

Conclusiones

Dr. GUAYMIRAN RIOS *

Al finalizar las exposiciones de los distintos ponentes, y luego de oídas las discusiones que han suscitado, es probable que aún queden múltiples dudas sobre el tema. No era nuestra intención agotarlo en el corto espacio de tiempo que dispusimos; solamente deseamos dar una idea conceptual del mismo, aclarar algunos puntos fundamentales y tratar de dar normas prácticas en el manejo de estos pacientes, cada día más frecuentes.

Es por eso que por sobre todos los elementos, se manejó EXPERIENCIA, porque creemos que ello es lo fundamental en este tipo de reunión; esto es lo que desea saber el médico que viene a estos Congresos, desde los diferentes puntos del país, y de esa experiencia hemos sacado conceptos y pautas terapéuticas de interés. Nos preocupó fundamentalmente que de esta Mesa saliera el concepto del manejo en Equipo de estos pacientes, como tratamiento definitivo, pero que también se tuviese en cuenta las PRIORIDADES DIAGNOSTICAS Y TERAPEUTICAS que tendrán que ser puestas en práctica por todo médico, en cualquier lugar de la República, porque como se ha expuesto con anterioridad, de nada vale un equipo y un hospital perfectamente organizado, si se le ofrece un enfermo irrecuperable por fallas en los cuidados PRIMARIOS y ESENCIALES.

Hemos visto rápidamente la importancia anatómofisiológica del cuello, especialmente en lo que atañe a la irrigación encefálica y la vía aérea, así como su lugar de verdadera encrucijada de pasaje cervicocraneofacial, y cervicotoracobraquial, con todos los problemas diagnósticos y terapéuticos que ello trae aparejado.

La estadística ha demostrado algunos elementos de real interés, por ejemplo el aumento acelerado en estos últimos años, de este tipo de pacientes, motivado por un aumento paralelo de la violencia en todas sus formas; la importancia en el número de los heridos de arma de fuego con proyectiles de alta velocidad y gran fuerza viva, causantes de múltiples y complejas lesiones.

Desde el punto de vista diagnóstico, la posibilidad de que, heridas aparentemente alejadas, comprometan las vísceras del cuello y puedan matar si se desconocen.

La frecuencia de asociaciones lesionales de todo tipo, otro elemento que indica la necesidad de un EQUIPO quirúrgico completo para el tratamiento de estos pacientes.

La posibilidad de lesiones iatrogénicas que puedan comprometer a todas las estructuras del cuello, y cuyo peligro fundamental es que pasen desapercibidas; pues como se ha dicho, diagnosticadas y tratadas correctamente de entrada, pueden ser consideradas lesiones de relativa benignidad y en general buen pronóstico; en cambio, su desconocimiento, lo agrava en forma evidente.

Desde el punto de vista terapéutico se ha insistido sobre los gestos primarios y fundamentales de los cuales en muchos casos depende la vida o la muerte. Gestos fundamentales que van desde un correcto transporte, la necesidad de asegurar la vía de aire y el flujo carotídeo con una correcta hemostasis, a la vez que prevenir las lesiones raquimedulares iatrogénicas de gran gravedad.

Desde el punto de vista terapéutico, el concepto de que no se debe ser ortodoxo con este tipo de pacientes, de que no pueden haber conductas intervencionistas y no intervencionistas, sino que la intervención será el fruto de un completo análisis del caso; y es así que en nuestra serie tenemos un 22 % de tratamientos médicos, cifra que en algunos autores llega casi al 80 % con muy buena evolución.

La necesidad de integrar equipos por distintos especialistas, dada la complejidad lesional o estructural de estos pacientes.

Los amplios abordajes para el dominio completo de los distintos elementos, sacando obstáculos que fisiológicamente cumplen una importante tarea de protección, pero que desde el punto de vista quirúrgico, ofrecen escollos de gran entidad para el acto, como pueden ser el esternón y la clavícula.

