

Hemorragia Masiva de Tubo Digestivo Alto

Manuel Zeledón Pérez*
Andrés V. Guzmán Calleja***
José M. Umaña Gil*****

Bernardo Cartón Montero**
Edgar Cabezas Solera****
Octavio Cruz Sáenz*****

INTRODUCCIÓN:

Entendemos por Hemorragia Masiva del Tubo Digestivo Alto todo aquel sangrado lo suficientemente abundante y abrupto, que pone en peligro la vida del paciente en pocas horas, que hace que el cirujano ponga especial cuidado para que con la premura que le dicten las medidas tomadas: de índole clínico, de laboratorio y gabinete, la incluya o nó, dentro de la cirugía de emergencia. (2-5).

Llama a la meditación del cirujano que se preocupa por el buen destino de sus enfermos, una serie de interrogantes que durante muchos años se ha preocupado por la gravedad de esta entidad nosológica y la facilidad con que se mueren estos casos. Cada vez que se nos presenta un paciente de esta calidad, pensamos: ¿será conveniente operarlo?. ¿Podré o nó, darle la solución quirúrgica adecuada?. ¿Qué clase de operación será la más conveniente para nuestro caso específico?. ¿Sabré detenerme a tiempo para no hacer más cirugía de la que pueda soportar nuestro caso?. Y finalmente, ¿habré sido yo con mi conducta bien intencionada pero quizás errónea, el causante de su muerte?. Todas estas preguntas saltan a nuestra mente y a cada momento que tenemos que abordar casos de tanta delicadeza, en el tráfico diario de las

emergencias que requieren la intervención del bisturí.

INCIDENCIA MAYOR DE ESTA PATOLOGIA.

Con el fin de corroborar la observación diaria de esta patología creciente, hemos sacado de nuestros archivos del hospital San Juan de Dios, el número total sin clasificar de sangramientos del Tubo Digestivo Alto. Las cifras comparativas se pueden apreciar en el cuadro número 1. Estos datos corresponden a los últimos cinco años. No dudamos ni por un momento que el uso indiscriminado de medicamentos a base de ácido acetilsalicílico, metilbutazona y corticosteroides, contribuyen básicamente a iniciar estas hemorragias, en pacientes portadores de esofagitis, gastritis, úlceras pépticas y toda clase de padecimientos de estos sitios anatómicos, predispuestos a un factor irritativo o que disminuyan el mucus protector de estas mucosas. Estos medicamentos al igual que la ingestión de las bebidas alcohólicas pueden por sí solos, ser desencadenantes de erosiones múltiples o múltiples úlceras agudas, motivos comunes de sangrados masivos. (1) Cabe aquí mencionar que el paciente añoso con su clásica arterioesclerosis, el paciente con enfermedades crónicas sistémicas, son terreno fértil para que cualquiera de los factores antes mencionados sea motivo de peso en el desencadenamiento de una hemorragia de grandes proporciones (4-9).

MATERIAL Y METODOS.

Teniendo en cuenta que durante el presente año, el servicio de endoscopia, a pesar de su poco personal, ha colaborado ampliamente con los servicios de cirugía en la práctica de la esofagogastroduodenoscopia en el momento emergente de las hemorragias del tubo digestivo alto, el Servicio Carlos Durán ha tomado al azar 178 expedientes clínicos de todos los servicios y de toda clase de sangramientos alto quirúrgicos del Hospital San Juan de Dios. Nuestro objetivo principal ha sido hacer un muestreo, clasificar la

* Jefe de Clínica del Servicio de Cirugía Carlos Durán. Profesor Asociado de la Cátedra de Cirugía de la Escuela de Medicina. Universidad de Costa Rica

** Jefe del Servicio de Cirugía General Carlos Durán. Docente Ad-Honoren de la Escuela de Medicina. U. de C. R.

*** Jefe de la Sección de Cirugía del Hospital San Juan de Dios. Director de la Cátedra de Cirugía. Escuela de Medicina U. de C.R.

**** Jefe del Servicio de Cirugía Cardiovascular y Torácica H.S. de D. Profesor Asociado de la Cátedra de Cirugía. Escuela de Medicina U. de C.R.

