/o. Las concentraciones mayores indican la posibilidad de cirrosis o de obstrucción de las vías biliares. Medición de protombina, fosfatasa alcalina, albumina,

globulina, enturbiamiento del timol, floculación de la cefalina, transaminasa glutámica oxalacética, transaminasa glutámica pirúvica, nitrógeno ureico, electrolitos, pH y gases arteriales.

Las pruebas de función hepática de suma utilidad que muestran más constancia de anormalidades son las que miden protombina, bilirrubina y excreción debromosulfotaleína.

INTUBACION ESOFAGOGASTRICA PRECOZ

Una de las maniobras menos molestas aplicables a los enfermos que sufren una hemorragia copiosa sin hematemesis, de utilidad para el diagnóstico o exclusión del origen esofágico, o gástrico de la hemorragia es la introducción de una sonda nasogástrica. Esta se introduce lentamente en el tercio inferior del esófago mientras el enfermo bebe agua. Para descubrir la presencia de sangre en el esófago se aspira nuevamente con la jeringa. Si se obtiene sangre, el origen de la misma puede ser esofágico o gástrico siendo más probable el primero cuando no existen náuseas. Si se obtiene sangre, se introduce la sonda en el estómago, la ausencia de sangre en el estómago cuando se sospecha que la hemorragia está todavía en actividad, indica que el origen de la misma radica en el duodeno o más allá. Aun y cuando el método está factible a muchos errores puede ser de gran utilidad para el cirujano cuando no se cuenta con métodos de endoscopia.

PODRA UTILIZARSE TAMBIEN
DETERMINACION DE pH DE JUGO GASTRICO CON
INTERVALOS DE UNA HORA
PEPSINOGENO HEMATICO Y URINARIO
PRUEBA DE LA CINTA DE FLUORESCENCIA
TECNICAS CON RADIOISOTOPOS.

VASOPRESINA.

La infusión de la octopresina o vasopresina, a la dosis de 20 U. en 100cc., de solución D/5o/o en 10-20 minutos intravenoso descende en 15 minutos la tensión portal en casi 40o/o durante 10-60 minutos puede repetirse 4 a 6 veces en 24 horas controlando sus efectos por aspiración gástrica. La insuficiencia coronaria grave es una contraindicación de este método. Los calambres abdominales y la palidez cadavérica son fenómenos acompañantes de la terapéutica; y constituyen parametros de control para evaluar la terapéutica, arriesgándose a un efecto secundario; la presentación de una hipoxia hepática.

Recientemente en lugar de Tx intravenoso, se observan efectos suficientes, se recurre a las infusiones arteriales selectivas de 0.2-0.4 Und., de vasopresina en 200 cc., de suero salino fisiológico en 15 minutos después de la caterización de urgencia de la arteria mesentérica al cabo de este tiempo, si el angiograma de control permite reconocer todavía una pérdida de sangre (considerando como tal la de 0.5 cc/minuto) la infusión puede prolongarse todavía durante 12 horas. El cateter lleno de suero fisiológico salino permanece en sitio durante 1 o 2 días, eventualmente más de manera que pueda repetirse en este período de tiempo la infusión de vasopresina, que a esta dosis, no conduce a necrosis de la pared intestinal. Durante esta terapéutica intraarterial y teniendo en cuenta el efecto antidiurético de la vasopresina, hay que exigir un control exacto de los líquidos y electrolitos.

SONDA DE SENGSTAKEN-BLAKENMORE o sonda de triple luz demuestra ser una medida hemostática en algunos casos de gran utilidad para la hemorragia, comenzando por uso de hace necesario anestesia local de las fosas nasales y la parte posterior de la faringe introduciendo luego la sonda de Sengstaken-Blakenmore; de ser posible por la nariz y eventualmente por la boca hasta la marca de 50 cm., controlando

su ubicación mediante aspiración. Luego la insuflación del balón gástrico con aire o solución al 5o/o radio-opaca con lo que se enjuicia la posición de la sonda por fluoroscopia.

Luego se extrae hasta encontrarse resistencia se hace leve tracción y se fija la sonda, luego se llena el balón esofágico hasta 30-40 mm., de Hg., se controla por manómetro y debe ser más de la hipertensión portal, con lo que se consigue compresión sobre várices rotas y por consiguiente hemostásis. La luz de la sonda no solo sirve como aspiración sino se puede alimentar por la misma y administrar medicamentos. Hay que liberar de secreciones la faringe constantemente, pues el riesgo de neumonía es grande. En pacientes ancianos con problemas pulmonares crónicos es necesario traqueostomía.

En general se deja la sonda de 24 a 72 horas, si es necesario una compresión ulterior hay que vaciar el balón esofágico cada 6-8 horas por 5-10 minutos para evitar necrosis por compresión. El uso de la sonda de Sengstaken-Blakenmore debe ser en unidad intensiva para evitar sus complicaciones.

