

Hemorragia de tubo digestivo alto*

(Primera parte)

Etiopatogenia

Participantes:

Dr. Héctor Hugo Rivera, jefe de los Servicios de Urgencias Médicas y Cuidados Intensivos, Hospital General, S.S.A.

Dr. Luis Landa, jefe del Servicio de Gastroenterología, Hospital General, Centro Médico Nacional, I.M.S.S.

Dr. Jorge Lozano Flores, jefe del Servicio de Medicina Interna, Pabellón 308, Hospital General, S.S.A.

Dr. Raúl Olaeta Elizalde, médico gastroenterólogo, Hospital Juárez.

Dr. Alberto Villazón Sahagún, jefe del Servicio de Terapia Médica Intensiva, Hospital Español.

Coordinadores:

Dra. Rosa María Guerra Dávila

Dr. Manuel Marañón Sepúlveda

Diagnóstico clínico y laboratorio

Participantes:

Dr. Eduardo de Anda Becerril, jefe de Enseñanza de Posgrado, Hospital General, S.S.A.

Dr. José Ma. de la Vega, jefe del Servicio de Gastroenterología, Hospital Juárez, S.S.A.

Dr. Jorge Escotto Velázquez, jefe de Servicio de Gastroenterología, Hospital General, S.S.A.

Dr. Guillermo Franco Guevara, jefe del Servicio de Terapia Médica Intensiva, Hospital Fernando Quiroz, I.S.S.T.E.

Dr. Luis Martín Abreu, jefe del Departamento de Farmacología Clínica, Hospital General, S.S.A.

Dr. Salvador Rodríguez Martínez, vocal ejecutivo de enseñanza, Hospital General, S.S.A.

Dr. Ricardo Santoyo Valenzuela, médico gastroenterólogo, León, Gto.

Coordinadores:

Dr. Luis R. Barrera Ríos

Dra. B. Patricia Becerril V.

* Seminario, organizado por la Residencia de Médicos del Hospital General de la SSA, Departamento de Educación Médica, en el aula Aquilino Villanueva, el 5 de noviembre de 1976.

Dr. Marañón El objeto de esta reunión es analizar los diversos aspectos de la hemorragia de tubo digestivo alto, que constituye una urgencia bastante común en gastroenterología, y que no requiere definición puesto que su nombre aclara amplia-

mente de qué se trata. ¿Cómo pueden clasificarse estas hemorragias?

Dr. Olaeta Según el Dr. Bockus, estas hemorragias se dividen en tres grupos: las del tubo digestivo propiamente dicho, principalmente esófago, estómago y duodeno; las que se deben a padecimientos de órganos vecinos que se asocian a hemorragias de tubo digestivo; y las que se deben a enfermedades sistémicas en las cuales se incluyen las vasculares o hematológicas.

Dr. Marañón Está visto que las causas de estas hemorragias varían con el medio. Por ejemplo, según los autores anglosajones, la úlcera péptica es la causa más frecuente. ¿Cuáles son en México las causas más frecuentes de este tipo de hemorragias?

Dr. Rivera En el Hospital General de la SSA, tenemos en primer lugar la ruptura de várices esofágicas secundaria a hipertensión portal; en segundo lugar las úlceras gastroduodenales asociadas y várices esofágicas rotas, y en tercer lugar la gastritis erosiva o hemorrágica. También, con menor frecuencia entre las causas, se encuentran la hernia hiatal con necrosis de la mucosa, las discrasias sanguíneas, y rara vez la hemobilia.

Dr. Landa En el Hospital General del Centro

Hay tres grupos de hemorragias del tubo digestivo alto: por padecimientos del propio tubo digestivo (esófago, estómago, duodeno), por padecimientos de órganos vecinos, y por algunas enfermedades sistémicas (vasculares o hematológicas). Sus causas más frecuentes son: várices esofágicas rotas, gastritis erosivas, úlceras pépticas, en orden variable de acuerdo al tipo de población.

Médico del IMSS, la primera causa de sangrado son la gastritis erosiva o las úlceras agudas superficiales y múltiples debidas a drogas ulcerogénicas, al alcohol, o ambos. Le siguen en frecuencia la úlcera péptica y las vórices esofágicas.

Dr. Villazón En el Hospital Español, las de mayor frecuencia corresponden a úlcera péptica, seguida por la gastritis erosiva y las vórices esofágicas. Desde que los métodos endoscópicos se han vuelto casi rutinarios, se ha observado una disminución de la frecuencia de úlcera a favor de una mayor frecuencia de gastritis erosiva.

Dr. Olaeta En lo que se refiere al Hospital Juárez, no obstante la similitud del tipo de pacientes con el Hospital General de la SSA, en estudios recientes hemos encontrado un 40 por ciento de sangrado por gastritis erosiva secundaria a la ingesta de alcohol principalmente, un 33 por ciento por vórices esofágicas rotas, y los restantes casos principalmente por úlcera gástrica.

Las vórices esofágicas, resultado de hipertensión portal, sangran por fragilidad de sus paredes, erosión de la mucosa que las cubre o aumento de la presión portal por algún esfuerzo. El cirrótico tiene disminuida la síntesis de factores procoagulantes elaborados por el hígado, y la formación de plaquetas, lo que favorece la hemorragia masiva.

Dr. Marañón ¿Cuál es la patogenia del sangrado por vórices esofágicas?

