

Cirugía de la Hemorragia digestiva alta no variceal.

Carlos Cárcamo I., Javier López S., Daniela Cardemil N.

RESUMEN

La hemorragia digestiva alta no variceal (HDANV) se mantiene como una causa frecuente de consulta en las unidades de emergencia de nuestro país. Su enfrentamiento y terapéutica son esencialmente endoscópicos, por lo que en la actualidad sólo van a cirugía aquellos pacientes que no logran ser manejados por el endoscopista. El objetivo de este trabajo es comunicar y analizar los resultados del tratamiento quirúrgico en el manejo de esta patología. Se presenta una serie retrospectiva de 39 pacientes sometidos a cirugía en la Unidad de Emergencia del Hospital Regional de Valdivia entre enero de 1998 y diciembre de 2003. Los datos fueron ingresados en un protocolo tipo y analizados en una planilla Excel. La serie esta constituida por 27 pacientes de sexo masculino (69%) y 12 de sexo femenino (31%). La edad promedio fue de 62.3 años (31-91). El 67% de los pacientes tenía patología asociada, siendo la más frecuente la hipertensión arterial seguida del alcoholismo. El 94,8% de los pacientes tuvo estudio endoscópico previo a la cirugía. Se realizaron en promedio 1.3 endoscopias por caso con rango de 1 a 4. El hallazgo más frecuente de sangrado fue la úlcera péptica en 26 casos (66,6%), 15 pacientes con úlcera gástrica y 11 con úlcera duodenal. La cirugía más frecuentemente realizada fue la sutura del vaso sangrante en un 89,7% de los casos. Se efectuaron además 3 gastrectomías subtotales y una total. Un 90% de los pacientes requirió de transfusiones. La mortalidad en nuestra serie fue de un 17,9%. Se concluye que la causa más frecuente de cirugía en la HDANV es la úlcera gástrica, evidenciándose un alto porcentaje de éstas a nivel subcardial. La técnica quirúrgica más utilizada es la sutura del vaso sangrante y a pesar del tratamiento quirúrgico no resectivo, la mortalidad es elevada. (Palabras claves/Key words: Hemorragia digestiva alta no variceal/Non variceal upper digestive bleeding; Hemorragia digestiva alta/Upper digestive bleeding; Cirugía/Surgery).

INTRODUCCIÓN

La hemorragia digestiva alta no variceal (HDANV) continua siendo una patología de alta consulta y elevada morbimortalidad. En los hospitales de Estados Unidos ingresan entre 300.000 y 350.000 pacientes por año con este diagnóstico con una mortalidad estimada de 7 a 10%.^{1,2}

A pesar del desarrollo de la medicina y el advenimiento de nuevas técnicas la morbimortalidad de esta patología se ha mantenido sin variación los últimos 50 años.³⁻⁶ El envejecimiento poblacional con la permanente

condición de pacientes con numerosas comorbilidades han sido reportados como la principal causa de esta situación.^{3,7}

El manejo de la HDANV es esencialmente endoscópico. Se requiere, sin embargo, un coordinado equipo multidisciplinario en el que deben interactuar médicos generales, médicos de urgencia, endoscopistas terapéuticos, intensivistas, anestesiólogos y cirujanos para llegar a un feliz término.⁷

La causa más frecuente sigue siendo la úlcera péptica, pero en la actualidad es excepcional que un paciente con HDANV requiera tratamiento quirúrgico.

MATERIAL Y MÉTODOS

El presente estudio retrospectivo incluye 39 pacientes que debieron ser sometidos a cirugía de urgencia como tratamiento de una HDANV entre enero de 1998 y diciembre de 2003. La indicación quirúrgica se basó principalmente en la inestabilidad hemodinámica posterior al tratamiento endoscópico. Se revisaron las fichas clínicas de los pacientes y se determinó la edad, sexo, tiempo de hospitalización, comorbilidad asociada, los hallazgos y procedimientos endoscópicos preoperatorios, diagnóstico postoperatorio, resolución quirúrgica realizada, correlación con el diagnóstico endoscópico, complicaciones postoperatorias, reintervenciones y mortalidad hospitalaria. Los datos fueron recolectados en un protocolo tipo y analizados en planilla Excel. Se describe el promedio o mediana para los datos continuos según se especifique.