SONDA DE LINTON-NACKLAS con doble luz únicamente, tiene un balón gástrico insufable con 500 cc., de aire que se atrae hacia el lugar de la hemorragia bajo fuerte tracción lo cual puede producir ruptura prematura por esta complicación se considera no recomendable su uso. Además hay riesgos de necrosis por compresión al cabo de 24 horas. La hipotermia local podemos emplearla con la sonda de Linton-Nacklas llenando el balón con solución fría (a 10-14 grados centígrados) en lugar de aire provocando así enfriamiento y compresión simultáneamente.

ESOFAGOGASTROSCOPIA

El uso del esofagoscopio flexible ha contribuido grandemente al reconocimiento de las lesiones esofágicas hemorrágicas, este método puede demostrarse las várices con una

frecuencia de cuatro a uno en relación a los Rayos "X", pudiendo además excluirse la esofagitis, la gastritis de la hernia diafragmática y otras enfermedades esofágicas.

La frecuencia con que se descubre causas gástricas de hemorragia depende, en gran parte, de la habilidad de quien practica la gastroscopía.

Estas permiten observar la mayoría de úlceras gástricas, tanto agudas como crónicas y lesiones malignas. La insuflación suave de aire en la porción inferior del esofago durante la retirada del gastroscopio permite con frecuencia la observación de várices, esofagitis y en ocasiones, desgarros propios del síndrome de Mallory Weiss. Para descubrir las erosiones y las úlceras pépticas agudas es preciso practicar la gastroscopía precoz.

La exploración endoscópica precoz es practicable en la mayoría de los enfermos que ingresan en los hospitales por hematemesis o melena de origen indeterminado.

Se somete primeramente al enfermo a un lavado, gástrico con agua helada a fin de cohibir la hemorragia e, inmediatamente después, se practica la esofagogastroscoopia y la exploración radiológica con papilla baritada. No hay duda de que con este método es mayor la precisión diagnóstica. Este método tan energico no es posible en todos los casos pues se necesita un personal experimentado a toda hora para ambas técnicas.

RADIOGRAFIA GASTROINTESTINAL ALTA.

Tan pronto como se halla corregido el estado de choque y el paciente halla estabilizado sus signos vitales, se deberá obtener una serie gastroduodenal de contraste con bario.

Este método permite demostrar la existencia de úlceras que no se observan a los dos o tres semanas, probablemente por

haberse curado. La Hernia del Hiato, las várices esofágicas también pueden demostrarse. En la literatura se encuentran afirmaciones en las cuales únicamente se pueden visualizar el 50 al 60o/o de los pacientes que las sufren.

ESPLENOPORTOGRAFIA

La visualizacion del sistema venoso portal no es necesaria para el diagnóstico de urgencia de várices hemorrágicas en paciente con cirrosis. Las técnicas para efectuar una esplenopografía son: a) punción en la pulpa esplénica; b) esplenopografía arterial; c) esplenopografía trans-umbilical; d) esplenopografía hemorroidal.

HIPOTERMIA LOCAL (GASTRICA)

Usando la máquina de hipotermia gástrica de Swenko, después de haber instilado anestesia faringea (5o/o cyclaine) sonda nasogástrica fué insertado la sonda de Liton-Nachlas, y a través del cual se le efectuo lavado gástrico.

El balón gástrico fué insertado e insuflado con un volumen de 400 a 500 cc. La temperatura fué mantenida entre 0 a 10 C. La sonda nasogástrica para control de la hemorragia fueron sedados únicamente cuando estuvo indicada. La duración de la hipotermia vario entre 8 a 56 horas. El 15o/o de los pacientes mantenidos era hipotermia x 18 horas. Cuando el procedimiento finalizo a cada paciente fué iniciado cada 30 minutos de leche y antiácidos con control de cualquier posible rebote.

TRATAMIENTO QUIRURGICO DE PROBLEMAS DE ESOFAGOS QUE CAUSAN HEMORRAGIA GASTROINTESTINAL SUPERIOR

1. DESCONEXION ACIGO-PORTAL, u OPERACION DE LEMOS TORRES-DEGNI

En Sao Pablo han reglado una interesante operación para ser aplicado an las graves hemorragias con pacientes muy disminuidos, cuyo tiempo operatorio son los siguientes.

- 1.- Esplenectomia;
- 2.- Esqueletización de la gran curva gástrica volcar el estómago hacia arriba, buscar los gruesos troncos venos cardiotuberositarios en número de dos y ligarlos (anterior y posterior).
- 3.- Gastrotomía longitudinal, buscar y enrollar por sutura obliterated los rancos venosos dilatados de la sub-mucosa en la región cópora antral.
- 4.- Ligadura de la arteria coronaria estomáquica;
- 5.- Simpatectomía periarterial de la arteria hepática a fin de aumentar el flujo y proteger así los nódulos de regeneración del cirrótico, de acuerdo con Sheila Sherlork.