Dr. Villazón Su base es un mecanismo de hipertensión portal que ocasiona dilatación de las venas y fragilidad de las paredes que fá-

cilmente pueden erosionarse. En estudios previos se ha demostrado la estrecha relación que existe entre grado de hipertensión y posibilidad de sangrado. Es poco común que haya sangrado con presiones de 250 a 300 mm de agua, mientras que con presiones

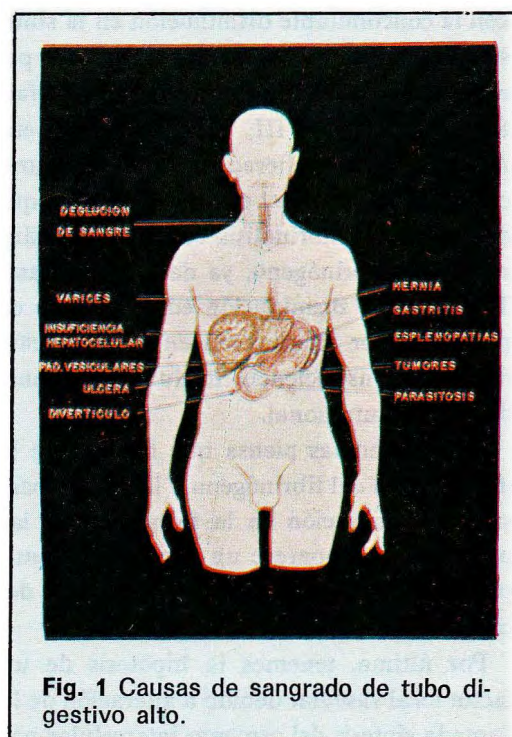


Fig. 1 Causas de sangrado de tubo digestivo alto.

mayores de 500 es casi seguro que se presente una hemorragia.

A este mecanismo se agregan factores que erosionan la mucosa esofagogástrica como la acción acidopéptica, el reflujo o algún otro tipo de traumatismo.

Dr. Landa En el cirrótico con vórices sangrantes, la presión portal no es estable, sino que sufre oscilaciones. Algún esfuerzo físico o la maniobra de Valsalva aumentan esta presión y puede romper las vórices. Factores tan sencillos como constipación o movilización de objetos pesados, ingesta de alimentos duros o el reflujo pueden alterar su integridad. Esto debe orientar para dar al paciente indicaciones sobre el tipo de actividades que puede desempeñar y las limitaciones en su dieta.

Dr. Marañón ¿Es frecuente la asociación de esofagitis con vórices esofágicas?

Dr. Olaeta Sólo se ha observado esta asociación

ción en 1 a 2 por ciento de casos.

Dr. Marañón ¿Cuáles son las alteraciones hematológicas que favorecen la hemorragia masiva?

Dr. Lozano Por lo general, al llegar al hospital, el paciente cirrótico manifiesta un grado importante de insuficiencia hepática o celular con la concomitante disminución en la síntesis de factores procoagulantes elaborados por el hígado, como son la protrombina, los factores V, VII y VIII, el fibrinógeno, etc. Además, existen alteraciones de la depuración del activador del plasminógeno, las que desencadenan fibrinolisis continua que disminuye el fibrinógeno, ya de por sí escaso. También hay disminución en el número de plaquetas por alteraciones en su formación debidas a insuficiencia medular resultante del factor nutricional.

El Dr. Thomas piensa que factores de la degradación del fibrinógeno y la fibrina ocasionan disminución en la formación de las plaquetas. Así aparece un aumento de anti-trombina II, que altera la formación del coágulo.

Por último, tenemos la hipótesis de un factor local vascular debido a alteración de la llamada síntesis del cemento intercelular por carencia de vitamina C.

Dr. Marañón ¿A qué se deben las lesiones agudas de la mucosa gástrica que ocasionan sangrado?

Dr. Rivera Como primer factor etiológico tenemos el alcohol y después los analgésicos y antirreumáticos como la aspirina, los salicilatos, los derivados de la fenilbutazona; por último, drogas antihipertensivas como la reserpina. También son un factor etiológico importante los estados de "stress" postanestésico o posquirúrgico.

ras de stress son necesarios tres factores: 1) isquemia; 2) **ataques de epilepsia pueden provocar hematemesis.**

algún mecanismo que lesione la mucosa, como reflujo de bilis; 3) hiperacidez.

En el primer caso, las úlceras aparecen inmediatamente después de un proceso que condicione hipovolemia, hipotensión, lo que determina zonas de isquemia por vasoconstricción esplácnica. Son úlceras que muestran poca o ninguna reacción inflamatoria circundante. Esas úlceras también pueden presentarse en el enfermo séptico en el que se encuentran zonas de isquemia con comunicaciones arteriovenosas precapilares de la submucosa. El segundo factor que determina una disminución, no sólo del moco sino también de los mecanismos globales de defensa de la mucosa gástrica, es el reflujo biliar. En pacientes con lesiones del sistema nervioso central (úlceras de Cushing), se ha logrado demostrar una franca hiperacidez debida a aumento de la presión intracraneal y, de ahí, a nivel del quinto ventrículo que estimula el núcleo vagal, lo que determina la hipercloridria.

Otro tipo de paciente es aquél con "stress crónico", debido a un proceso séptico, por lo general peritoneal, que se ha manejado durante largo tiempo y tiene desnutrición importante. Con frecuencia, cuando ya se ha logrado recuperación hemodinámica, neumológica o cardíaca, se inicia un sangrado abundante que puede llegar a ser fatal. En este caso están implicados dos factores: 1) casi siempre la existencia de un absceso que no se ha localizado y que se debe debridar; 2) el alto grado de desnutrición debido a la falta de alimentación durante varias semanas del padecimiento y que provoca alteración de la síntesis protéica visceral. Se ha demostrado que este tipo de úlceras puede manejarse con esteroides los cuales, utilizados a tiempo, no aumentan el sangrado como podía pensarse sino que, por lo contrario, lo controlan, probablemente debido a su efecto protector de membranas.

Los factores que condicionan las "úlceras de stress" son: isquemia, hiperacidez y algún mecanismo que lesione la mucosa. Se presentan en el postoperatorio, en enfermos sépticos, desnutridos o con lesiones del SNC. Las crisis de tos repeti-

Dr. Marañón Veamos ahora cuál es la etiopatogenia de las "úlceras de stress"

Dr. Villazón Para que se formen úlce-

Otras causas de sangrado de TDA son cáncer gástrico, úlcera de boca anastomótica, hemobilia, fase terminal de padecimientos hematológicos, fistulas de aneurismas y arteriovenosas, divertículo de Meckel. En pacientes pediátricos, se presentan desde el producto *in utero* (úlcera péptica), el recién nacido (deglución de sangre), hasta niños mayores (gastritis erosiva, úlcera péptica).