Por último, lo que más nos enseñan estas estadísticas incompletas, difíciles de comparar desde el punto de vista matemático, pero insustituibles desde el punto de vista práctico médico, son las CAUSAS de MUERTE. Como enseñaba nuestro Maestro, el Prof. Pedro Larghero, cuyo sentir y enseñar dirige esta Mesa, pues todos los que la integran fueron directa o indirectamente discípulos suyos, para CONOCER UNA AFECCION ES FUNDAMENTAL CONOCER DE QUE SE MUEREN LOS PACIENTES QUE LA SUFREN, y es así que el análisis de nuestra serie muestra algunos hechos de importancia que pueden ser resumidos en los siguientes términos:

Los heridos de cuello mueren por las siguientes causas fundamentales:

- 1) La anemia aguda y sus consecuencias o repercusión sobre distintos parénquimas en especial el encéfalo.
- 2) La asfixia mecánica.
- 3) Las lesiones neurológicas.
- 4) Las asociaciones lesionales parenquimatosas múltiples.

Estos cuadros son los que debemos evitar o tratar correctamente en nuestros pacientes si queremos mejorar esta estadística, y para ello debemos tener en cuenta elementos diagnósticos y prioridades terapéuticas, así como un completo tratamiento definitivo del herido a manos de un Equipo.

Al terminar esta Mesa, solo me resta volver a agradecer a los organizadores su deferencia, al haberme designado para el alto cargo de Coordinador, y a los colegas su amabilidad por la atención con que han seguido las distintas ponencias, así como su participación en las preguntas.

Muchas gracias.

* Profesor Adjunto Interino del Dpto. de Emergencia del Hospital de Clínicas. Facultad de Medicina de Montevideo.

24º CONGRESO URUGUAYO DE CIRUGIA

IESA REDONDA

Hemorragias digestivas

COORDINADOR:

Dr. CANDIDO MUÑOZ MONTEAVARO

Introducción.

Dr. Cándido Muñoz Monteavaro.

La radiología en el estudio de las hemorragias digestivas.

Dr. Jorge Boschi.

Endoscopia de urgencia en las hemorragias digestivas.

Dra. Judith Ferraz Ramos.

La hemorragia digestiva en el cirrótico.

Dres. Cándido Muñoz Monteavaro y Carlos Mescia.

Hemorragias digestivas yatrogénicas.

Dres. Jorge Negrotto y Rosa Niski de Rydel.

Tratamiento médico de las hemorragias digestivas

Dr. Pedro Kaufmann.

Hemorragias digestivas. Tratamiento quirúrgico.

Dr. Luis A. Praderi.

Introducción

Dr. C. MUÑOZ MONTEAVARO *

Los enormes adelantos realizados en los últimos años en los procedimientos diagnósticos y terapéuticos en las hemorragias digestivas han traído como consecuencia la modificación radical de conceptos hasta hace poco clásicos, como por ejemplo en lo que se refiere a su etiología. Reflejando lo universalmente aceptado hasta ese momento, Larghero en un muy buen trabajo de los años 50, afirmaba en su estadística que de cada 10 hemorragias digestivas altas, 7 eran por úlcera gastroduodenal, 1 por várices esofágicas, 1 por otra causa (gastritis, neo, etc.) y 1 de causa desconocida. Sin embargo ya Palmer en 1948 inició el estudio endoscópico esofagogástrico intrahemorrágico, después de disminuir o detener el sangramiento con lavados de agua helada, lo que permite ver directamente la lesión sangrante; en esta forma demostró que la proporción de úlceras responsables de las hemorragias es mucho menor de lo que se aceptaba, siendo en cambio mucho mayor la frecuencia de gastritis erosivas hemorrágicas. Las observaciones de Palmer fueron confirmadas por Desneaux, etc..

La construcción de los fibroendoscopios modernos que hacen más fácil y tolerable el examen endoscópico intrahemorrágico han popularizado este método de examen, apareciendo diariamente trabajos que demuestran la gran frecuencia de hemorragias por lesiones gastríticas erosivas agudas, y que inclusive muchas veces lo que sangra no es una úlcera o una várice existente, sino una lesión ulcerativa aguda concomitante, o afecciones hasta hace poco desconocidas como el síndrome de Mallory y Weiss. Destaquemos la enorme importancia de las derivaciones terapéuticas de estos hechos.

Otro procedimiento exploratorio nuevo de an gravitación diagnóstica, aparte de la radiología gastroduodenal intrahemorrágica, ya de por sí muy importante y realizado por nosotros desde hace 20 años, es la arteriografía esofágica intrahemorrágica y la esplenografía, ya sea de retorno en la misma arteriografía realizada aparte.