RESULTADOS

Durante el período que comprendió el estudio, fueron a cirugía de urgencia 39 pacientes debido a una HDA que no logró ser controlada mediante técnicas endoscópicas o bien no se contó con este recurso. La edad promedio fue de 62,2 años (31-91). Veintisiete pacientes (69,2%) fueron de sexo masculino y 12 (30,7%) de sexo femenino.

Sólo once (28,2%) no presentaban comorbilidad asociada y 13 (33,3%) presentaron morbilidad que le atribuía un factor de riesgo directamente relacionado con la HDA. En la tabla 1 se muestra la morbilidad asociada de los pacientes.

Treinta y siete (94,8%) de los pacientes tuvieron estudio endoscópico previo a la cirugía.

A dos pacientes (5,1%) no se les realizó EDA, y en 9 se realizó dos o más procedimientos. Mediante éste se planteó un probable diagnóstico etiológico en 32 pacientes. El hallazgo más frecuente de sangrado fue la úlcera péptica en 26 pacientes (66,6%); 15 (38,4%) con úlcera gástrica y 11 (28,2%) con úlcera duodenal. En 22 (59,4%) de ellos se intentó realizar hemostasia mediante inyectoterapia. Hubo 1 caso en que la HDA fue secundario a una polipectomía en el contexto de una EDA diagnóstica. En el gráfico N°1 se muestra los diagnósticos etiológicos planteados con la EDA y en quiénes se intentó realizar hemostasia endoscópica mediante inyectoterapia.

El tiempo que distó entre el diagnóstico y la resolución quirúrgica presentó una mediana de un día. La cirugía más frecuentemente realizada fue la sutura del vaso sangrante en 35 casos (89,4%), la cual se realizó en forma directa en 31 pacientes y en 4 se realizó resección del tejido sangrante seguido de sutura del defecto. Se efectuaron además tres gastrectomías subtotales y una gastrectomía total. Treinta y cinco pacientes (89,7%) requirieron de transfusiones de glóbulos rojos. En el gráfico N° 2 se muestra el tipo de cirugía realizado en relación al hallazgo intraoperatorio.

De los hallazgos quirúrgicos se corrobora que el diagnóstico más frecuente fue el de úlcera gástrica, seguido por el de úlcera duodenal. En 25 (78,1%) de los 32 pacientes en que se planteó un diagnóstico etiológico endoscópico existió correlación con los hallazgos quirúrgicos. Dentro de las úlceras gástricas la ubicación más frecuente fue la subcardial con 8 casos, sin embargo en siete la localización de la úlcera no fue consignada. En el gráfico N°3 se muestra los diagnósticos postoperatorios.

Tabla 1. Morbilidad asociada.

Morbilidad	Número	Porcentaje
Hipertensión arterial	8	20,5
Alcoholismo	5	12,8
Daño hepático por alcohol	4	10,2
Usuario de anticoagulante oral	3	7,6
Diabetes Mellitus tipo 2	3	7,6
Insuficiencia renal crónica	2	5,1
Insuficiencia cardíaca	2	5,1
Desnutrición y postración	2	5,1
Otros	10	25,6

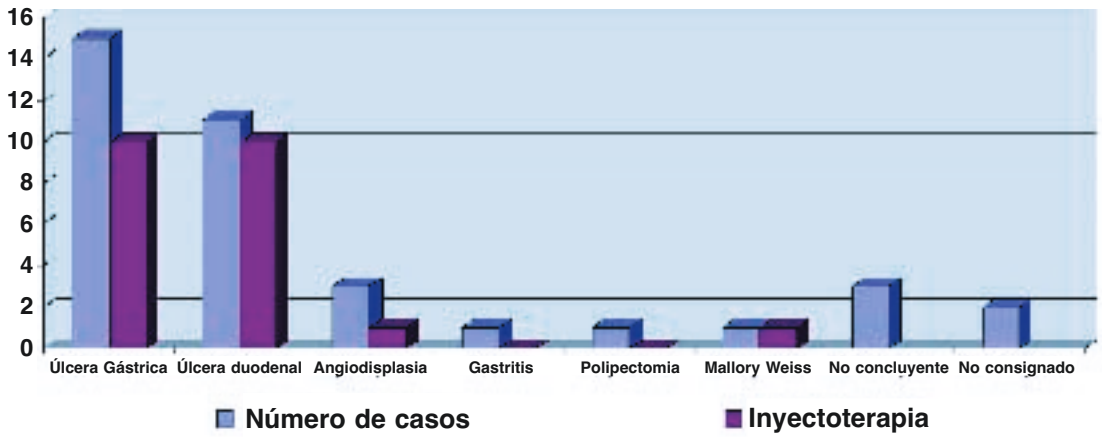


GRAFICO 1. Diagnóstico endoscópico e inyectoterapia.