Dra. Guerra ¿Tiene importancia el síndrome de Mallory-Weiss como causa de sangrado?

Dr. Landa Esta causa de sangrado queda después del quinto lugar en las estadísticas que mencionamos. Se presenta en pacientes que han vomita-

do mucho, en epilépticos, o en personas que tienen crisis de tos que les provoca esfuerzos muy intensos y repetidos. En estos casos, puede aparecer intenso dolor retrosternal y hematemesis, pudiéndose demostrar por endoscopia las fisuras en la unión esofagogástrica descrita por este autor.

Dra. Guerra ¿Son las neoplasias de tubo digestivo causa frecuente del tipo de sangrado que nos ocupa?

Dr. Olaeta El cáncer gástrico ocupa el cuarto lugar como causa de sangrado de tubo digestivo alto; lo hemos observado en aproximadamente 8 a 10 por ciento de nuestros casos.

Dra. Guerra ¿Puede provocar la úlcera de boca anastomótica hemorragias de ese tipo?

Dr. Villazón Hemos observado hemorragia en aproximadamente 30 por ciento de los casos.

Dra. Guerra Se ha mencionado la hemobilia como factor de sangrado de tubo digestivo alto, ¿cuáles son sus causas?

Dr. Lozano Se trata de una entidad poco frecuente, se considera que puede ser complicación de traumatismos, de biopsia hepática y de neoplasias del ámpula de Vater o de colédoco.

Dra. Guerra ¿Es frecuente la hemorragia de tubo digestivo alto secundaria a otros padecimientos?

Dr. Rivera Este tipo de hemorragia suele sobrevenir como parte de un cuadro que caracteriza la fase terminal de padecimientos hematológicos tales como leucemia, linfoma, púrpuras, hemofilias, etc. La hemorragia casi

siempre acompaña otros datos clínicos, aparte de sangrado en otros sitios, que son los que sugieren el diagnóstico.

Dr. Villazón En nuestro hospital, hemos observado estas hemorragias debidas a fistulas de aneurismas o de injertos de aorta a tubo digestivo y, con menor frecuencia, a teleangiectasias.

Dr. Rivera En el paciente cirrótico, se han reportado sangrados debidos a fistulas arteriovenosas.

Dra. Guerra ¿En qué orden de frecuencia se presentan hemorragias originadas en la unión esofagogástrica?

Dr. Lozano Las más frecuentes son las várices esofágicas, seguidas de las úlceras de curvatura menor a nivel del cardias y, por último, de las úlceras esofágicas o de hernia hiatal ulcerada.

Dra. Guerra ¿Puede la mucosa gástrica ectópica provocar hemorragia del tubo digestivo alto?

Dr. Rivera Se ha observado ocasionalmente en divertículo de Meckel, pero en este caso el sangrado es mínimo y se acompaña de melena.

Dra. Guerra ¿Son causa de sangrado los tumores de células productoras de hormonas en tubo digestivo?

Dr. Lozano El 15 por ciento de las úlceras gástricas están condicionadas por este tipo de tumores que afectan las células productoras de gastrina, insulina, colecistoquinina, secretina, etc. Estas úlceras pueden producir sangrado como cualquier otra.

Dra. Guerra Dr. Olaeta, podría usted hablarlos del tipo de hemorragia que nos ocupa en pacientes pediátricos?

Dr. Olaeta Estas hemorragias se dividen según la edad. En el producto *in utero* se menciona como causa de hematemesis la perforación de víscera hueca por úlcera péptica. En el recién nacido, la hemorragia es por deglución de sangre, ya sea de lesiones del pezón materno o provenientes del propio tracto respiratorio. En niños mayores, puede presentarse hemorragia por gastritis erosiva secundaria a la ingestión de aspirina. Tam-

bién se mencionan como causa de hemorragia las lesiones congénitas y el síndrome de Zollinger-Ellison.

Al iniciarse la hemorragia masiva se presenta choque hipovolémico y, si los mecanismos de compensación (mayor gasto cardiaco, taquicardia, liberación de catecolaminas, desplazamiento de líquidos) no logran controlar el choque, el enfermo muere.

Dra. Guerra Desde el punto de vista fisiopatológico, ¿cómo reacciona el organismo a la hemorragia?

Dr. Rivera En las fases iniciales de una hemorragia

masiva, se presentan todas las alteraciones del choque hipovolémico como factores de compensación, o sea aumento del gasto cardiaco, taquicardia, liberación de catecolaminas que actúan según los receptores produciendo vasoconstricción o vasodilatación para mantener el flujo sanguíneo adecuado donde éste es indispensable para la vida. Más adelante, si estos mecanismos no compensan el problema, hay desplazamiento de líquidos, inicialmente del espacio intersticial al intravascular y, posteriormente, del intracelular al intersticial y, de ahí, al intravascular. Si el problema no logra controlarse, el enfermo muere.

Dr. Landa Básicamente, la respuesta del organismo depende del volumen perdido, de la duración de la hemorragia y de la recurrencia del sangrado. En algunos estudios se han extraído 500 ml de sangre en quince minutos a voluntarios humanos sin que se presente síntoma alguno. Al extraer un litro en una sola vez, aparece taquicardia, taquifigmia, mareos y, en ocasiones, náuseas y vómito. Al extraer dos litro, el sujeto cae en estado de choque con pérdida de la conciencia y posibilidad de muerte. Por otra parte, no debe olvidarse que, ante una hemorragia profusa, el estado psicológico del paciente se altera y puede manifestar síntomas exagerados o falseados.

Dr. Barrera Pasemos ahora al tema del diagnóstico de las hemorragias del tubo digestivo alto y, para empezar, de aquél que se realiza por medios clínicos y de laboratorio.



Fig. 2 Diagnóstico del sangrado de tubo digestivo.

¿Qué datos clínicos se encuentran en pacientes con este tipo de hemorragia?