***** Residente de Cirugía del Hospital San Juan de Dios.

***** Residente de Cirugía del Hospital San Juan de Dios.

CUADRO 1
HEMORRAGIA MASIVA DEL TUBO DIGESTIVO ALTO
CIFRA TOTAL DE SANGRAMIENTOS: 1852

AÑO	1970	1971	1972	1973	1974
TOTAL DE CADA PERIODO	312	341	378	392	429 Hasta Nov.

patología encontrada, anotar la conducta terapéutica seguida, consultar la literatura a nuestro alcance y hacer una crítica sana sobre el abordaje atinado o nó, que estamos tomando en esta clase de emergencias tan frecuentes. De los 178 casos, 67, resultaron hemorragias masivas (33.14%); 23 de los sesenta y siete hemorragias graves fueron intervenidas quirúrgicamente o sea un 33.31%.

**CRITERIO QUE SE TOMO PARA
CLASIFICAR LAS HEMORRAGIAS
COMO MASIVAS**

1.—Cantidad de la hematemesis y/o de la melena (hasta donde sea posible su medición por métodos clínicos y de laboratorio).

2.—Frecuencia o repetición del sangrado (en término de horas), no decimos cuantas, pues algunas hemorragias severas paran en pocas horas, recidivan con más intensidad a los pocos días o bien continúan su sangrado lento y progresivo.

3.—Colapso Cardiovascular Importante. (palidez, lipotimias, diaforesis, hipotensión, taquisfigmia, etc.), al existir esta sintomatología como indicadora de hipovolencia, no hay que esperar a que el paciente se encuentre en verdadero shock.

4.—Necesidad de transfundir 2.000 c.c o más cantidad de sangre en el lapso de 24 horas.

5.—Hematocritos en 25 c.c. o en cifras inferiores. (3-4.9).

**CRITERIO QUE DEBE PRIVAR PARA
DECIDIR LA CIRUGIA INMEDIATA.**

Para una decisión consciente y de juicio bien definido, además de los postulados que esbozamos en el rubro anterior como Hemorragia Masiva del Tubo Digestivo Alto, se deben de tomar en cuenta conceptos universales muy importantes como son: 1.—Edad. 2.—Patología Asociada. 3.—Oportunidad de Esófago-gastro-duodenoscopia de urgencia. 4.—Diagnóstico a que se ha podido llegar dentro del marco de horas que nos ha permitido aquilatar la gravedad

CUADRO 2
HEMORRAGIA MASIVA DEL TUBO DIGESTIVO ALTO
PARAMETROS QUE DEBEN PRIVAR

- 1.— Cantidad de la Hematemesis y/o Melena
- 2.— Frecuencia o Repetición del sangrado
- 3.— Colapso Cardiovascular Importante.
- 4.— Necesidad de transfundir 2 litros o más cantidad de sangre en 24 horas.
- 5.— Hematocrito en 25% o en cifras inferiores.

CUADRO 3

HEMORRAGIA DE TUBO DIGESTIVO ALTO

CRITERIO QUE DEBE PRIVAR PARA DECIDIR LA CIRUGIA INMEDIATA

- 1.- Edad
- 2.- Patología Asociada
- 3.- Oportunidad de Esófago-gastro-duodenoscopia de urgencia.
- 4.- Diagnóstico a que se ha podido llegar
- 5.- Tipo de sangre y disponibilidad de la misma
- 6.- Ubicación geográfica del paciente.

del caso. 5.- Tipo de sangre y disponibilidad de la misma. 6.- Domicilio del paciente (3-4-9-10).

El paciente anoso y la patología asociada, son dos factores que se tienen que tener muy en cuenta para la decisión oportuna o inmediata de un sangrado masivo. Dice Foster y asociados (4,5) los criterios pusilánimes y la falta de agresividad quirúrgica, hacen que el cirujano entre tardíamente y cosecha mayor número de

defunciones. La endoscopia actual practicada de emergencia no sólo hace que tomemos una decisión precisa, sino que también cuando intervenimos, muchas veces llevamos la decisión de la clase de cirugía que vamos a practicar. Grupos sanguíneos poco frecuentes y domicilios de pacientes de lugares recónditos, no dejan lugar a duda en que la mano del cirujano se impone ante un sangramiento de gran cuantía.