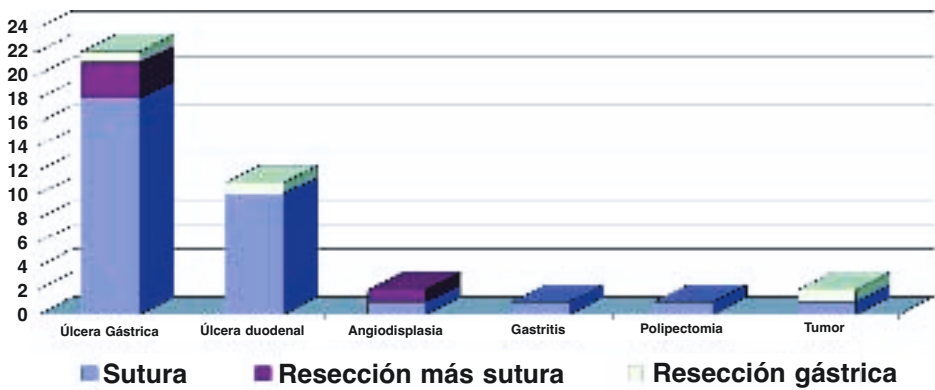


GRAFICO 2. Tipo de cirugía en relación al hallazgo intraoperatorio.

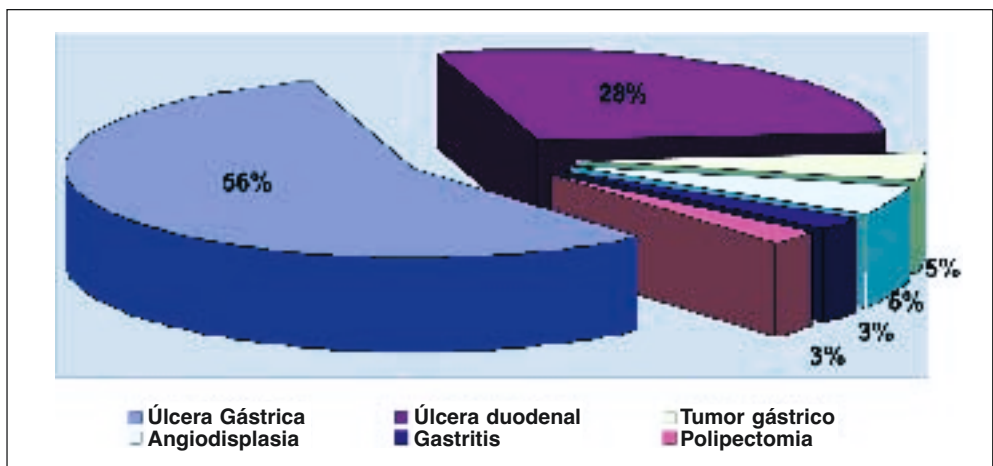


GRAFICO 3. Diagnósticos postoperatorios.

El tiempo de hospitalización presentó una mediana de 7 días (0 – 86). Durante el periodo de hospitalización 8 pacientes (20,5%) presentaron complicaciones postoperatorias, que no llevaron a la muerte de éste. Tres de ellos requirieron ser reintervenidos quirúrgicamente, dos debido a resangrado y uno a una fístula colónica. En la tabla N° 2 se muestra la morbilidad observada. Siete pacientes (17,9%) fallecieron en el postoperatorio. Seis de ellos fueron hombres y la edad promedio fue de 72,8 años. Todos presentaban comorbilidad e ingresaron a pabellón en muy malas condiciones generales. El tiempo promedio entre la cirugía y el momento de fallecimiento fue de 2,2 días; dos de ellos fallecieron en el postoperatorio inmediato. La causa mediata más frecuente fue secundario al shock hipovolémico. En la tabla N° 3 se muestra la morbilidad y causa de muerte de los pacientes que fallecieron durante la hospitalización. En total hubo cuatro pacientes que presentaron resangrado por lo que requirieron ser reintervenidos quirúrgicamente, dos de ellos fallecieron.