Dr. Rodríguez En **En pacientes con sangrado de TDA, primer lugar, como debe elaborarse una historia clinica cuidadosa y realizar una exploración física completa. Datos de cirrosis, alcoholismo, ingesta de antiirreumáticos, pueden orientar a la causa de la hemorragia. A veces, el diagnóstico es difícil cuando el enfermo se presenta en estado de choque sin datos francos de hemorragia.**

En cualquier otro padecimiento, es indispensable elaborar una historia clínica cuidadosa, ya sea en base a un interrogatorio directo o indirecto, que también incluya antecedentes familiares como padecimientos hematológicos o neoplásicos. Además, hay que realizar una exploración física completa. Ante un paciente evidentemente cirrótico, puede pensarse que la hemorragia proviene de várices esofágicas, mientras que los antecedentes como alcoholismo, ingesta de medicamentos ulcerogénicos o alimentos muy condimentados pueden orientar a la presencia de una úlcera péptica o de una gastritis erosiva. Sin embargo, el diagnóstico definitivo siempre se basa en

estudios de laboratorio y gabinete.

Dr. Martín Casi siempre el enfermo hospitalario revela datos muy claros de hemorragia como hematemesis, choque o melena. Sin embargo, con mucha frecuencia el diagnóstico es difícil, ya que existen sangrados larvados que el paciente no observa. No es raro ver a un enfermo en estado de choque sin hematemesis ni melena, el cual, sin embargo, sufre hemorragia intensa debido a que el sangrado se origina por debajo de los sitios que suelen producir hematemesis, generalmente cerca del ángulo de Treitz. También puede ser que la hemorragia sea tan intensa que no de tiempo a que la sangre fresca produzca reacción irritativa sobre el estómago desencadenando contracciones que se manifiesten por vómito. Muchos de esos casos se prestan a diagnóstico erróneo y los únicos datos son palidez, hipotensión, aceleración en el pulso, hipertermia de 38 a 38.5°C, leucocitosis, etc. También es frecuente encontrar pacientes con evacuación roja, completamente distinta a la clásica melena por sangrado de etiología alta, pero en quienes el factor irritativo provocó aumento de la peristalsis no dando tiempo a que la sangre sufra cambios de coloración. Por ello, suele pensarse en un sangrado de tubo digestivo bajo, pero conviene recordar que también la sangre fresca puede provenir de partes más altas.

Dr. Santoyo Otro paciente en el cual debe pensarse en la posibilidad de sangrado de tubo digestivo es aquél que sufre anemia hipocrómica sin manifestaciones de melena ni hematemesis.

Dr. Franco En ocasiones, acuden a consulta pacientes en estado de choque sin manifestaciones francas de padecimientos, como el cirrótico o el anciano con accidente vascular cerebral; en ellos, ya que el sangrado de tubo digestivo alto es tan frecuente, siempre conviene pensar en esta posibilidad aunque no haya hematemesis ni melena.

pos: 1) con hemorragia masiva aguda; 2) con hemorragias repetidas; y 3) con hemorragia oculta, como es el caso del enfermo anémico. Además,

es imperativo cuantificar las repercusiones de la hemorragia con base en tres parámetros: conciencia, presión y pulso. Si el enfermo está consciente y no tiene manifestaciones de anemia aguda cuando está de pie, se considera que sufre una hemorragia ligera; si existen manifestaciones de anemia pero éstas desaparecen al colocar al enfermo en decúbito, la hemorragia se considera severa pero no grave. Si aun estando en decúbito, los datos persisten, el enfermo está grave. En el primer grupo, la presión arterial máxima no es menor de 100 mm de Hg, en el segundo grupo se sitúa entre 80 y 100, y en el tercero está por debajo de 80. En cuanto al pulso, si no es mayor de 100 se trata de una hemorragia ligera, mientras que si sube entre 100 y 120 es severa, y si es mayor de 120 es grave. También conviene recordar que algunos padecimientos concomitantes pueden alterar la cifra y también pensar en la posibilidad de una bradicardia compensadora que enmascare la hemorragia.

Dr. de la Vega Uno de los primeros datos clínicos indicativos de la importancia de la hemorragia se logra con la simple medida de tomar la presión arterial y el pulso, con el paciente sentado y en decúbito.

Dr. Rodríguez Al elaborar la historia clínica, es imperativo investigar antecedentes traumáticos dos o tres semanas antes de un cuadro de melena o hematemesis, ya que puede haberse formado una hematóbilia. También conviene investigar el antecedente de una punción hepática. Un signo indicativo de la cuantía de la pérdida de sangre se encuentra en las líneas de la palma de la mano en hiperextensión que suelen ser rojas, pero que adquieren una palidez acentuada cuando se ha perdido más del 50 por ciento

hemorragia oculta. La intensidad y repercusiones de la hemorragia se valoran en base a conciencia, presión y pulso. El hematocrito no se altera al principio de la hemorragia sino hasta 24 a 48 horas después de que ésta ha cesado.

Hay tres tipos de pacientes: 1) con hemorragia masiva aguda, 2) con hemorragias repetidas, y 3) con he- **Dr. Escotto** Los enfermos pueden dividirse en tres gru-

del volumen total.

Dr. Martín Conviene recordar que el sangrado discreto es diez veces más frecuente que el sangrado importante que constituye una urgencia. Si se atienden a tiempo las hemorragias activas, generalmente secundarias a problemas pépticos, en muchos casos se evitarán los cuadros dramáticos de urgencia.

Dr. Barrera ¿Cuánta sangre debe perder un paciente para que se presente choque hipovolémico?

Dr. de Anda Cuando el paciente pierde entre 30 y 50 por ciento de su volumen total de sangre, o sea unos 2000 ml, se presenta el cuadro de choque hipovolémico, que se manifiesta por inquietud, palidez, diaforesis, taquicardia, retardo en el llenado capilar, disminución de la presión venosa central y de la presión arterial (menos de 80 mm de Hg), oliguria de menos de 30 a 35 ml de filtrado glomerular por hora.

Dr. Escotto En relación a valorar la cantidad de sangre perdida y el tiempo que ha durado la hemorragia, conviene recordar que algunos enfermos tienen cifras de hemoglobina baja previas al episodio de sangrado, lo que hace más importante las manifestaciones de una determinada pérdida sanguínea. También hay que tener en cuenta que el sangrado arterial provoca un cuadro mucho más severo que el sangrado venoso, requiriendo en ocasiones medidas adicionales aparte de la reposición de volumen.