2. SUTURA OBLITERANTE TRANSTORACICA U OPERACION DE BOEREMA-CRILE

Esta operación, que también puede llevar los nombres de Linton y Warren, tiene la ventaja de actuar directamente sobre las várices sangrantes, dejando el campo libre para una ulterior anastómosis porto-cava, si se repitieran las hemorragias, lo que es un hecho frecuente. Las várices esofágicas se suturan con Catgut crónico 000 en aguja curva atraumática, combiene que la sutura recaiga especialmente en las várices que sangran, para dar después algunos retoques en las más voluminosas, a fin de evitar el estrechamiento de la luz esofágica, de preferencia deberan usarse puntos pasados.

3. SUTURA OBLITERANTE TRANSABDOMINAL U OPERACION DE WELCH

Esta técnica se ha difundido por su sencillez y poca gravedad, que la hacen apta para intervenir paciente en gran riesgo. Welch propuso efectuar la sutura obliterated de las columnas varicosas por laparatomía eventualmente prolongada al esófago. La técnica, debe ser con anestesia general, con una incisión para laparatomía, se seccionan los neumogástricos y se descende al esófago, se abre el estómago longitudinalmente en la parte más alta incluyendo cardias y esófago, con lo cual se exponen las várices y si es posible el punto sangrant e y se sutura de la misma manera que la operación de Linton.

4. RESECCION DESCONECTIVA DE TANNER

En esta operación, el estómago es seccionado a la misma altura que se hace en la gastrectomía sub-total, pero en lugar de resecarlo se ciera la boca distal y con la proximal se práctica la anastomosis con el yeyuno. Es una exclusión corporo-antral, o sea una transección que interrumpe gran parte de la circulación arterial que va al esófago.

5. RESECCION ESOFAGO-GASTRICA

METODOS QUIRURGICOS PARA EL TRATAMIENTO DE LA ESOFAGITIS POR REFLUJO

1. PILOROPLASTIA

La importancia de esta simple operación fué demostrada por Wangensteen al ser utilizada en la prevención de la esofágitis péptica consecutiva a operación de Heller para el tratamiento de la acalasia.

La piloroplastia puede ser practicada a la manera de

Finney o con la técnica de Heinecke-Mikulicz. La técnica de Finney consiste en una gastroduodenostomía, uniendo sin interrupción el antro-píloro con la primera y segunda porción del duodeno mediante una incisión que abarque todo el segmento, tal como la operación Gröndahl en el megaesófago. Puede también, si hay suficiente laxitud, unirse mediante boca separada, el estómago con el duodeno. La técnica de Heinecke-Mikulicz consiste en una incisión longitudinal y total del píloro, seguida de sutura transversal. En esta forma queda eliminado el esfínter pilórico.

2. RESECCION GASTRICA DISTAL SEGUN WANGESTEEN

La operación más sencilla que puede ser propuesta antes de llegar a la resección de la zona enferma es la gastréctomía distal común, la misma que se utiliza en el tratamiento de la úlcera gastroduodenal.

Debe agregarse que la gastréctomía actúa eficazmente en presencia de una úlcera duodenal concomitante. Por su parte, el efecto de la supresión del antro como factor exitógeno, asegurando además el amplio drenaje del estómago, son dos condiciones suficientes para suprimir el reflujo.

3. RESECCION DE LA ZONA ENFERMA CON INTERPOSICION YEYUNAL

OTRAS OPERACIONES

4.- OPERACION DE LORT-JACOB.

Es una simple sutura con 4 ó 5 puntos que coaptan el borde izquierdo del esófago con el fundus gástrico. Con lo que se cierra por completo el ángulo de His.

5. RESECCION ESOFAGOGASTRICA CON INCISION DEL ANTRO

Es una operación de alto riesgo y debe reservarse para casos donde existe una indicación absoluta, casos muy graves y cuando existe una acentuada hiperclorhidria por úlcera duodenal.

6. CORTOCIRCUITO SIN RESECCION

Utilizando una asa de intestino delgado a la manera de Y de Roux-Herzen puede unirse el esófago por encima de la estrictura, con el estómago, sin reseca la zona enferma.

OPERACIONES PARA REDUCIR HERNIAS DEL HIATO

1. OPERACION ALLISON

Esta técnica requiere primero un acceso transpleural izquierdo hacia el hiato esofágico. Se reduce la hernia y se cierran con firmeza los pilares que componen el hiato por detrás del esófago. En seguida se reconstruye el ligamento frenoesofágico, con el propósito de restablecer la función deretén.

Desde la aparición de este método, y con el paso de los años, se ha puesto de manifiesto que la última maniobra no impide la recurrencia de la hernia por el valor reparador insuficiente de la membrana frenoesofágica sujeta a tensión y adelgazada. La aproximación de los pilares se puede hacer de manera satisfactoria por la vía abdominal.

El método acostumbrado de corrección quirúrgica de la hernia hiatal por deslislamiento con esofagitis por reflujo se ha convertido, por lo tanto, en una reparación transabdominal de los pilares con cierre simultaneo del ángulo de His.