DISCUSIÓN

El manejo inicial de todo paciente con HDANV depende de su condición hemodinámica como también el momento en que se debe realizar el estudio endoscópico.

Entre un 70 y 80% de los pacientes cesan espontáneamente el sangrado luego de la reanimación inicial.⁸

En la actualidad casi la totalidad de los casos son manejados adecuadamente mediante el enfrentamiento endoscópico, más aun, si el centro asistencial cuenta con endoscopistas terapéuticos y recursos tecnológicos como coagulación mono o bipolar, clips endoscópicos, Cianocrilato y Argón-Plasma entre otros; la cirugía es prácticamente anecdótica.

Sin embargo existe consenso en la literatura en que frente a un paciente con HDANV que presente alguno de los criterios enumerados en la tabla 4 se ponga en conocimiento de la situación al cirujano para un eventual enfrentamiento quirúrgico.

Tabla 2. Morbilidad postoperatoria.

Morbilidad	Número	Reoperación
Resangrado	2	2
Fístula colónica	1	1
Infección herida operatoria	2	0
Evisceración	1	0
Infarto cerebral	1	0
Atelectasia pulmonar	1	0

Tabla 3. Morbilidad y causa de Mortalidad.

Causa HDA	Tratamiento quirúrgico	Días	Morbilidad Postoperatoria	Causa de muerte
Úlcera gástrica	Sutura	5	Resangrado + fístula duodenal	Sepsis
Úlcera duodenal	Sutura	8	Fístula duodenal	Sepsis
Gastritis erosiva	Sutura	1	Shock hipovolémico	Shock hipovolémico
Úlcera gástrica	Sutura	1	Resangrado	Shock hipovolémico
Úlcera gástrica	Sutura	0	Shock hipovolémico	Shock hipovolémico
Úlcera gástrica	Sutura	1	Shock hipovolémico	Shock hipovolémico
UG + perforación	Sutura	0	Shock hipovolémico	Shock hipovolémico

UG=Úlcera gástrica.

Tabla 4. Criterios de alerta quirúrgica

(1) Sangrado activo pulsátil
(2) Úlcera mayor de 2 cm de diámetro
(3) Shock
(4) Hemoglobina < 10 g/dl
(5) Localización de la úlcera curvatura menor o pared posterior bulbo duodenal

La cirugía ha experimentado cambios durante las últimas décadas haciéndose cada vez más conservadora. Esto fundamentalmente debido a la aparición de los bloqueadores de la bomba de protones que prácticamente hizo desaparecer la cirugía electiva de la enfermedad ulcerosa, principal causa de gastrectomías entre los años 70 y 80. De esta forma las nuevas generaciones de cirujanos han sufrido una marcada disminución en su experiencia en resecciones gástricas. Por otro lado, la aparición de estos fármacos ha permitido literalmente eliminar las distintas técnicas de vagotomías, al provocar un efecto de total bloqueo ácido sin la morbilidad de la cirugía.^{7,8}

Pero a pesar de lo anteriormente expuesto, la causa más frecuente de HDANV continúa siendo la úlcera péptica en más de la mitad de los casos⁷, lo que también es demostrado por nuestros resultados con un 66.6%. La ubicación subcardial dentro de las lesiones gástricas corrobora el cambio epidemiológico sufrido por la úlcera gástrica a través del tiempo, pero también puede atribuirse a que en esta localización el tratamiento endoscópico es de mayor dificultad y contándose en nuestro centro sólo con inyectoterapia como opción terapéutica, es probable que éste también tenga un mayor fracaso y por tal motivo aparece la ubicación subcardial como causa frecuente de cirugía.