Dr. Rodríguez El término "hemorragia masiva" se refiere a una pérdida de sangre de más de un litro en un paciente de 60 a 70 kg de peso, o a una cantidad de sangre suficiente para provocar estado de choque.

Dr. Franco Los mecanismos del estado de choque se despiertan cuando hay una pérdida del 12 por ciento del volumen circulante. Con una pérdida de 600 ml, hay respuesta adrenérgica que puede invalidar el significado de las cifras de presión arterial. Cuando la pérdida de sangre llega al 20 por ciento se desencadena un cuadro franco.

Puesto que existe mayor cantidad de sangre en el lecho venoso, el paciente resiste

mejor un sangrado a ese nivel que a nivel arterial.

Dr. Barrera ¿Cuánto tiempo tarda en modificarse el hematocrito después de un sangrado masivo? y ¿cuál es su valor real como indicio de que la hemorragia continúa?

Dr. Escotto El hematocrito es un estudio útil en el caso que nos ocupa, pero sólo asociado a los demás datos de que ya hablamos. En ocasiones, pueden obtenerse cifras normales de hematocrito en un paciente chocado mientras que, en otros casos, hay gran hemodilución debida al aporte de líquidos al territorio vascular como respuesta a la pérdida de sangre. El hematocrito es muy útil, pero al principio de la hemorragia no constituye un dato confiable.

Dr. Martín Al presentarse la hemorragia, se inicia una serie de mecanismos homeostáticos para compensar la pérdida de sangre, que incluyen el aumento del pulso, la baja de la presión arterial y el paso de líquido intersticial al intravascular produciéndose hemodilución. Estos mecanismos no tienen la misma velocidad: el primero es la alteración del pulso seguido de la palidez, no tanto debida a la hemorragia sino también a la vasoconstricción refleja. En cuanto al paso de líquido al territorio intravascular, toma más tiempo y sólo se observan cambios de hematocrito después de 24 a 48 horas. Al principio de la hemorragia, el hematocrito suele ser normal e incluso puede reflejar hemoconcentración.

Dr. Rodríguez El hematocrito sólo es útil cuando ya ha cesado el sangrado activo. Además, una sola determinación no basta sino que ésta debe repetirse en forma periódica varias veces al día.

Dr. Franco Lo que mide el hematocrito es la capacidad de los glóbulos rojos para transportar oxígeno. Cifras por abajo de 20 indican un transporte inadecuado. Esta prueba no tiene validez para evaluar el volumen circulante sino que, para ello, debe recurrirse a estudios de gasto cardíaco.

Dr. de Anda Según algunos autores, en la hemorragia ligera (menos del 15 por ciento) la hemodilución compensadora se presenta en

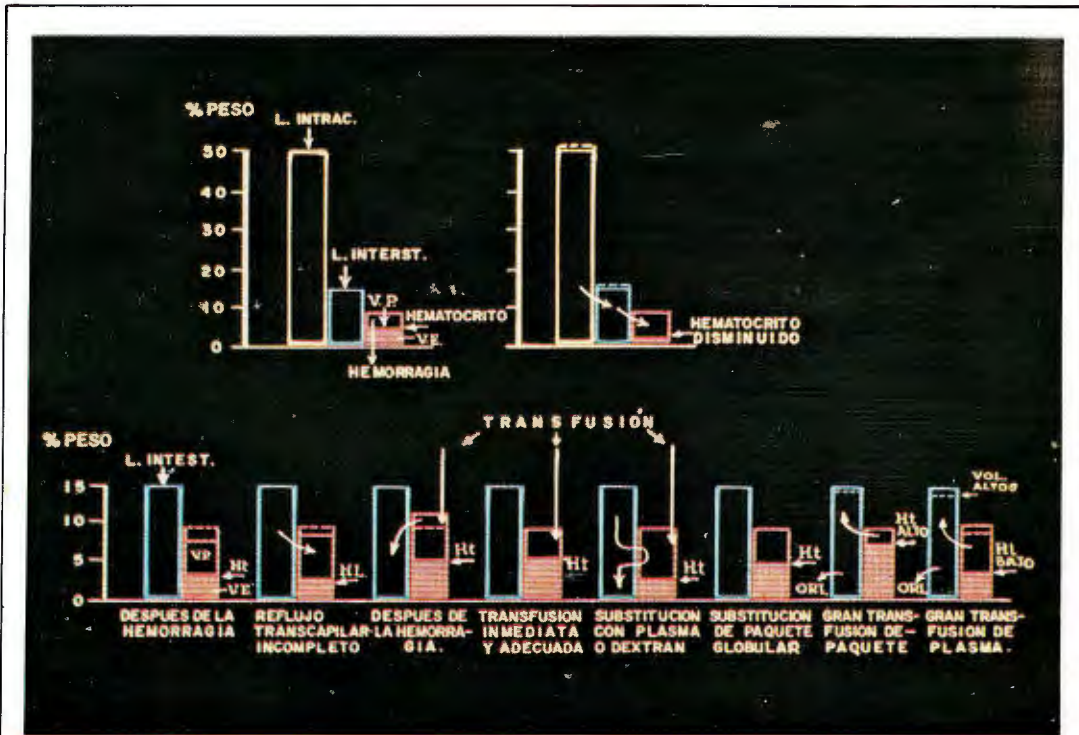


Fig. 3 Fisiopatología de la hemorragia de tubo digestivo.

las 8 a 24 horas siguientes al episodio; en la moderada (15 a 30 por ciento) en 24 a 36 horas; y en la grave en ocasiones no llega a presentarse porque el paciente muere antes de que ello pueda suceder.

Dr. Barrera ¿Cuánta sangre debe perderse para que aparezca melena?

Dr. de la Vega Se presenta melena, o sea evacuaciones melánicas, cuando se han vertido 60 ml o más de sangre al tubo digestivo proximal.

el 30 por ciento.

