

# 685 hemorragias digestivas altas estudiadas por fibroscopía

Dres. Enrique Sojo, Gonzalo Estapé y Br. Alexander Pike

En el presente trabajo se exponen los resultados diagnósticos aportados por la fibroscopía en 685 hemorragias digestivas altas.

Del análisis de la estadística presentada se concluye la alta incidencia de lesiones agudas (51.3 % de los estudios intrahemorrágicos) que no tienen traducción clínica ni radiológica. Para lograr el diagnóstico de estas lesiones, evolutivas fugaces, se resalta la importancia del examen fibroscópico intrahemorrágico. Indudablemente las múltiples causas de Stress y la creciente ingestión de medicamentos agresores de la mucosa, explican la frecuencia de estas lesiones. Se analizan también otras causas de hemorragia sólo detectables por fibroscopía y de incidencia casi desconocida hasta ahora (telangiectasias, úlcera por material de sutura, neoplasma de duodeno).

Finalmente se establece que la efectividad diagnóstica lograda mediante fibroscopía en la presente casuística llegó al 98 % en los exámenes intrahemorrágicos en cuanto a topografía de la lesión y al 97 % en la capacidad de identificar el tipo lesional.

Se analizan los diferentes métodos terapéuticos que hemos empleado, por vía endoscópica con finalidad hemostática (cauterización, poliplectomía, instilación de vaso-constrictores locales).

*Palabras clave (Key words, Most clés) MEDLARS:* Hemorrhage gastrointestinal.

## INTRODUCCION

La complicación hemorrágica es la causa más frecuente de muerte en las lesiones gastroduodenales no tumorales, oscilando las cifras globales entre el 13 % y el 26 % según diferentes estadísticas (30, 37). El pronóstico de estos pacientes es influido negativamente por demoras en el tratamiento o tratamientos inadecuados.

Es así, que en una revisión del Hospital de Clínicas (16), el retardo de más de 48 horas de la decisión operatoria en las hemorragias

*Departamento de Endoscopia Digestiva del Hospital Italiano. Montevideo. Uruguay.*

graves, determinó que fallecieran el 50 % de los operados. Este retardo en la decisión terapéutica o el empleo de tratamientos inadecuados, son muchas veces imputables a deficiencias diagnósticas.

Es fácil deducir pues, que los índices de mortalidad son mucho mayores cuando el diagnóstico es desconocido (4). Ello llevó a Larghero a expresar que "la demostración de la causa de una hemorragia digestiva alta masiva, plantea a veces, uno de los más difícil problemas clínicos y una de las situaciones operatorias más angustiosas que debe enfrentarse en cirugía de urgencia" (30).

De la importancia de un diagnóstico etiopatogénico preciso y lo más precoz posible, surge este trabajo sobre 685 hemorragias digestivas altas estudiadas por fibroscopía en el curso de 5 años. A través del mismo se podrá valorar la utilidad de la fibroscopía para establecer las diferentes etiopatogenias de la hemorragia digestiva alta y la consiguiente posibilidad de establecer lo que Praderi llamó "verdadera terapéutica patogénica" (41).

En la casuística de este trabajo analizaremos por separado los resultados diagnósticos de los estudios fibroscópicos. Pretendemos de esta manera demostrar la mayor eficacia y utilidad de la fibroscopía en etapa intrahemorrágica.

## INDICACION DE LA FIBROSCOPIA EN LA HDA

El examen fibroscópico es inocuo, siempre que se realice con buena técnica. En los 685 pacientes con HDA, incluyendo 2 hemofílicos con sangrado activo, no hemos tenido ningún accidente. No obstante se deben tomar especiales precauciones en los enfermos examinados en plena hematemesis, por el peligro de aspiración de un vómito.

En general, es un examen bien tolerado, que no requiere traslado del enfermo ni maniobras shockantes. Lo hemos practicado sin contratiempos en enfermos graves, asistidos en Centros de Tratamiento Intensivo, intubados y/o monitorizados. En ellos, el monitoreo cardíaco no demostró alteraciones durante el examen.

Presentado en la Sociedad de Cirugía el 4 de agosto de 1976.

Residente de Cirugía, Profesor Adjunto de Clínica Quirúrgica y Practicante Colaborador. Fac. Med. Montevideo.

Dirección: Liorna 6511. Montevideo. (Dr. E. Sojo).

La indicación de este examen en todo paciente con HDA, surge de la frecuente limitación de la clínica y la radiología para establecer la causa de una hemorragia, y de la posibilidad que brinda la fibroscopia de establecer la topografía del sangrado, el tipo lesional, entidad y etapa evolutiva del sangrado, la existencia de lesiones asociadas esófago-gastro-duodenales, y más recientemente, el empleo de métodos terapéuticos por vía endoscópica.