Los resultados de este método de tratamiento indican, que,

en cinco años, hay recurrencia anatómica de la hernia hiatal por deslizamiento en 40 por 100 de los pacientes, con recaída clínica de la esofagitis por reflujo en 20 por 100 del total.

2. OPERACION DE NISSEN

En 1963 describió su procedimiento de "Plegado del fondo" en el tratamiento de la hernia hiatal y la esofagitis por reflujo. Es descrito como un procedimiento "valvuloplástico", el fondo del estómago se envuelve por completo alrededor del esófago distal, y se sutura hacia la derecha o al lado de la curvatura menor del esófago. La presión intragástrica positiva, por lo tanto, se transmite a este "Chaleco" que rodea la parte baja del esófago, comprimiéndolo. En esencia este procedimiento actúa como una válvula de una vía que permite el vaciamiento anterógrado del esófago hacia estómago, e impide el reflujo gastroesofágico.

Este plegado es extraordinariamente eficaz para curar la esofagitis por reflujo e impedir su concurrencia, también impide anatómicamente la recurrencia de la hernia en la mayoría de los casos.

3. OPERACION DE HARRINGTON PARA CUALQUIER HERNIA

Esta operación como todas las clásicas abdominales o torácicas, se basa en el cierre del hiato sin gastropexia. Fue la elección hasta el advenimiento de las técnicas torácicas.

4. MODIFICACION DE MC NEALY

5. OPERACION DE MYRE PARA CUALQUIER HERNIA

TRATAMIENTO QUIRURGICO PARA SANGRADO PROVENIENTE DEL ESTOMAGO

1. RESECCION GASTRICA

La resección de 66 a 75 por 100 distales del estómago actúa disminuyendo la producción de ácido al abolir el mecanismo de la gastrina y al eliminar la parte de la masa celular parietal. Según la extensión de la resección de células parietales, la gastrectomía subtotal disminuirá la respuesta secretoria gástrica máxima post-operatoria a la histamina en 60 a 80 por 100. Es importante que la línea de resección sea distal unión de las mucosas antral y duodenal. La exclusión planeada o inadvertida de la mucosa antral en la unión duodenal en la anastomosis del tipo II del Billroth produce secuestro de la mucosa antral en un ambiente permanentemente alcalino. Como está abolida la supresión ácida por la liberación de gastrina, aparece un síndrome de hipergastrinemia que se parece al de Zollinger-Ellison. Estos pacientes tienen con gran frecuencia ulceración anastomótica recurrente. La extirpación del tejido antral retenido produce curación. En el hombre la recaída de úlcera péptica después de gastrectomía subtotal sin vagotomía es dos veces más alta con la anastomosis de tipo I de Billroth que con la de tipo II.

2. VAGOTOMIA Y PROCEDIMIENTOS DE DRENAJE

La vagotomía produce gran disminución de la secreción gástrica, pero también suprime de manera importante la motilidad del estómago. Si tomamos en cuenta que más de la mitad de los pacientes que se someten a vagotomía, requieren después procedimientos de drenaje. Si observamos la anatomía de los vagos, estos a nivel de los bronquios se dividen en varios ramilletes por lo cual hace de la vagotomía un procedimiento incompleto.

Cuando se utilizó por primera vez gastroenterostomía

además de vagotomía, la anastomosis solía colocarse en la puerta más baja de la curvatura mayor del estómago. Más adelante, con el fin de evitar la estasis del antro, la anastomosis se ejecutó en la parte distal del antro, inmediatamente proximal al píloro; esta colocación de la anastomosis es la que usa más en la actualidad. La piloroplastia fué introducida por Heineke (1886) y Mikulicz (1888) para tratar la úlcera péptica. Weinberg modificó ligeramente la técnica para proporcionar una salida más grande, y aconsejó su uso al pensar que era superior a la gastroenterostomía, puesto que preservaba el cambio fisiológico normal de los alimentos y disminuía la regurgitación alcalina y posible excitación del mecanismo de la gastrina. Las técnicas más usadas en la actualidad son la de Heineke-Mikulicz y la de Finney. El fracaso de vagotomía y procedimientos de drenaje suele achacarse al calibre insuficiente de la salida gástrica reformada.

3. VAGOTOMIA SELECTIVA

Se han ideado técnicas para hacer deservación vagal selectiva de estómago con preservación de la rama hepática del vaso anterior y de la rama celiaca del tronco posterior. Pero estudios posteriores no han demostrado gran diferencia sobre las otras técnicas.

4. VAGOTOMIA Y ANTRECTOMIA (HEMIGASTRECTOMIA)

Después de la introducción de la vagotomía y de la demostración de que disminuía la capacidad del estómago para producir ácido, fué inevitable que se convinara con resección gástrica, al principio simplemente se añadió la resección gástrica estándar de dos tercios a tres cuartas partes distales del estómago, al conocer más de cerca los mecanismos fisiológicos, se hicieron esfuerzos para limitar la resección, cuando se combinaba con vagotomía a la mitad distal del estómago o al propio antro. La extirpación del antro y la destrucción de los vagos, eliminan los

estímulos principales de secreción ácida, y dejan toda la masa de células parietales sujeta a estimulación, hasta donde sabemos solo por la fase secretagoga intestinal.

