

Hospital General Docente Enrique Cabrera

SANGRAMIENTO DIGESTIVO ALTO EN EL ANCIANO. PRESENTACIÓN DE UN CASO

Upper Gastrointestinal Hemorrhage in the Elderly. An Interesting Patient Presentation

¹Dra. Olga León González, Dr. Pablo Gonzalo Pol Herrera², Dr. Pedro López Rodríguez³

¹Especialista Primer Grado en Cirugía General. Instructora. Calle 13 núm. 2014, Bejucal. Teléfono: 047-681555. eveol@infomed.sld.cu

²Especialista Segundo Grado en Cirugía General. Profesor Titular. Consultante. Ave. 39 núm. 9203. Marianao, Ciudad de La Habana. Teléfono: 260-45-15. ppol@infomed.sld.cu

³Especialista Segundo Grado en Cirugía General. Auxiliar. Continental núm.152. El Sevillano, 10 de Octubre. Teléfono: 6413062. lopezp@infomed.sld.cu

RESUMEN

La hemorragia digestiva alta es un síndrome frecuente que aparece como complicación de enfermedades, no sólo digestivas, sino también sistémicas. Aunque 85-90% de los episodios hemorrágicos se interrumpen de forma espontánea o gracias a medidas conservadoras, entre 10 y 25% de los pacientes requieren una intervención quirúrgica urgente. Actualmente, la mortalidad ha descendido hasta 4 ó 9% en pacientes menores de 60 años y, en los mayores de 60 años oscila entre 14 y 30%, teniendo gran valor la gastroduodenoscopia fibro-óptica como

exploración de rutina. No obstante, la creciente proporción de pacientes mayores de 60 años con este síndrome ha hecho que estas cifras permanezcan estacionarias. A continuación exponemos la Historia clínica de un paciente de la tercera edad que presentó una hemorragia digestiva alta, resultado de una fístula aorto-entérica secundaria, quien falleciera antes de ser intervenido de urgencia. Se exponen actualizados los aspectos más importantes de dicha entidad nosológica y su tratamiento.

Palabras clave: Hemorragia Gastrointestinal Alta. Gastroduodenoscopia. Fístula Aorto-entérica. Prótesis.

ABSTRACT

Upper digestive hemorrhage is a common syndrome that appears not only secondary to digestive diseases but also a systemic too. Although 85 to 90 % of those episode stop spontaneously or with medical treatment, mortality rate, nowadays has been decreased to 4 or 9 % in patients below sixty years old and in patients over 60 years old, mortality rate, are between 14 to 30%. Fiberoptic endoscopy has become the optimal diagnostic procedure. Nevertheless the increase of life rate had become a cause that these mortality rate state stationary. The objective of this report is to presents the history of a geriatric patient with an upper digestive bleeding due to a secondary aortoenteric fistula, who died before an attempt to surgical stop the bleeding and to review this subject.

Key words: Upper Digestive Hemorrhage. Gastroduodenoscopy. Aortoenteric fistula. Protesis.

INTRODUCCIÓN

Es bien conocido que los episodios de hemorragia digestiva alta (HDA) cesan espontáneamente o con medidas conservadoras entre 85 y 90%.¹ Entre 10 y 25 % de los pacientes requieren una intervención quirúrgica urgente.

Actualmente la mortalidad ha descendido hasta 4 y 9 % en pacientes menores de 60 años, permaneciendo elevada en los mayores de 60 años, la cual oscila entre 14 y 30 %.^{2,3} Esto último relacionado con un aumento en las expectativas de vida en la población general, que ha hecho que estas cifras permanezcan estacionarias.^{4,5} También ha influido en estas cifras el empleo de la gastroduodenoscopia fibro-óptica como exploración de rutina.⁶ Dentro del grupo considerado como causas excepcionales, que representan 5% del total, se encuentran las fístulas aorto-entéricas,¹ las cuales se clasifican en primarias y secundarias.^{7,8} A continuación exponemos el manejo y los resultados del tratamiento de un paciente con el diagnóstico de fístula aorto-entérica secundaria tratado en nuestro Servicio.

MATERIAL Y MÉTODO

El principal método de estudio diagnóstico para la realización de este trabajo ha sido la utilización de la necropsia médico-clínica como uno de los principales métodos investigativos dentro de la Anatomía Patológica. Se procedió a una minuciosa disección de todas las vísceras del cadáver (objeto principal de estudio), haciendo énfasis en la revisión detallada de las áreas quirúrgicas anteriores.

Presentación del paciente

Se trata de un paciente masculino, blanco, de 64 años de edad, quien tuvo un primer ingreso el 24 de diciembre del 2007 con el diagnóstico de expulsión de sangre digerida por el ano (melena). Como antecedentes patológicos personales, se encuentra la hipertensión arterial, *Diabetes mellitus* y cardiopatía isquémica. Había sido operado de un aneurisma de la aorta abdominal hacía 7 años. Se realiza una gastroduodenoscopia urgente, cuyo diagnóstico fue de gastritis crónica eritematosa antral. Con tratamiento conservador adecuado, el paciente evoluciona satisfactoriamente y es dado de alta.

Reingresa el 30 de diciembre del mismo año por hematemesis y melena, con frecuencia cardíaca de 120 latidos por minutos, tensión arterial 90/60 y hematocrito 21.