CUADRO 4

CIRUGIA DE 23 CASOS DE HEMORRAGIA DE TUBO DIGESTIVO ALTO
CLASIFICACION DE LA PATOLOGIA
SANGRANTE

<u>CLASIFICACION</u>	<u>NUMERO</u>	<u>PORCENTAJE</u>
Úlcera duodenal sangrante.....	8	34.78%
Úlcera duodenal estenosante y sangrante.....	2	8.69%
Úlcera duodenal de alarma.....	1	4.34%
Úlcera gástrica sangrante.....	6	26.86%
Úlceras gástricas múltiples y agudas.....	2.....	8.69%
Úlcera gástrica sangrante y Várices esofágicas no sangrantes.....	1	8.69%
Sangramiento de la Mucosa Gástrica de origen desconocido.....	1	8.69%
Várices Esofágicas Sangrantes más Cirrosis Hepática;.....	1	8.69%
Úlcera sangrante de Ca. Gástrico.....	1	8.69%
<u>TOTALES</u>	<u>23 CASOS</u>	<u>100.00%</u>

CUADRO 5

CIRUGIA DE 23 CASOS DE HEMORRAGIA DE TUBO DIGESTIVO ALTO
CLASE DE OPERACION PRACTICADA

<u>CLASIFICACION</u>	<u>NUMERO</u>	<u>PORCENTAJE</u>
Gastrectomía Sub-Total.....	14	60.86 ^o /o
Gastrectomía Total.....	0	0.00 ^o /o
Piloro-plastia con Vaguetomía.....	4	17.38 ^o /o
Piloro-plastia con Vaguetomía y Sutura.....	2	8.69 ^o /o
Antrectomía y Vaguetomía.....	2	8.69 ^o /o
Gastroenteroanastomosis y Vaguetomía.....	0	0.00 ^o /o
Anastomosis Espleno-renal.....	1	4.34 ^o /o
<u>TOTALES</u>	<u>23 CASOS</u>	<u>100.00^o/o</u>

DISCUSION DE NUESTROS CASOS:

De los 67 casos de hemorragias masivas, 47 (70.14^o/o) fueron objeto de endoscopia con esofago-gastroduodenoscopia de fibro-vidrio, practicada como medida de emergencia. Tal facilidad nos ayudó en un porcentaje muy alto a decidir nuestra conducta, oportunidad que apreciamos en alto grado en esta clase de pacientes de precarias condiciones generales. Se operaron únicamente 23 (34^o/o), pero esta cifra probablemente se hubiera duplicado para beneficio directo de muchos de ellos, a no ser: que hasta el momento no existe en nuestro medio unidad de criterio en los diferentes servicios de cirugía, a que buen número de pacientes al sentirse en mejores condiciones abandonan el hospital y a que el paciente que se controla rápidamente de su hemorragia grave, lo estudiamos ampliamente (con estudios adicionales: Fluoroscopia, Serie Gastroduodenal, Curva de Acidez Gástrica y todos aquellos estudios de laboratorio y Gabinete), para llegar a un diagnóstico y criterio terapéutico, acomodado al caso.

En el cuadro número 4, podemos apreciar que las úlceras pépticas siguen constituyendo la causa más frecuente de esta delicada patología.

CLASE DE OPERACION. NUEVOS CONCEPTOS FISIOPATOLOGICOS.

Como puede notarse en el cuadro número 5, la Gastrectomía subtotal de un 60 a 75^o/o de la víscera sigue siendo la operación más escogida por la mayoría de los servicios de cirugía, en el