Dr. de la Vega En un trabajo que comprendió 600 casos de enfermedad ulcerosa estudiados en México, y que presentamos en el Congreso Mundial de Gastroenterología en Washington, el porcentaje de los pacientes que tuvieron hemorragia como primera manifestación osciló entre 0.5 y 1 por ciento.

Dr. de Anda Las estadísticas de autores extranjeros, principalmente norteamericanos, ubican la frecuencia entre el 15 y el 25 por ciento, dependiendo del lugar donde se practique el estudio.

Dr. Martín Pienso que la notable diferencia entre los porcentajes mencionados anteriormente se debe principalmente a defectos en la elaboración de la historia clínica, en especial en cuanto se refiere al interrogatorio. El paciente afirma que no ha tenido ninguna molestia antes de la melena pero, cuando el interrogatorio se orienta y practica cuidadosamente, casi siempre es posible registrar datos de dispepsia o trastornos digestivos vagos previos al episodio de sangrado.

Dr. Barrera Parece ser que el dolor cede con

En 15 a 25% de casos, la hemorragia es la primera manifestación de úlcera péptica y con ella suele ceder el dolor. De persistir éste, debe pensarse en alguna complicación. El porcentaje de hemorragias es alto en niños y jóvenes por ser muy agresivas las úlceras pépticas en ellos.

Dr. Barrera ¿Es común que la hemorragia constituya la primera manifestación de úlcera péptica?

Dr. Santoyo La úlcera péptica, tanto gástrica como duodenal, puede mani-

festarse por primera vez como hemorragia en cierto número de casos. Aunque las cifras son muy variables, calculo que varían entre el 5 y

el sangrado y que si así no sucede debe pensarse en alguna complicación. ¿Qué opina usted al respecto?

Dr. Martín Lo que sucede normalmente es que, al llegar la sangre al estómago, neutraliza la acidez que produce dolor en una acción semejante a la del alimento o del antiácido. El hecho que el dolor persista después del sangrado puede considerarse como manifestación de alguna complicación.

Dr. Barrera ¿Es el sexo un factor importante en relación a la frecuencia de hemorragias?

Dr. Martín En mis tres años de experiencia como consultor en Gastroenterología del Instituto Nacional de Cardiología, y aunque la gran mayoría de los casos se debían al uso de drogas ulcerogénicas, no encontré ninguna relación específica respecto al sexo.

Dr. Escotto Mi impresión personal es que la hemorragia es más común en pacientes varones.

Dr. Barrera ¿Existe algún común denominador entre edad del paciente y presentación de hemorragia?

Dr. Escotto Actualmente se observa una mayor incidencia de hemorragia en jóvenes e inclusive en niños. Tengo además la impresión que, en pacientes jóvenes, las úlceras son más agresivas que en personas mayores y, en esos casos, es posible observar hemorragias por úlceras de corta evolución.

Dr. de la Vega De acuerdo a los datos de un estudio reciente, puede afirmarse que las hemorragias importantes son mucho más frecuentes después del primer año de evolución de las úlceras.

La esofagitis (complicación de hernia hiatal, uso de medicamentos agresivos para la mucosa, etc.) es frecuente causa de sangrado de TDA. La ingesta de medicamentos anticoagulantes aumenta los sangrados. En el cirrótico, 40% de las hemorragias de TDA se deben a várices esofágicas, 30% a gastritis y 15% a procesos pépticos.

Dr. Barrera ¿Puede una hemorragia masiva deberse a esofagitis?

Dr. Franco Aunque es poco frecuente, sucede, sobre todo debido a lesiones agudas secundarias al uso de medicamentos, principal-

mente antirreumáticos, o en asociación con entidades tales como hernia hiatal.

Dr. Rodríguez Cabe recordar que la esofagitis es la complicación más frecuente de la hernia hiatal y, cuando produce sangrado, éste es lento y se manifiesta por melena. Además, estudios actuales demuestran que las várices esofágicas sangran por esofagitis. En nuestro hospital, además de las operaciones derivativas para tratamiento de las várices esofágicas, se practican vagotomía y piloroplastía para reducir la acidez libre.

Dr. Martín Es sabido que la hernia hiatal es una entidad muy frecuente que, en la mayoría de los casos no da síntomas, y cuando produce sangrado éste es escaso, larvado y productor de trastornos que en ocasiones desorientan al médico en cuanto a su origen. De ahí que, aunque la hernia hiatal no sea una causa muy común de hemorragia, hay que pensar en ella ante un cuadro hemorrágico en personas sin datos que orienten a otra etiología.

Dr. Barrera ¿Qué datos pueden hacer pensar en lesiones de la mucosa como causa de hemorragia?

Dr. Santoyo En el interrogatorio, es imperativo insistir sobre la ingesta de medicamentos ulcerogénicos, recordando que la aparición de una lesión no depende de la cantidad de droga ingerida, sino de la idiosincrasia del individuo, el cual en ocasiones puede manifestar la lesión después de tomar una sola pastilla de aspirina. Además, en pacientes ulcerosos conocidos debe investigarse la ingesta de bebidas alcohólicas y los cuadros emotivos.

Dr. Escotto Algunos enfermos ocultan la ingesta de medicamentos anticoagulantes y esto hace que actualmente aumente el número de sangrados de tubo digestivo por causas yatrogénicas. Pacientes que antes fallecían invariablemente, actualmente, gracias a la evolución de la medicina alcanzan sobrevividas prolongadas después de sepsis en postoperatorio de intervenciones que no se podían practicar en otros tiempos; pero, sin embargo, en ellos existe ahora el riesgo de sangrado

de tubo digestivo como resultado de las “úlceras de stress” que antes no solían presentarse.

Dr. Barrera ¿Tiene utilidad el uso de la sonda de Sengstaken-Blakemore como procedimiento diagnóstico?

Dr. de la Vega En la práctica, me parece más útil la endoscopia.

Dr. Santoyo Sin embargo, como no siempre puede contarse con endoscopia, y cuando existe duda en un paciente, está indicado el uso de la sonda de Sengstaken. Nunca debe emplearse la de Levin que, aparte de no ser útil, puede resultar perjudicial.