Mención especial merecen los 2 casos que fueron directamente a cirugía sin estudio endoscópico previo, ya que no se contó con el recurso en ese momento. Esta situación no debería ocurrir en estos tiempos en que están absolutamente demostrados los beneficios del estudio endoscópico oportuno. Pero lamentablemente nuestra institución sólo tiene posibilidad de endoscopias en horario hábil, situación que debería revertirse, especialmente por la morbilidad quirúrgica que conllevaría tratar a un paciente con hemorragia digestiva alta de

origen no precisado que resultara ser de causa variceal. En este contexto muy probablemente se producirá un desenlace fatal en un enfermo que pudiera haber sido tratado con éxito mediante alguna técnica endoscópica.

La correlación entre el diagnóstico endoscópico y el quirúrgico es alta, lo que ratifica la importancia de la endoscopia previa que pese a no resultar terapéutica permite una cirugía expedita y acotada logrando así la recuperación de un enfermo habitualmente crítico y politransfundido.

Como ya se esbozó, la cirugía tiende a ser cada vez más conservadora, de tal modo que en nuestra serie sólo hubo 4 gastrectomías, todas realizadas cuando hubo un cirujano digestivo de turno. Mayoritariamente el acto quirúrgico realizado fue cohibir la zona sangrante con una sutura hemostática. Sin embargo, este tratamiento, al igual que el endoscópico, presenta recurrencias que en este caso alcanzaron el 10.2%.

A pesar de lo anterior, la morbilidad de la serie es elevada, lo que ratifica la importancia de lograr buenos resultados por medio del tratamiento endoscópico, sin olvidar la oportuna concurrencia del cirujano cuando no se logre el objetivo y no insistir en ser conservador frente a casos en que existe consenso en el tratamiento quirúrgico.^{7,8}

Si bien la mortalidad quirúrgica de esta experiencia es elevada (17%) está dentro de los rangos publicados en las escasas referencias existentes en la actualidad. En este punto es importante tener en consideración que la serie al igual que todas las revisadas es añosa, con una mediana de 63 años y con un 67% de enfermedades crónicas asociadas, lo que le confiere factores de mal pronóstico reconocidos al presentar un sangrado digestivo alto.^{7,8}

Como conclusión final podemos manifestar que el manejo ideal de un paciente con HDANV con compromiso hemodinámico significativo debería tener un enfrentamiento endoscópico oportuno luego de la resucitación inicial y poner en conocimiento del caso al equipo quirúrgico que corresponda ante la eventualidad de una cirugía de urgencia. Es deseable, si se opta por el enfrentamiento quirúrgico, que esta intervención sea realizada por un cirujano con la experiencia necesaria para practicar una eventual cirugía resectiva y así dar la mayor seguridad posible al paciente de no recurrir en su sangrado digestivo.

REFERENCIAS

1. Eisen GC, Dominitz J, Faigel D, Goldstein J, Kalloo A, Petersen B, *et al.* An annotated algorithmic approach to upper gastrointestinal bleeding. *Gastrointest Endosc* 2001;53:853–8.
2. Yavorski R, Wong R, Maydonovitch C, Battin L, Furnia A, Amundson D. Analysis of 3,294 cases of upper gastrointestinal bleeding in military medical facilities. *Am J Gastroenterol* 1995; 90:568–73.
3. Silverstein FE, Gilbert DA, Tedesco FJ, Buenger NK, Persing J. The national ASGE survey on upper gastrointestinal bleeding. II. Clinical prognostic factors. *Gastrointest Endosc* 1981; 27:80–93.
4. Schiller K F, Truelove S C, Williams D G. Haematemesis and melaena, with special reference to factors influencing the outcome. *BMJ* 1970; 2:7–14.
5. Allan R, Dykes P. A study of the factors influencing mortality rates from gastrointestinal haemorrhage. *Q J Med* 1976; 45:533–50.
6. Rockall TA, Logan RF, Devlin HB, Northfield TC. Risk assessment after acute upper gastrointestinal haemorrhage. *Gut* 1996; 38:316–21.
7. Christopher S. Huang, David R. Lichtenstein. Nonvariceal upper gastrointestinal bleeding. *Gastroenterol Clin N Am* 2003; 32: 1053–1078
8. Hamoui Nahid, Docherty Stephen D, Crookes Peter F. Gastrointestinal hemorrhage: is the surgeon obsolete? *Emergency Medicine Clinics of North America* 2003; 21 (4).