Se adoptan medidas de monitorización urgentes, reponiendo volumen, llegando a la estabilidad hemodinámica, lo cual permite realizar una Gastroduo-denoscopia urgente, con el diagnóstico presuntivo de fístula aorto-entérica. En el transcurso de la misma, presenta una hematemesis incontrolable y cae súbitamente en paro cardiorrespiratorio y, a pesar de las medidas de re-peración cardiopulmonar, fallece.

En la necropsia se informa: Causa directa de muerte, sangramiento masivo por fístula aorto-entérica, *shock* hipovolémico. (Figuras 1, 2 y 3).

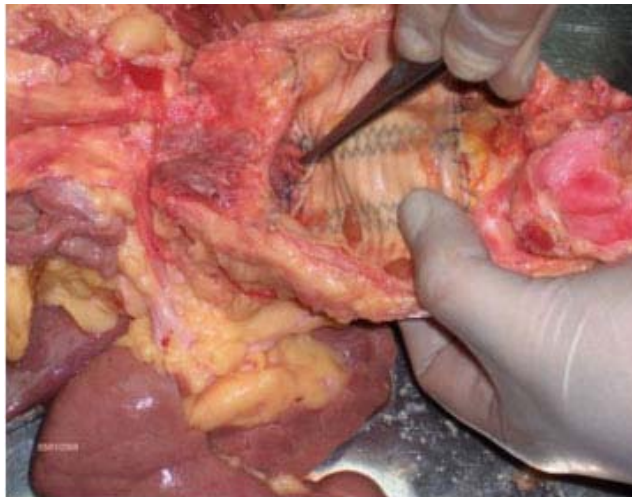


Figura 1. Vista de la prótesis suturada al duodeno y la zona de dehiscencia.



Figura 2. Observamos orificio fistuloso entre la prótesis y la pared duodenal.



Figura 3. Podemos apreciar un gran coágulo dentro del estómago.

DISCUSIÓN

Como habíamos expresado anteriormente las fístulas aorto-entéricas se clasifican en primarias y secundarias.^{7,8} Las primarias son consecuencias de enfermedades aórticas como aneurismas en 90% de los casos, o procesos patológicos de vecindad que incluyen el tubo digestivo. El segmento involucrado con mayor frecuencia en el aparato digestivo es el duodeno (80 % de los casos), especialmente la tercera porción (51 %), debido a la posición fija del duodeno en el retroperitoneo. La tríada clínica característica de esta enfermedad es la unión de hemorragia gastrointestinal alta, dolor abdominal y masa abdominal pulsátil, pero su aparición alcanza sólo 11 % de los casos.⁹ Las fístulas aorto-entéricas secundarias surgen como complicación de la cirugía de reconstrucción aorto-ílica, en las cuales encontramos factores predisponentes, tales como la colocación de prótesis vasculares, en su gran mayoría 9; aunque muy raramente pueden deberse a cuerpos extraños, como agujas, espinas de pescados, traumas, etcétera. Las fístulas secundarias pueden

surgir por comunicación directa con la línea de sutura que une el injerto con el huésped o entre un falso aneurisma originado en esta localización.

CONCLUSIONES

Aunque las fístulas aorto-entéricas secundarias son causas frecuentes de HDA, hay que tenerlas en consideración en los pacientes con antecedentes quirúrgicos vasculares periféricos protésicos, ya que al inicio pueden presentar una HDA moderada, para posteriormente, en horas o días, ir seguidas de una hemorragia masiva e incontrolable. Además del examen físico, la TC es la prueba más rentable con un diagnóstico de 60%. Hay que tener en consideración que la única posibilidad de salvación es el tratamiento quirúrgico urgente.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Sánchez Bueno, F y cols. Hemorragias digestivas en el anciano. *Cir Esp* 57(II):162-168;1995.
2. Bastos Valencia, M. y cols. Factores de riesgos que incrementan la morbimortalidad en pacientes con hemorragia digestiva alta en el Hospital Nacional Arzobispo Loayza 1980-2003 (artículo en línea) *Rev Gastroenterol. Perú.* 25: 259-267;2005.
3. Koelz H R. New epidemiology of acute gastrointestinal hemorrhage. *Chirurg.* 77:103-10; 2003.
4. Palomino Besada, AB y cols. Escleroterapia endoscópica en el sangramiento digestivo alto de origen no varicoso. *Rev Cubana Med Milit.* 36:1-7;2007.
5. Velázquez Chamochumbi, H. Hemorragia digestiva por várices esófago-gástricas. (Artículo en línea). *Acta Med. Peruana.* 223 (3):156-151;2006.
6. Argañim, E. y cols. Fístulas aorto-entéricas primarias. Buenos Aires: Medicina. (60):951-962;2000.
7. Acosta, A. y cols. Fístula aorto-entérica como causa de hemorragia digestiva en tres pacientes adultos. *Notas Clínicas.* 3(0,3):120-122;2005.
8. San Norberto, E.M. y cols. Fístula orto-duodenal primaria. Descripción de un caso y revisión de la bibliografía. *Angiología.* 59(6):445-449;2007.
9. Zaers SJ, Sheltinga MR. Primary aortoentric fistula. *Br J Surg.* 92:143-52;2005.