Dr. Martín Considero que el uso de la sonda de balón es determinante para diferenciar hemorragias de tubo digestivo por arriba del cardias de aquéllas que se presentan por debajo de éste. Desde el punto de vista diagnóstico, su uso es una indicación precisa, especialmente en el paciente cirrótico franco, en el cual muchas veces se diagnostica erróneamente vrices esofágicas sangrantes, simplemente por los estigmas clínicos evidentes de la enfermedad.

Dr. Rodríguez Siempre que pueda practicarse endoscopia, debe procurarse, ya que el manejo de la sonda es difícil y puede provocar complicaciones.

Dr. de la Vega En el paciente cirrótico, sólo en el 40 por ciento de los casos la hemorragia es por vrices esofágicas, en 30 por ciento por gastritis independientemente de su etiología, y en 15 por ciento por procesos pépticos. Esto se ha demostrado en estudios muy amplios que incluyeron la endoscopia.

Dr. Barrera ¿Resulta más efectiva para el diagnóstico la sonda de Fouché?

Dr. Santoyo La sonda de Fouché no debe usarse para diagnóstico. Cuando se va a realizar un lavado gástrico para preparación de endoscopia, tampoco debe usarse la sonda de Levin que puede hacer sangrar las vrices, sino de preferencia la sonda de Edwards.

nóstico de un paciente con sangrado por vrices esofágicas secundarias a hipertensión portal sin estigmas clínicos?

Dr. Martín Es muy importante practicar pruebas de laboratorio porque, con frecuencia, la cirrosis hepática cursa sin manifestaciones clínicas. Sucede que los cirujanos, al intervenir en abdomen por otra causa, se encuentren con la imagen macroscópica de un hígado con trastornos fibrosos propios de la cirrosis sin que ésta haya dado manifestaciones clínicas previas. Por ello, en este caso conviene practicar todas las pruebas de funcionamiento hepático. Sin embargo, éstas pueden resultar normales debido a que el padecimiento no ha provocado daños suficientes para alterarla. Pruebas más finas podrían ser la de retención de bromosulfaleína y el verde de indocianina.

Dr. Santoyo Aunque el paciente no manifieste clínicamente una cirrosis, siempre debe sospecharse este padecimiento cuando existen antecedentes como hepatitis o alcoholismo.

Dr. Martín En el Hospital General de la SSA, del 20 al 35 por ciento de los pacientes que alguna vez han recibido una transfusión presentan hepatitis, siendo anictéricas el 95 por ciento de ellas. En Japón, se ha llegado a demostrar un 75 por ciento de hepatitis posttransfusional. Esto resalta la importancia de pensar en la posibilidad de cirrosis en toda persona que haya recibido una transfusión de sangre alguna vez.

Dr. Martín En el Hospital General de la SSA, del 20 al 35 por ciento de los pacientes que alguna vez han recibido una transfusión presentan hepatitis, siendo anictéricas el 95 por ciento de ellas. En Japón, se ha llegado a demostrar un 75 por ciento de hepatitis posttransfusional. Esto resalta la importancia de pensar en la posibilidad de cirrosis en toda persona que haya recibido una transfusión de sangre alguna vez.

Dra. Becerril ¿Qué datos clínicos señalan la posibilidad de hemobilia?

Dr. Franco Un dato clínico importante es el antecedente de biopsia hepática.

Dr. Martín La presencia de cálculos, al lesionar los conductos es capaz de producir hemobilia que se manifiesta como melena. También pueden producir hemobilia los tumores

patitis o de transfusiones de sangre orientan al diagnóstico de cirrosis. El antecedente de biopsia hepática o traumatismo, y un intenso dolor cólico al iniciarse la hemorragia sugieren hemobilia. Ante una hemorragia masiva sin otro dato clínico debe pensarse en la posibilidad de un leiomioma o algún linfoma.

En el cirrótico, las pruebas de funcionamiento hepático pueden resultar normales. Antecedentes de he-

Dr. Barrera ¿Qué datos de laboratorio son útiles en el diag-



Fig. 4 Hernia diafragmática.

del árbol biliar.

Dr. Rodríguez El primer síntoma es un intenso dolor de tipo cólico, semejante al que produce una coledocolitiasis y debido al paso de los coágulos. Al continuar el sangrado e iniciarse la melena, el dolor cede poco a poco. El paciente tiene tinte icterico y su bilirrubina y fosfatasa alcalina están elevadas.

Así que, ante un paciente con estas características y además, el antecedente de biopsia hepática o de traumatismo, debe pensarse en primer lugar en hemobilia.

Dra. Becerril ¿Pueden las neoplasias gástricas o esofágicas condicionar hemorragia?

Dr. de la Vega Se han comunicado hemorragias por tumores esofágicos y de estómago. Un estudio interhospitalario de cien casos indicó que el sangrado aumenta de frecuencia con la evolución del padecimiento siendo de 5 por ciento en el primer año y de 15 por ciento en el segundo, después del cual ya pueden presentarse hemorragias masivas.

Dr. Santoyo La mayor parte de los leiomiomas que vemos en el Instituto Nacional de la Nutrición cursan con sangrado, generalmente masivo. En un paciente con hemorragia pro-

fusa, sin otro dato clínico, debe pensarse en este tumor o en algún linfoma.

Dr. Rodríguez En ocasiones, la hemorragia puede deberse a infiltración tumoral sobre la aorta.

Dra. Becerril ¿Son frecuentes los sangrados secundarios a bezoares?

Dr. Franco En los casos reportados es excepcional el problema de sangrado y siempre secundarios a procesos de erosión.

Dr. de la Vega Los bezoares seguirán aumentando conforme se practiquen más vaguectomías como tratamiento para úlceras duodenales; así mismo, el fenómeno hemorrágico se hace más frecuente. He encontrado mayor frecuencia de bezoares cuando se practica vagotomía con piloroplastía por problemas de vaciamiento.

Dra. Becerril ¿Qué datos clínicos y de laboratorio deben buscarse para el diagnóstico de un paciente con hemorragia actual y antecedentes de gastrectomía subtotal?