El perfeccionamiento en los métodos de estudio del cirrótico con hemorragia alta y en el tratamiento médico con Octopresina y el Balón de Sensgtaken-Blackemore o similares. El empleo de criterios sistematizados de selección de los enfermos para ser sometidos a Shunt derivativos para descomprimir la hipertensión portal, el perfeccionamiento de las técnicas quirúrgicas y en la preparación y en los cuidados postoperatorios, han modificado totalmente el encare de estos enfermos.

Los adelantos en el tratamiento médico y los medios de reanimación.

El amplio empleo de las distintas técnicas de vaguectomía como operación de urgencia en los sangramientos altos.

En fin, el conocimiento de la impresionante frecuencia actual de las hemorragias de causa medicamentosa, con sus consecuencias terapéuticas y hasta sociales.

Una derivación lógica que surge de esta relación de hechos, es que actualmente una hemorragia digestiva debe ser asistida integralmente por un equipo formado por gastroenterólogo, endoscopista (que es lógico que sea el mismo gastroenterólogo), radiólogo y cirujano.

Es necesaria la existencia, como ya hay en muchos lugares de "Departamentos Especiales de Hemorragias Digestivas" donde sean recibidos estos enfermos a toda hora, día y noche, y donde se puedan aplicar estos procedimientos diagnósticos, de los que derivará la terapéutica correcta.

Teniendo en cuenta estos conceptos es que ha sido organizada esta Mesa Redonda. Se basa en la experiencia de 16 años de la Cátedra de Clínica de Nutrición y Digestivo a mi cargo; 600 hemorragias digestivas presentadas con los Dres. Niski y Mescia al Congreso Panamericano de Gastroenterología de Buenos Aires.

Así comenzaremos por el estudio endoscópico del cual se ocupara la Dra. Ferraz, Presidenta de la Sociedad de Gastroenterología del Uruguay, ex-Médica Adjunta, y con gran experiencia en endoscopia gástrica y que ha estado en Japón en uso de una Beca para estudio del cáncer gástrico.

* Profesor Clínica Nutrición y Digestivo. Fac. Med. Montevideo.

La radiología en el estudio de las hemorragias digestivas

Dr. JORGE BOSCHI *

El enfermo que sangra de su tracto digestivo plantea problemas diagnósticos de urgencia.

Es bien conocido que las hemorragias masivas que llevan a la reducción rápida del volumen circulante, deben ser urgentemente tratadas y cohibidas a los efectos de prevenir el shock hipovolémico que se establece con disminuciones del 20 al 40 % del volumen sanguíneo (15).

Para ello, el determinar el sitio preciso del sangrado es fundamental, ya que con ello se le abre al cirujano el camino para la solución inmediata del problema.

Los métodos diagnósticos juegan entonces su rol fundamental, al establecer el tipo de lesión, su localización, número, etc.

Y dentro de esos métodos de diagnóstico, la RADIOLOGIA está en condiciones en el momento actual, por el avance tecnológico y la diversidad de métodos de registro, de ocupar un primer plano en la dilucidación del problema que implica la urgencia de una Hemorragia Digestiva (H.D.) masiva.

Es fundamental en la conducción del examen, el contar con datos clínicos fehacientes, que junto a la anamnesis y examen clínico que realiza el médico radiólogo, permitan sospechar el sector del tracto digestivo que sangra.

A partir de ello, queda reservado al arte médico del radiólogo, la orientación correcta del tipo de estudio que ha de seleccionar en cada caso.

METODOS DE EXPLORACION Y POSIBILIDADES TECNICAS ACTUALES EN EL DIAGNOSTICO RADIOLOGICO DE UNA HEMORRAGIA DIGESTIVA

La técnica de la exploración del tubo digestivo, se caracteriza por una extensa utilización de la radioscopia y la fijación de los hallazgos mediante radiografías realizadas en el momento preciso.

Los adelantos técnicos actuales llevan a que, a nivel mundial, la radioscopia convencional, con pantalla corriente, sea cada vez más dejada de lado (4).

En su lugar se utiliza un dispositivo óptico-electrónico para la transformación de imágenes, denominado INTENSIFICADOR DE IMAGEN.

A este dispositivo se acopla una cadena con CIRCUITO CERRADO DE TELEVISION, que reproduce las imágenes captadas en el intensificador y permite su observación en monitores a distancia y en distintos ambientes a la vez, alejados de la sala de estudios.