DERIVACIONES PARA CONTROL DEFINITIVO DEHIPERTENSION PORTAL

1. CORTO CIRCUITO PORTOCAVA DE URGENCIA

Este es el único tratamiento definitivo existente para combatir la hipertensión portal y las várices esofágicas, en gran número de estudios se ha demostrado que un corto circuito portocava técnicamente satisfactorio resolverá de manera permanente el problema de las varices sangrantes en la inmensa mayoría de los casos. La ventaja de efectuarla de urgencia es que brindará un control inmediato y prolongado de la hemorragia por várices. El inconveniente es la mortalidad de la misma, ya que el paciente se encuentra por lo regular en malas condiciones generales.

2. DERIVACION PORTOCAVA PROFILACTICA

En esta intervención se deberan de hacer en frío ya cuando se ha logrado detener la hemorragia por otros medios.

3. ESPLENECTOMIA SOLA O CON LIGADURA DE VENA CORONARIA

4.- RESECCION GASTRICA DOS TERCIOS DE LA GRAN CURVATURA,

5.- LIGADURA DE VARICES GASTRICAS Y ESOFAGICAS CON LIGADURA DE LA ARTERIA CORONARIA ESTOMACICA Y A VECES VAGOTOMIA CON PILOROPLASTIA

6.- LIGADURA DE ARTERIA HEPATICA, CORONARIA

ESTOMAQUICA Y ESPLENICA.

7.- DRENAJE EXTERNO DEL CONDUCTO TORACICO.

8.- Y CORTO CIRCUITO EXTRACORPORAL O SUBCUTANEO ENTRE LAS VENAS UMBILICAL Y SAFENA

Aunque se han logrado buenos resultados con cada una los pacientes tratados son pocos por lo que no se pueden dar resultados definitivos.

OTROS METODOS DE TRATAMIENTO

1.- PHOTOCOAGULACION POR TECNICA CON RAYOS ARGON LASSER.

Esta es una nueva técnica que se esta experimentando en perros a los cuales se les provocan úlceras de strees, para luego por medio de fibroscopio se introduce un nuevo aparato el cual produce una fotocoagulación por medio de rayos Argón Lasser. Este método actualmente se experimenta en la Universidad de Seatlet, Estado de Washington U.S.A.

2. ESCLEROSAMIENTO DE LAS VARICES ESOFAGICAS

3.- EMBOLIZACION DE ARTERIAS SELECTIVAS

DATOS ESTADISTICOS

CUADRO NUMERO 1
SEXO

SEXO	No. Casos	o/o
Masculino	17	77.27
Femenino	5	22.72
T O T A L	22	99.99

El presente cuadro nos muestra que el sexo masculino fue el más afectado con un 77.27o/o del total en comparación con un 22.72o/o del sexo femenino, probablemente por el tipo de ocupación, y el consumo de bebidas más visto en el sexo masculino que en femenino.

CUADRO No. 2
E D A D

AÑOS	No. Casos	o/o
10 - 19	1	4.55
20 - 29	1	4.55
30 - 39	5	22.73
40 - 49	4	18.18
50 - 59	6	27.27
60 - 69	4	18.18
70 - 79	1	4.55
TOTAL	22	100.00

La edad más afectada en el presente trabajo es la que corresponde a los 50 - 59 años con un 27.27o/o; luego se encontraron igualmente afectadas los pacientes correspondiente a 60 - 69 años y 40 - 49 años con un 18.18 por ciento, siendo estos superados por los que oscilan entre las edades de 30 - 39 años con cinco casos que les correspondió un 22.73o/o.

CUADRO No. 3
MOTIVO DE CONSULTA

M. C.	No. Casos	o/o
HEMATEMESIS	5	22.72
MELENA	5	22.72
DOLOR ABDOMINAL	8	36.36
LIPOTIMIA	1	4.55
TRASTORNOS DIGES.	3	13.64
VOMITOS	2	9.09
ADINAMIA	2	9.09

El síntoma más frecuente por el que acudió al hospital el paciente fue dolor abdominal al que le corresponde un 36.36o/o del total, luego las quejas fueron hematemesis y melena a las que les corresponde 22.72o/o trastornos digestivos fue la tercera queja con un 13.64o/o.