Cuando se presenta sangrado varias semanas después de una gastrectomía, debe sospecharse úlcera marginal por antrectomía defectuosa y liberación de gastrina. Cifras mayores de 1000 picogramos de gastrina son sugestivas de un Zollinger-Ellison.

Dr. Santoyo Me parece que el primer paso es descartar si el sangrado se debe al procedimiento previo, y en caso afirmativo investigar la causa que dio origen a la intervención. Básicamente, el dato clave lo da el interrogatorio. La investigación de la acidez gástrica es el dato de laboratorio más útil en este caso.

Dr. de la Vega Inicialmente, también debe descartarse la posibilidad de un Zollinger-Ellison.

Dr. Rodríguez Si el sangrado se presenta en el postoperatorio inmediato, debe intentarse una endoscopia pues no se dispone de datos para determinar la etiología. Pero, si han transcurrido varias semanas de la operación, debe sospecharse una úlcera marginal por antrectomía defectuosa y liberación de gastrina. Siempre que sea posible, deben determinarse las cifras de gastrina que pueden estar anormalmente elevadas por encima de los 200

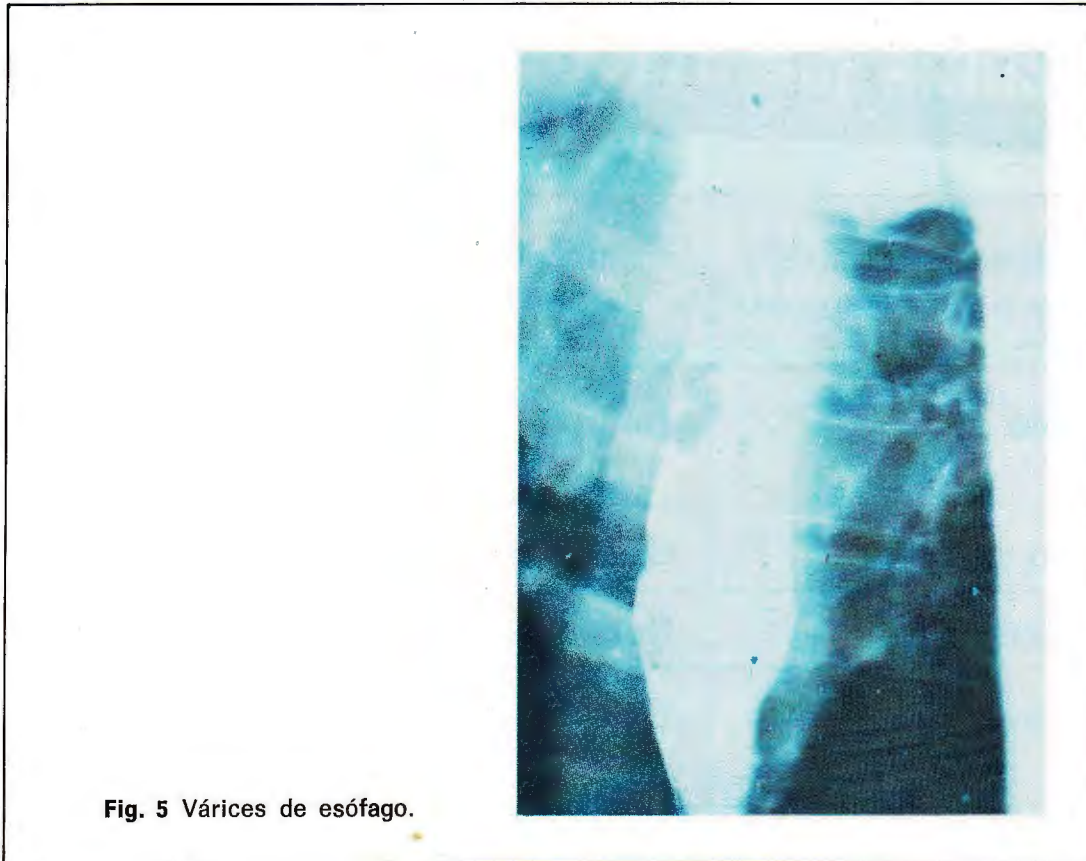


Fig. 5 Várices de esófago.

a 250 picogramos normales. Cifras de gastrina superiores a los 1000 picogramos deben hacer pensar en un Zollinger-Ellison.

Dr. de Anda Algunos autores mencionan la prueba de la secretina para diferenciar entre antro retenido y Zollinger-Ellison. En sujetos normales, la cifra de gastrina baja al inyectar secretina mientras que, en el caso del tumor, se mantiene igual o hasta se eleva.

Dr. Franco Una posibilidad que debe tenerse en cuenta en estos casos es la formación de "úlceras de stress".

En la hemorragia de TDA, los exámenes de urgencia comprenden: determinación de grupo sanguíneo, Rh, volumen sanguíneo, electrolitos séricos, reserva alcalina, pH sanguíneo y gases en sangre; electrocardiograma en el choque hipovolémico. Más adelante, se investiga hematocrito y hemoglobina.

Dra. Becerril ¿Qué exámenes de urgencia se indican en un paciente con hemorragia de tubo digestivo alto?

Dr. de Anda En principio, lo primero que debe realizarse es determina-

ción de grupo sanguíneo, factor Rh y pruebas cruzadas. Más adelante, se investiga hematocrito y hemoglobina. También conviene llevar a cabo cuantificación de volumen sanguíneo, y determinación de electrolitos séricos, reserva alcalina, gases en sangre, pH sanguíneo. En pacientes hipovolémicos, también conviene practicar un electrocardiograma por la posibilidad de infarto.

Dra. Becerril ¿Tienen alguna utilidad las sustancias antifibrinolíticas como medida diagnóstica y terapéutica en pacientes con sangrado?

Dr. Franco Son útiles cuando se sospecha la posibilidad de "úlceras de stress" y cuando puede haber complicación séptica. En ocasiones, usamos Trasylol y ácido alfa-aminocaproico con buenos resultados. Con su uso, se ha visto que las pruebas de coagulación no se alteran de manera apreciable.

(Continuará en el próximo número)