En los últimos años, se va generalizando el uso de Roentgen Televisión con equipos comandados a distancia por el operador (TELECOMANDOS).

En el Departamento de Radiodiagnóstico del Hosp. de Clínicas existen aparatos de este tipo.

No hay duda de que los beneficios que presentan con respecto a la FLUOROGRAFIA convencional son enormes.

—Mayor luminosidad y nitidez de la imagen, lo que permite al radiólogo experimentado realizar diagnósticos fluoroscópicos de lesiones que a veces no se reproducen en las radiografías.

—Menor dosis de irradiación para paciente y ejecutante, variable entre un 30 a 40 % menos en relación con el estudio convencional.

—Permite un mayor tiempo de exploración dinámica, sin aumentar la dosis de radiación recibida.

—No necesita adaptación a la oscuridad, ya que el estudio se hace con la luz del ambiente, con todas las ventajas que esto representa.

Adjunto a esto, se utiliza la FOTOFUOROGRAFIA en formatos de 70 y 100 mm., método por el que, mediante una cámara fotográfica adjunta al propio aparato, se toman las imágenes radioscópias.

Estas pueden ser tomadas unitariamente o en series de hasta 6 exposiciones por segundo. Se proyectan luego en formatos del tamaño de una placa de 35 x 35 cm. mediante un visor, lo que permite un análisis detallado de la imagen lograda.

A estos procedimientos, deben agregarse la MAGNETOSCOPIA, grabado en cintas magnéticas mediante Video-Tape, y la ROENTGENCINEMATOGRAFIA, que permiten la representación de la imagen dinámica, las veces que se desee y facilita el diagnóstico retrospectivo.

En estudios angiográficos se utilizan SERIADORES AUTOMATICOS, con series de hasta 6 placas por segundo y cuyo funcionamiento se programa independientemente para cada caso.

Contando con estas posibilidades, el estudio de la H.D. se realiza en agudo intrahemorrágico.

Distinta será la posición exploratoria frente a una hemorragia de origen presumiblemente ALTO (esófago-gastroduodenal) que ante un sangrado de origen BAJO (intestinal o colónico).

Variará también la conducción, secuencia de realización y tipo de examen, si la hemorragia es el sintoma DEBUT de una afección digestiva; o si se presenta en un paciente conocido y cuya lesión fue anteriormente diagnosticada.

* Adjunto Clín. Radiodiagnóstico. Fac. Med. Montevideo.

TECNICA GENERAL DE EXPLORACION

Frente a las diversas eventualidades que se plantean, distinguiremos a los efectos de la exploración radiológica:

- 1) Pacientes SIN HISTORIA DIGESTIVA PREVIA, que DEBUTAN con una H.D. MASIVA.
- 2) Pacientes con AFECCION CONOCIDA Y DIAGNOSTICADA que sangran.
- 3) Pacientes con H.D. reiteradas, con historia confusa y múltiples exámenes baritados negativos.

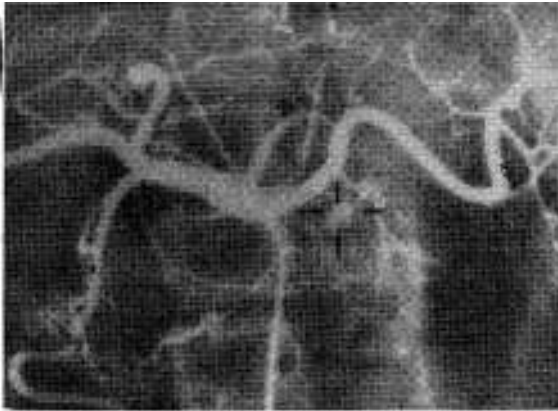


FIG. 1.— Fase arterial de una Celiacografía. Se observa la extravasación proveniente del sangrado de una rama de la arteria coronaria estomáquica debido a una úlcera de cuerpo gástrico, confirmada quirúrgicamente. (De Baum & coll.) (1).

El PRIMER GRUPO corresponde a los pacientes que sin historia digestiva previa, presentan un sangrado masivo.

Plantean el problema de la emergencia diagnóstica en lo que se refiere a localizar el sitio del sangrado y el tipo de lesión que sangra. El estudio radiológico que se impone de entrada y en agudo es la ANGIOGRAFIA SELECTIVA.