CUADRO No. 4
OCUPACION

OCUPACION	No. Casos	o/o
JORNALERO	12	54.55
OF. DOMESTICOS	4	18.18
MAESTRO	1	4.55
PILOTO AUTOMOVIL	1	4.55
AYUDANTE DE CAMIONETA	1	4.55
ESCOLAR	1	4.55
TECNICO	1	4.55
MODISTA	1	4.55
T O T A L	22	99.99

Los pacientes más afectados fueron los de ocupación jornalero con un 54.55o/o, probablemente debido a que es región rural en su mayoría los que asisten al hospital. En segunda instancia encontramos oficios domésticos, 18.18o/o, el resto de la ocupación tuvieron todos un 4.55o/o.

CUADRO No. 5
TIEMPO DE EVOLUCION

TIEMPO	No. Casos	o/o
0 - 24 horas	6	27.27
1 - 3 días	2	9.09
4 - 7 días	1	4.55
más de 7 días	3	13.64
No determinado	10	45.45
T O T A L	22	99.99

Siendo el tiempo de evolución un dato tan importante no lo encontramos en 10 casos lo que corresponde el 45.45o/o; en las papeletas que si encontramos T.E. 6 casos llegaron en menos de 24 horas o sea 27.27o/o; 3 casos tardaron más de 7 días en consultar lo que les corresponde un 13.64o/o, aunque es difícil evaluarlo nos hace pensar que en la mayoría de veces está es abundante.

CUADRO No. 6
DIAGNOSTICO (Errores)

DX DE INGRESO	VRS.	DX DE EGRESO	
1.- Ulcera péptica gástrica sangrante	10	1.1 Ulcera gástrica sangrante	4
		1.2 Várices esofágicas sangr.	3
		1.3 Hemorragia Gastro-Intesti.	2
		1.4 Ulcera duodenal sangrante	1
2.- Ulcera perforada	1	2.1 Ulcera perforada	1
3.- Epistaxis etiol.	1	3.1 Várices esofágicas sangran.	1
4.- Enfermedad péptica D. C. A.	1	4.1 Ulcera péptica sangrante	1
5.- Anemia Severa	1	5.1 Várices esofágicas Sangran.	1
6.- Várices esofágicas san.	4	6.1 Várices esofágicas sangran.	1
		6.2 Hemorragia Gastro-Intest. Sup.	1
7.- Pancreatitis aguda	1	7.1 Ulcera péptica perforada	1
8.- Hemorragia Gastro Intes. Superior	1	8.1 Ulcera duodenal sangrante	1
9.- Abdomen agudo	1	9.1 Hemorragia gastro-intesti.	1
10.- Ulcera duodenal Sang.	1	10.1 Ulcera gástrica sangrante	1
11.- No tiene diagnóstico	1	11.1 Várices esofágicas Sang.	1

El error diagnóstico es bastante frecuente, puesto que siendo la entidad con muchas causas etiológicas es frecuente que esto suceda sin embargo como podemos notar en este estudio hay entidad que no pueden tomarse como diagnóstico, por ejemplo es el Dx de hemorragia gastrointestinal Superior, no nos dice casi nada puesto que puede deberse a un sin número de problemas y lo que es más cada uno de ellos encara muchas veces un procedimiento distinto en su manejo.

CUADRO No. 7
LABORATORIO

	Hg	o/o
Bajo	16	72.72
Normal	2	9.09
Alto	1	4.55
No se efectuaron	3	13.64
Total	22	99.99

NOTA: se tomó como normal

Hombre 13 gr.

Mujer 15 gr.

La hemoglobina en los pacientes sometidos a tratamientos por hemorragia gastrointestinal superior que fué el único laboratorio efectuado a los que la presentaban es la siguiente: baja la tuvieron el 72.72o/o, después es importante hacer mencionar que el 13.64o/o no se le efectuaron ningún laboratorio. Normal la tuvo solo el 9.09o/o y alta únicamente el 4.55o/o

CUADRO N. 8
TRANSFUCIONES

	No. Casos	o/o
0 - 500	6	27.27
501 - 1,000	4	18.18
1,000 - 2,000	2	9.09
2,001 - 3,000	1	4.55
3,001 - 4,000	0	0.00
4,001 - 5,000	1	4.55
No recibieron	8	36.36
TOTAL	22	99.99

Según el cuadro podemos determinar que el 36.36o/o no recibieron sangre en ningún momento de su estancia en el hospital, mientras que el 27.27o/o recibieron entre 0 - 500cc de sangre únicamente.

CUADRO No. 9
ORDENES MEDICAS

ORDENES MEDICAS	No.	o/o
Sonda Nasogástrica	10	45.45
Control Hg Ht	3	13.63
Sangre oculta heces	1	4.55
Lavado gástrico	1	4.55
Sin órdenes	8	36.36

Es de hacer notar que no todas las órdenes médicas fueron escritas en las papeletas respectivas pero aun así no se efectuó lavado gástrico en una gran mayoría de pacientes, siendo esta un medio útil tanto para determinar si en realidad hay hemorragia como posible medio de determinarla.