Servicio Carlos Durán, hace seis años practica-mos con mucha frecuencia la vaguetomía acompañada de técnicas de resección o de un raciamiento adecuado del estómago (piloro-plastia de Heineke-Mikulic o gastro-enteroanastomosis). Cuando hacemos gastrectomía preferimos no quitar poco ni mucho del estómago. Hacemos hemi-gastrectomía (excepción en casos de CA. Gástrico o de úlceras gástricas altas en que nos vemos obligados a mayor resección según las circunstancias. Cuadro No. 6. Según los trabajos de cirugía experimental de Drapanas (3) la vaguetomía adicionada a cualquier otra técnica quirúrgica que se tenga en mente, se hace necesaria siempre y cuando se quiera disminuir la secreción gástrica y el flujo sanguíneo del estómago. Somos partidarios de la cirugía mínima en los casos de malas condiciones generales (4). La sutura de la lesión sangran-te, por sí sola no resuelve el problema (5), ésta tendrá que estar asociada a VAGUETOMIA en casi todos los casos. La privación del parasimpático descongestiona el 80^o/o del estómago, abre los "shunts" venocapilares para la liberación de la sangre atrapada, deprime la liberación de hidrogeniones que a su vez estimula las aminas vasosecretoras (serotonina e histamina). Esta unidad de criterios de la Escuela de Medicina de Tulane ha revolucionado el concepto de fisiopatología del estómago y se dice: que la vaguetomía en el sangramiento de Tubo Digestivo Alto, siempre le trae beneficio al paciente inclusive en los casos de sangramiento difuso de la mucosa gástrica, aunque no se haya precisado su etiología.

C U A D R O No. 6

SANGRAMIENTO DE TUBO DIGESTIVO ALTO

TIPO DE CIRUGIA MAS CONVENIENTE SEGUN EL TIPO DE SANGRAMIENTO

Tipo de sangrado	Clasificación según edad y patología agregada.	Tipos de operación más convenientes
<u>Várices esofágicas</u>		Sutura de plexos varicosos Desvascularización alta del estómago Anastomosis espleno—renal
<u>Úlcera duodenal o gástrica</u>	Paciente de 60 o más años..... con patología importante agregada	Sutura de la úlcera si fuese necesario +Vaguetomía que puede acompañarse de Píloroplastia o de gastrectomía subtotal o de gastroenteroanastomo- sis.
	Paciente de 60 o más años..... sin patología agregada	A veces sutura de la úlcera nada más. Si la condición del paciente lo permite +Vaguetomía con cualquiera de las vías derivativas menos laboriosas, y se pospone la cirugía adicional hasta no mejorar las condiciones del paciente.
	Paciente joven sin..... patología agregada	Sutura si fuese necesario (úlcera) +Va- guetomía Píloroplastia o Hemigas- trectomía, o únicamente resección en cuña o en manga.
	Paciente joven con..... patología agregada	Sutura de la Úlcera si fuese necesario +Vaguetomía—Píloroplastia o gastro- enteroanastomosis.
<u>Gastritis san- grantes (erosi- vas, en capa o de múltiples úl- ceraciones agu- das.)</u>	Paciente de 60 o más años..... sin patología agregada.	Vaguetomía, píloroplastia o grastrec- tomía subtotal (nunca total). Sutura de alguna de las úlceras si sangra acti- vamente.
	Paciente de 60 o más años..... con patología agregada.	Sutura si el caso lo permite y siempre vaguetomía con derivación.
	Paciente joven sin patología agregada	Vaguetomía, Píloroplastia o Hemi- gastrectomía.
	Paciente joven con..... patología agregada.	Vaguetomía con derivación. Pospo- ner cualquier otra clase de cirugía que se crea necesaria.
<u>Otras causas. Tu- mores benignos— malignos.</u>	Evaluar edad condición general y patología agregada.	Sutura o resección.

MORTALIDAD

En esta pequeña serie revisada de los pacientes operados, hubo un 13.04% de mortalidad. Fueron tres casos de sangramiento Difuso de la Mucosa Gástrica, otro de Várices Esofágicas Sangrantes y otro de Úlceras Múltiples y

Agudas del Estómago. Los tres casos de enorme riesgo quirúrgico. Los dos primeros fueron gastrectomías sub-totales y el último con anastomosis espleno-renal. No operamos pacientes con septicemias o en estado agónico. (9)

RESUMEN

En el presente trabajo llamamos la atención sobre el cambio de la estricta conducta conservadora que ha privado durante tantos años y la tendencia actual sobre una decisión más agresiva y oportuna; sobre todo, en los casos de sangramientos masivos. Entre los internamientos de los servicios de emergencias quirúrgicas del Hospital San Juan de Dios, se nota un aumento muy importante y progresivo de los casos de SANGRAMIENTO DE TUBO DIGESTIVO ALTO. Tomamos varios parámetros: clínicos, de laboratorio y de gabinete para la decisión quirúrgica inmediata. Consideramos que el tipo de gastroscopía que se usa actualmente, es un elemento de vital importancia para decidir la conducta terapéutica más conveniente. También somos partidarios de una "Cirugía Seleccionada" para caso específico. Esta cirugía hasta donde sea posible, debe en este mismo acto quirúrgico solucionar el problema etiopatogénico que ha provocado la emergencia.