Las razones de esta afirmación se basan en que, mediante este examen se detectan sangrados de menos de 0.5 ml. por minuto, que se traducen por la extravasación del medio de contraste a la luz o a la pared del órgano, indicando el sitio preciso de la lesión (2, 7).

Es un examen de técnica sencilla, que puede ser realizado sin dificultad por un equipo médico entrenado, en un medio hospitalario dotado de conveniente material radiológico y con expectativa quirúrgica alerta. La duración total del estudio no sobrepasa los 60 minutos y debe ser efectuado durante el sangrado, ni bien el paciente se recupere del shock.

TIPO DE ESTUDIO ANGIOGRAFICO A REALIZAR

Dependerá del sector del tubo digestivo que se sospeche como responsable del sangrado.

En casos de HEMATEMESIS MASIVA, se comienza por un cateterismo selectivo del

TRONCO CELIACO, por ser sus ramas las responsables de la irrigación de la mayor parte de los órganos digestivos altos.

Con ello se diagnostican el tipo y localización de la lesión.

En el sector GASTRODUODENAL predominan como responsables del sangrado las *úlceras de diversa etiología* (Fig. 1); *gastritis*, que han pasado desapercibidas en los estudios baritados; *malformaciones vasculares*, etc.

En cuanto al sector ESOFAGICO, la angiografía selectiva del Tronco Celiaco, es un procedimiento que puede ser de gran utilidad en el diagnóstico de la patología que produce la hemorragia (Fig. 2).

Su indicación tendrá que evaluarse junto con la ESPLENOPTORGRAFIA.

Las VARICES ESOFAGICAS, por hipertensión portal son la causa más frecuente del sangrado esofágico. En la base de su diagnóstico están los exámenes baritados y la Esplenoptografía.

La angiografía selectiva del Tronco Celiaco, llega al diagnóstico por exclusión, al descartar en los tiempos precoces, la extravasación del contraste, índice de la hemorragia arterial. Visualiza las várices en el tiempo venoso de la secuencia seriada.

Otra causa de hemorragia en este sector lo constituye la ruptura espontánea del esófago (Síndrome de MALLORY WEISS). La angiografía pone de manifiesto la extravasación en tiempos arteriales, localizando el sitio exacto de la lesión (1).

Si la celiacografía resultara negativa, se procede a realizar el cateterismo selectivo de la arteria MESENTERICA SUPERIOR, que irriga duodeno y el resto del intestino delgado.

Se cubre así la posibilidad de descubrir la lesión responsable de toda hemorragia digestiva alta.

Si se trata de SANGRADOS BAJOS o de MELENAS de origen incierto, el estudio se dirigirá inicialmente a la opacificación selec-

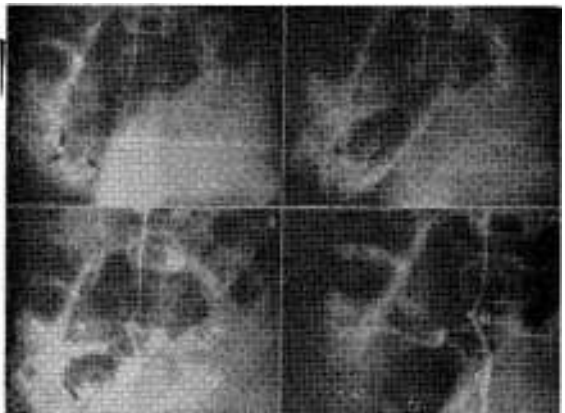


FIG. 2.— Secuencia de Celiacografía. Sangrado arterial con extravasación de contraste en sector gástrico alto que se incrementa en tiempos posteriores. Se trata de una ruptura espontánea de esófago en un hombre de 45 años que luego de un vómito comienza con hemorragias masivas. (De Baum & coll.) (1)

tiva de ambas arterias MESENERICAS, SUPERIOR E INFERIOR. Se procederá con cateterismos aislados o biselectivos en un mismo tiempo.

Se ponen de manifiesto en este sector, fundamentalmente los DIVERTICULOS que sangran (6).

TECNICA ANGIOGRAFICA

Se realiza por el Método de SELDINGER, mediante punción percutánea de las arterias femorales. Se utilizan catéteres tipo Odman, radioopacos de diversa forma y calibre.