CUADRO No. 10
METIDOS DIAGNOSTICOS

EFFECTUADOS	11	50.00
NO EFFECTUADOS	11	50.00
TOTAL	22	100.00

Unicamente el 50o/o fué efectuado algún método diagnóstico correspondiendole a los efectuados que 8 de ellos o sea el 36.36o/o se les efectuó serie gastro-duodenal; y a 6 se les efectuó intervención quirúrgica lo que les correspondió un 27.27o/o.

CUADRO No. 11
TRATAMIENTO QUIRURGICO

SI	8	36.36o/o
NO	14	63.64o/o
TOTAL	22	99.99o/o

El tratamiento se dividió en Médico y Quirúrgico como se puede demostrar en el cuadro anterior.

CUADRO No. 12
ACTOS QUIRURGICOS

TIPOS	No. Casos	o/o
Laparatomia explorada	4	18.18
Vagotomia con piloroplastia	2	9.09
Ligadura várices esofágica	2	9.09
Cierre de perforación	2	9.09
Apendicectomia	1	4.55
Esplenectomia	1	4.55
Biopsia estómago	1	4.55
Biopsia hígado	1	4.55
TOTAL		

En el presente cuadro se encuentran operaciones que pareciera que no tienen ningún significado como biopsias pero estas fueron hechas a un mismo paciente juntamente con esplenectomia y ligadura de várices esofágicas.

CUADRO No. 13
MORTALIDAD

CONDICION	No. Casos	o/o
VIVOS	15	68.18
MUERTOS	7	31.82
TOTAL	22	99.99

La mortalidad en este tipo de pacientes siempre es alta ya sea por shock hipovolémico o por las complicaciones que una hemorragia gastrointestinal sonllea como encefalopatias y comas hepáticos, en nuestro estudio el 31.82o/o fallecieron debido a que eran los que presentaban una verdadera hemorragia gastro-intestinal

CUADRO No. 14
ETIOLOGIA

ETIOLOGIA	No. Casos	o/o
Várices Esofágicas	8	36.36
Ulcera Gástrica	6	27.27
Ulcera Duodenal	2	9.09
Ulcera Gástrica Perfo.	2	9.09
Hemorragia Gastro Intes.	4	18.18
T O T A L	22	99.99

CONCLUSIONES

1. La hemorragia gastrointestinal superior tiene una incidencia bastante baja, con respecto a otras entidades, pero, su resultado es de riesgo muy elevado.
2. La mortalidad en el hospital de Amatlán por hemorragia gastro-intestinal es de 31.82o/o del total de casos estudiados.
3. El grupo etario más frecuentemente afectados fué el comprendido entre los 50 - 59 años, y un poco menos incidencia el de 30 - 39 años.
- 4.- El sexo masculino fué el más afectado en el presente estudio.
- 5.- El dolor abdominal fué el síntoma más frecuentemente presentado.
6. En un 45.45o/o de los pacientes, no pudieron determinar el tiempo de evolución del problema.
7. El diagnóstico de ingreso más encontrado fué el de úlcera gástrica sangrante en 10 casos.
8. Várices esofágicas sangrantes fué el diagnóstico de egreso que más se encontró con un 36.36o/o.
9. El 72.72.o/o de los pacientes tenían una hemoglobina baja, menos de 10 gramos.
10. El 36.36o/o de los pacientes no recibieron transfusión sanguínea y el 27.27o/o osciló entre 0 - 500 cc.
11. Únicamente a un 45.45o/o de los pacientes se les colocó

sonda nasogástrica, y a un 4.55o/o de los mismos se les efectuó lavado gástrico.

12. El 50o/o se les efectuaron métodos para diagnóstico.
13. El 36.36o/o se les brindo un tratamiento médico-quirúrgico.

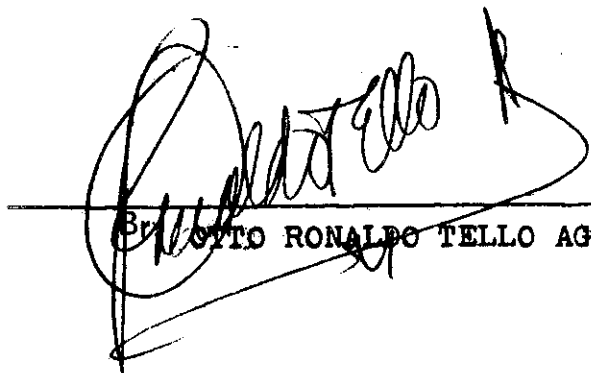
RECOMENDACIONES

- 1.- Que todo paciente con hemorragia gastro-intestinal alta, sea considerado como paciente de alto riesgo.
- 2.- Que después de estabilizados sus signos vitales, al paciente debiera de ser hecho diagnóstico.
- 3.- Todo Hospital Nacional debería de contar con medios adecuados para el diagnóstico y tratamiento de estos pacientes.
- 4.- Las salas de tratamientos intensivos debería de existir en todo hospital nacional donde tanto médico como cirujano trabajaran juntos para el bien de este tipo de paciente.
- 5.- Recomiendo que en fecha futura se efectue otro estudio para poder evaluar correctamente la forma como se trata actualmente a este tipo de pacientes.