SUMMARY

This paper try to call the attention over our present behavior about Upper Digestive Tube Bleeding. We believe that a proper and opportun decision is mainly important to get a good success. We observed great increase of these Massive Bleedings in our Hospital San Juan de Dios. We follow several emergency clinical and laboratory measures for deciding surgery. The modern Gastrosocopy is a practice of enormous aid for the diagnosis, the behavior and the kind of surgery (if the case is for surgery). The surgeon got to solve physipatological problems, (until the patient condition allow it) in un step of surgical technique.

BIBLIOGRAFIA:

- 1.— CANDIA Emilio; Seijas Guillermo, García Alberto, Martínez Francisco. La panendoscopia con el Fibroscopio Gastrointestinal Olympus GIF Tipo D. Su importancia para el examen Integral del Tubo Digestivo Superior. G.E.N. XXVIII (1), Jul—Set 73. 17—28.
- 2.— CARRUTHERS R.K., Giles G.R. Clark C.G. Galigher J.C. Conservative Operation for Bleeding Peptic Ulcer. Brit. Med. J. 1:80.1967.
- 3.— DRAPANAS Theodore, Woolverton William C. Reeder Jack W., Reed Richard L. Weichert Rudolph F. Experiences with Surgical Management of acute—Gastric Mucosal Hemorrhage. A. Unified Concept in the Pathophysiology. Ann. Surg. May. 71. Louisiana.
- 4.— FOSTER James H. A cooperative Study by the Connecticut Society of American Board Surgeons. Immediate Results of Emergency Operation for Massive Upper Gastrointestinal Hemorrhage. 122:387—393 Sept. 71.
- 5.— FOSTER J.H., Hall A.D. Dunphy J.E.: Surgical Management of Bleeding Ulcers. Surg. Clin. N. Amer. 46:387, 1966.
- 6.— JARAMILLO Juan. Alvarado Fernando, Aguilar Manuel, Campos Rodrigo, Hemorragia del Aparato Digestivo por úlceras de Stress. Revista Médica de Costa Rica XXVI (419) 249—261; 1959.
- 7.— LEGER L., Patel J. Cl. Moullé y Cols. Refrigeración Gástrica Moderada y Hemorragias Digestivas. La Nouvelle Presse Médicale, 1:1035. 1972.
- 8.— PEÑALOZA Arcio, Fassler Sidney. Endoscopia de Urgencia en Hemorragias Digestivas Altas. Universitas Médica, Vol. XV Oct—Dic. 73 No. 4 217—223.
- 9.— RUSSO Armando. G., Corbelle Jorge L. Caputo Antonio, Bare Carlos. Tratamiento de las Hemorragias Digestivas Altas Graves. La Prensa Médica Argentina Vol. 60 No. 32 1149—1154. 73
- 10.— SPENNEY Jerry G. Hemorragia Gastrointestinal. Tribuna Médica. Segundo número de agosto 1974. Num. 169. Tomo XVI 71—78.
- 11.— YANES Eduardo, Casalta Virgilio. Matos Marcos. Consideraciones de 500 Exploraciones Realizadas con el Esófago—Gastrosocopia de Presti. G.E.N. XXVII En. Jun. 73 243—254.
- 12.— ZAIDMAN Isidoro, Calvo Alejandro. La Gastroscopia y la Gastrocámara en el Diagnóstico de las Enfermedades del Estómago. G.E.N. Oct—Dic. 69. XXIV Núm. 2. 113—123.
- 13.— Zeledón Manuel, Cartín Bernardo. Vaguetomía con Píloroplastia de Heinch-Mikulics. Revista Médica de Costa Rica XXVII, 427: 409-415. 1970.