Se inyectan medios de contraste yodados hidrosolubles manual o mecánicamente mediante bombas neumáticas.

Se toman series rápidas de radiografías, mediante aparatos cambiadores automáticos con programación preestablecida, que cubran todos los tiempos circulatorios: arterial, arteriolar y venoso.

FRACASOS DEL ESTUDIO ANGIOGRAFICO

Se pueden deber a múltiples causas; entre las que se presentan más comúnmente enunciamos:

—Lesiones que no sangran en el momento del examen.

—Variaciones anatómicas en el nacimiento de las ramas de Tronco Celiaco que no permiten la opacificación del vaso que sangra.

—Imposibilidad de cateterizar selectivamente la arteria deseada por alteraciones ateromatosas de ilíacas o aorta, que impide la progresión del catéter.

—Agravación del paciente (2).

Realizado el estudio angiográfico, si el estado del paciente lo permite, debe completarse con exámenes baritados de esófago-gastroduodeno.

El SEGUNDO GRUPO, lo constituyen pacientes con H.D. de mediana intensidad, que tienen historia de sufrimiento previo y cuya lesión fue diagnosticada.

En ellos la causa del sangrado es conocida y no justifica el examen angiográfico de entrada.

En estos casos se realiza un estudio baritado intrahemorrágico.

Como todo estudio de urgencia, deberá ser realizado en un AMBIENTE QUIRURGICO, por RADIOLOGO EXPERIMENTADO, conciente de que mediante la utilización de TÉCNICAS CORRECTAS de estudio y la realización de un EXAMEN COMPLETO, deberá llegar al diagnóstico lesional en el mínimo de tiempo y con el menor trastorno para el paciente.

El diagnóstico correcto de la lesión en el estudio intrahemorrágico varía entre un 70 y 80 % (2).

Los resultados de una experiencia realizada por el Prof. Leandro Zubiaurre, sobre 38 observaciones de hemorragias gastroduodenales agudas, arroja un 74 % de diagnóstico correcto (28 casos), un 7.8 % de diagnóstico dudoso (3 casos) y el restante 18 % de diagnóstico incompleto y negativo (7 casos).

Las lesiones con diagnóstico comprobado por el estudio intrahemorrágico varían en su etiología y localización.

La frecuencia más alta es para las ULCERAS (59.5 %), CANCER GASTRICO Y HERNIAS DEL HIATO (10.5 %). Luego se ven GASTRITIS Y VARICES ESOFAGICAS (5 %) y con frecuencias menores ciertos TUMORES.

En lo referente a vrices esofágicas, en el momento actual, ese porcentaje no puede ser tomado como referencia.

Se ha visto que es importante la variación de los datos obtenidos cuando el estudio esofágico se realiza por exámenes convencionales y cuando se utilizan los métodos de registro modernos.

La magnetoscopia (Video-Tape) evidencia imágenes fugaces y solo apreciables en el estudio dinámico y que por lo tanto no son detectables por el estudio convencional.

El examen baritado intrahemorrágico, en los enfermos cuya lesión causante de la hemorragia, es conocida, diagnostica correctamente un alto porcentaje de casos.

Pero resta un 20 a 30 % donde falla en ese intento.

En estos casos la angiografía es de utilidad.

Se realiza en forma diferida, dando tiempo a la eliminación del medio baritado, y a una buena recuperación del paciente.

La metódica angiográfica y el tipo de exámenes son similares a los vistos para el grupo anterior.

El TERCER GRUPO lo integran enfermos CRONICOS, con historia de sufrimiento confuso, con sangrados mínimos pero reiterados, y que los exámenes baritados son negativos para el diagnóstico de su lesión. No constituyen, por la entidad del sangrado, emergencias diagnósticas. Por ello se comienza su estudio con exámenes baritados, del sector que presumiblemente sangra.

Si se reitera la negatividad de estos, se complementa con estudios angiográficos.

La angiografía pone en evidencia, con mayor frecuencia de lo esperado, malformaciones arteriovenosas, tumores, telangiectasias, aneurismas, infartos intestinales, etc. (2).

Rosch (3) ha ideado el método de inyectar vasodilatadores a través del catéter, en los casos en que el paciente no esté sangrando, a los efectos de determinar un nuevo empuje que permita visualizar la extravasación del contraste y así localizar el sitio del sangrado y la lesión.