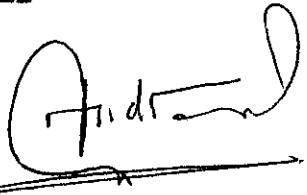
BIBLIOGRAFIA

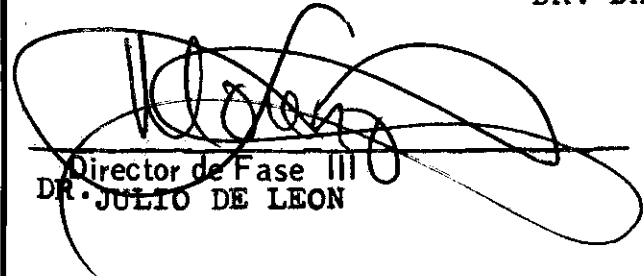
- 1.- Beeson Paul B., y W. Madermott.
Tratado de medicina interna de Cecil-Loeb., 13 ed.
México, Interamericana, 1972 T. 2
- 2.- Bogoch, A.
Hematemesis y melena. en: Bockus Henry L.
Gastroenterología. 2 ed.
Barcelona, Salvat, 1965. pp. 650-708.
- 3.- Colegio Americano de Cirujanos; comité de Traumatología.
Traumatología, asistencia inmediata del lesionado.
México, Interamericana, 1972.
- 4.- Goñi Moreno, Iván.
Cirujía del esófago y Hernias del hiato esofágico.
Buenos Aires. Universitaria 1964.
- 5.- Hedberg Stephen E.
Endoscopy in gastrointestinal bleeding, a systematic
approach to diagnosis.
Surgical clinics of north America 54(3): 120-125, June
1974.
- 6.- Litter Manuel.
Farmacología experimental y clínica, 4 ed., Buenos Aires.
El Ateneo 1973.
- 7.- Madden John L.
Atlas de técnicas en cirugía, 2 ed. México, Interamericana
1964.
- 8.- Malt Ronaldo A.
Emergency and electiva operations for bleeding esophageal
varices.
Surgical clinics of north america 54(2): 112-118, June 74.

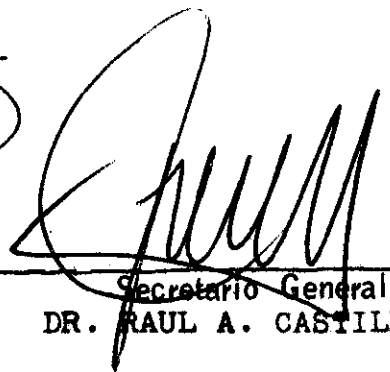
- 9.- Martínez Altamirano B. et. al.
Treatment of hemorrhage at the digestive system with
amine alphaadrenergic stimulants.
Rev. Gastroenterol. Mex. 40(2): 66-70, Mar-Apr. 75.
- 10.- Mazariegos Guerra Vicente A.
Hemorragia gastro-intestinal superior. (Análisis de los 220
casos atendidos en la unidad de tratamiento intensivo de
adultos del hospital Roosevelt de Guatemala del 13 junio
de 1963, al 31 de diciembre 1968). Tesis (Médico y
Cirujano). Guatemala. Universidad de San Carlos, Facultad
de Ciencias Médicas. 1970. pp. 1-61.
- 11.- Sabiston, David C., Jr.
Tratado de patología quirúrgica de Davis-Christopher. 10
Ed. México, Interamericana, 1974.
- 12.- Silverteins Fe., et. al.
Endoscopic laser treatment: II compariso of the efficacy
of high and low power photocoagulation in control of
severely bleeding experimental ulcer in dog.
Gastroenterology 73 (3): 481-6, Sep. 77.
- 13.- Vasquez Blanco, Francisco Rolando.
Hemorragia gastrointestinal superior;
revisión de casos en el hospital Roosevelt. Tesis (Médico y
Cirujano).
Guatemala, Universidad de San Carlos, Facultad de Ciencias
Médicas; 1965 pp. 11-49.
- 14.- Wexler J.J.
Benefits of vasopressin in gastrointestinal hemorrhage -
Fact, Fiction or Fancy?
Canadian Journal of Surgery. 20(4): 310-3, Jul. 74.


DR. OTTO RONALDO TELLO AGUILAR

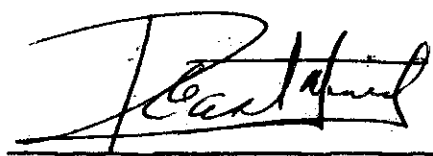

Asesor DR. MARIO ANDRES GONZALEZ


Revisor
DR. DAVID PEREIRA QUINONEZ


Director de Fase III
DR. JULIO DE LEON


Secretario General
DR. RAUL A. CASTILLO

Vo.Bo.


Decano

DR. ROLANDO CASTILLO MONTALVO.