Previo al examen, todo enfermo es interrogado o examinada su historia clínica, así como sus estudios radiológicos en caso de poseerlos, lo que puede orientar hacia la posible causa de la hemorragia. Las conclusiones a que se llega, no son en modo alguno definitivas y están influidas por datos estadísticos, que pueden no ser válidos para tratar casos individuales. Asimismo, y como demostraremos en este trabajo, estas estadísticas sobre causas más frecuentes de HDA están cambiando debido a la incidencia de múltiples factores: el stress de la vida moderna, las ingestas de medicamentos agresores de la mucosa gástrica, la sobrevida de pacientes graves en Centros de Tratamiento Intensivo, y mejores métodos diagnósticos.

La clínica de las lesiones agudas, cuya alta incidencia veremos más adelante, es muy pobre, y es así que, no obstante realizar una historia clínica correcta y examen físico previo, se puede obtener un bajo índice de diagnóstico correcto (17, 44).

## DIAGNOSTICO RADIOLOGICO

Hace más de 30 años, Zerboni (54) en nuestro medio practicaba la radiología precoz en las HDA, con resultados variables. Algunos trabajos actuales (38) insisten en la posibilidad de realizar el estudio radiológico esófago-gastro-duodenal en etapa intrahemorrágica, demostrando con ello, la necesidad de la paraclinica en el diagnóstico de esta complicación, pero, los resultados se pueden sintetizar con una frase de Cooley (10): "Todo radiólogo experimentado es impresionado por el número de pacientes con HDA masiva en el cual él no es capaz de encontrar la causa", y da cifras sobre la eficacia del diagnóstico radiológico en HDA agudas, que oscilan entre el 15 y el 50 %.

Las cifras de diagnóstico correcto en el estudio intrahemorrágico oscilan entre el 70 y el 80 % (5, 43). Actualmente los radiólogos se inclinan por los estudios arteriográficos en las hemorragias masivas, relegando el estudio baritado para las hemorragias medianas y con antecedentes clínicos orientadores. Si este método falla, aconsejan el empleo de la arteriografía, pero para ello es necesario la previa eliminación del medio baritado. La arteriografía, por otro lado, fracasa si la hemorragia está detenida o el sangrado es menor de 0,5 ml. por minuto.

El consenso general respecto a los estudios radiológicos baritados intrahemorrágicos es que

se trata de un examen difícil, dada la poca colaboración de los enfermos en esta etapa, lo que implica estudios incompletos; la imposibilidad de mostrar las lesiones agudas por su superficialidad; en caso de existir un nicho, puede quedar oculto por coágulos y que en todo caso no prueba que la lesión visualizada sea la causa de la hemorragia. Esto último deriva de la probada coexistencia de lesiones esófago-gastro-duodenales. En nuestra estadística encontramos un 13,4 % de lesiones asociadas, y más del 10 % en un trabajo anterior (46), potencialmente sangrantes.

Cotton encuentra 15,4 % de lesiones asociadas en 208 pacientes con HDA (11). Zerboni (54) llama la atención sobre esta posible causa de error, pues frente a lesiones coexistentes, es posible que la radiología sólo muestre una, y en caso de visualizar las dos, es imposible saber cuál es la sangrante.

## OPORTUNIDAD DEL EXAMEN FIBROSCOPICO

El examen fibroscópico puede practicarse en el curso de la hemorragia o en forma diferida, una vez cesada ésta. El estudio intrahemorrágico (dentro de las 72 horas) es el de mayor utilidad (18, 46), pues permite una terapia inmediata, facilita la observación de las lesiones agudas que tienden rápidamente a desaparecer y demuestra cuál es la responsable del sangrado, en caso de lesiones coexistentes. En cambio, la fibroscopia diferida deja al enfermo librado al azar de una recidiva hemorrágica, y, en el ínterin, sin diagnóstico. La próxima hemorragia, por pequeña que sea, puede ser fatal. "El paciente con hemorragia gastrointestinal debe ser considerado en peligro de muerte hasta que se pruebe lo contrario" (22). De ahí que la endoscopia precoz, al señalar la *topografía del sangrado, el tipo de lesión, la entidad y etapa evolutiva de la hemorragia y la existencia de lesiones asociadas*, permite establecer de inmediato, un tratamiento adecuado al paciente, a la lesión y a la entidad de su complicación.

## DIAGNOSTICO TOPOGRAFICO

Los antecedentes clínicos personales y la vía por la que se manifiesta el sangrado frecuentemente son orientadores de la topografía gástrica o duodenal de la lesión sangrante (16). Los problemas de diagnóstico se plantean cuando el paciente no tiene antecedentes ulcerosos claros y la complicación hemorrágica es la primera manifestación de una lesión. A esto se suman las úlceras crónicas del anciano y las debidas a corticoides, que frecuentemente cursan asintomáticas. Igualmente sucede con las lesiones superficiales o agudas y que en nuestra estadística de estudios intrahemorrágicos contabilizan el 51,3 %.