NUESTRA EXPERIENCIA

El Departamento de Radiodiagnóstico del Hospital de Clínicas, dotado con aparatos y materiales adecuados para la realización de este tipo de estudios, ha integrado y puesto en marcha un equipo permanente de médicos a los efectos de cubrir la emergencia diagnóstica en la H.D. agudas.

Dado el escaso número de observaciones, no podemos presentar resultados de la experiencia en esta oportunidad.

Pero tenemos la convicción de que en el estudio de las Hemorragias Digestivas Masivas, sin causa conocida, el éxito diagnóstico depende en gran parte de la interrelación: CIRUJANO-RADIOLOGO.

El adecuado manejo del paciente, será resultado de una íntima colaboración que permita evaluar la indicación de los estudios a realizar, dejando la elección de la técnica adecuada a criterio del médico radiólogo.

CONCLUSIONES

La radiología moderna, con sus métodos de registro y posibilidad de técnicas diferentes para cada caso, cumple un rol muy importante en el diagnóstico de las hemorragias digestivas.

Hemos reseñado las más frecuentes eventualidades que se pueden presentar en la práctica diaria.

De ello se concluye que, los exámenes bariados y angiográficos utilizados en forma COMPLEMENTARIA y no exclusiva, de acuerdo a cada caso en particular, siguiendo las indicaciones que surjan de una *evaluación conjunta* entre cirujano y radiólogo, permiten la localización exacta del sitio del sangrado y el diagnóstico de la lesión causal.

Esto abre un panorama distinto a la cirugía, ya que de antemano permite la elección del tipo de intervención que se ha de realizar y trazar la ruta operatoria que lleve directamente a la solución del problema.

RÉSUMÉ

La radiologie moderne, grâce à ses méthodes d'enregistrement et du fait qu'elle permet d'utiliser des techniques différentes dans chaque cas, joue un rôle très important dans le diagnostic des hémorragies digestives.

L'auteur énumère les cas les plus fréquents pouvant se présenter dans la pratique quotidienne.

Il arrive à la conclusion que les examens à la baryte et les angiographies loin de s'exclure l'un l'autre, sont COMPLEMENTAIRES, si l'on tient compte de chaque cas particulier et en suivant les indications qui se déga-

gent d'une appréciation commune du chirurgien et du radiologue, et permettent la localisation exacte du saignement et le diagnostic de la lésion causale.

Ce sont de nouvelles perspectives qui s'offrent à la chirurgie puisque le type d'intervention qu'il faut pratiquer peut être déterminé d'avance et la voie opératoire qui mène directement à la solution du problème est tracée.

SUMMARY

In diagnosis of digestive hemorrhages, modern radiology, with its methods for recording and possibility of different techniques applicable to each case, plays an important role. The paper contains an account of the situations that may arise in everyday work. From this it is possible to conclude that barium and angiographic tests, a COMPLEMENTARY and not an exclusive procedure, when adapted to each particular case, according to the joint indication of surgeon and radiologist, make it possible to determine exact location of bleeding and nature of lesion causing it.

This makes all the difference with respect to surgery since; type of operation and surgical solution to the problem can be predetermined.

BIBLIOGRAFIA

1. BAUM, S. and STEIN, G. & COL. Selective arteriography in the diagnosis of hemorrhage in the gastrointestinal tract. *Radiol Clinics North Am.* VII-1: 131, 1969.
2. REUTER and BOOKSTEIN. Angiographic localization of gastrointestinal bleeding. *Gastroenterology*, 54: 876, 1968.
3. ROSCH, J. Gastrointestinal bleeding. Diagnostics aspects. Symposium *Excepta Medica. XIII Congreso Internac. Radiología.* Madrid, 1973.
4. SCHINZ y Col. Tratados de Roentgen diagnóstico. Abdomen. *Ed. Cientif. Méd.* 1969.
5. SILVA, C. y VENTURINO, W. Patología del Shock. Montevideo. *Of. del Libro*, 1971.
6. WARTER-TONGIO. Arteriographie Colique. *Cahiers de Medicine*, 13: 273, 1972.
7. WEILL y Coll. Plaidoyer pour l'angiographie au cours des hématemèses massives. *Ann. Radiol.*, 13 (4-5): 353, 1970.