En cuanto a la vía por la que se manifiesta el sangrado (hematemesis o melena) Perdomo señala que cuando la hematemesis es

escasa y se asocia a melenas de volumen variable, las posibilidades topográficas del origen del sangrado se asemejan. Según Larghero(30), un tercio de las úlceras duodenales de su estadística presentaron hematemesis y melenas. La alta incidencia actual del sangrado por lesiones agudas o superficiales, imposibilita la detección por simple laparotomía, necesitándose una gastro-píloro-duodenotomía para su reconocimiento topográfico. Recién en esta etapa y enfrentado a estas lesiones, el cirujano podrá determinar la táctica a seguir, sin olvidar que en algunos casos, con las vísceras llenas de sangre, se puede tornar muy difícil encontrar la lesión responsable, por su reducido tamaño o topografía (cúpula gástrica, segunda porción de duodeno).

En el caso particular de la hemorragia por malformaciones vasculares o lesiones agudas, el diagnóstico topográfico preoperatorio por fibroscopía, permitió en muchas ocasiones situar una gastrotomía en la zona más favorable para el reconocimiento de la lesión y su hemostasis (Mallory-Weiss). En el caso mencionado, la gastrotomía clásica (en el antro) hubiese resultado insuficiente y se hubiese debido practicar una segunda gastrotomía más alta, de no mediar la orientación previa.

En otros casos, la fibroscopía intrahemorrágica puede mostrar una topografía lesional que reafirme el tratamiento médico por lo impracticable de una conducta quirúrgica o la morbilidad que ella implica. Es el caso de las duodenitis hemorrágicas que involucran todo el duodeno o de úlceras agudas duodenoyeyunales.

En nuestra experiencia de 576 pacientes con hemorragia digestiva estudiados luego de cesado el episodio hemorrágico, se pudo topografiar la lesión responsable en el 91,8 % de los casos. En 109 estudios intrahemorrágicos no se encontró la causa en 2. El mayor índice de efectividad diagnóstica del examen fibroscópico intrahemorrágico (98,17 %) se debe a la fugacidad de las lesiones agudas no visibles cuando el examen se difiere algunos días y a la existencia de lesiones asociadas esófago-gastro-duodenales potencialmente sangrantes, y que una vez detenida la hemorragia, es difícil establecer cuál fue la responsable del sangrado.

Finalmente, el diagnóstico topográfico aportado por fibroscopía orienta a la angiografía selectiva, seleccionando la arteria que se debe cateterizar en aquellos casos que se desee emplear vasoconstrictores por perfusión intraarterial.

## DIAGNOSTICO DE TIPO LESIONAL

Hemos logrado el diagnóstico de tipo lesional mediante fibroscopía intrahemorrágica en el 97 % de los casos en un total de 109 pacientes estudiados en esta etapa. De esta manera ha sido posible establecer, sin demoras que puedan agravar el pronóstico, la conducta a seguir: médica o quirúrgica, y en este último caso, orientar al cirujano sobre la táctica

de resección o hemostasis local, las que se ajustan definitivamente de acuerdo a la entidad del sangrado y condiciones generales del paciente.

*La conclusión más importante a que hemos llegado en el estudio de nuestra casuística, es la alta incidencia de lesiones agudas responsables de hemorragia<sup>a</sup>.* En nuestro trabajo anterior sobre el tema y basado en el examen fibroscópico de 277 pacientes con hemorragia digestiva alta (46) ya nos había llamado la atención este hecho, que es refrendado por el presente estudio. En 576 enfermos examinados después de las 72 horas de cesada la hemorragia encontramos un 71,6 % de lesiones crónicas y el 20,3 % de lesiones agudas. En cambio, la incidencia de lesiones agudas es mucho mayor (41,5 %) en los 109 pacientes examinados en el curso de la hemorragia.

Analizaremos los diferentes tipos de lesiones halladas, señalando en cada una de ellas los principales aportes diagnósticos de la fibroscopía.

### A) ESOFAGO

a) *Várices.* El diagnóstico de sangrado por várices esofágicas se ha complicado por el hecho de que las úlceras pépticas ocurren con mayor frecuencia en pacientes con hipertensión portal (51). De allí que el diagnóstico de hipertensión portal no es suficiente para atribuir el sangrado a várices esofágicas. En nuestro medio Muñoz-Monteavaro encontró que el 23,2 % de los cirróticos no sangraron por várices (36), cifras que llegan al 59 % en una publicación de Dagradi (15). En nuestra experiencia, en casi el 50 % de los enfermos en quienes encontramos várices esofágicas hallamos lesiones asociadas, verdaderas responsables del sangrado, tales como gastritis hemorrágica, antritis erosiva y úlceras gastroduodenales.

En caso de haberse demostrado várices por estudios radiológicos con bario, en situaciones extremas de sangrado masivo con hematemesis profusas y no disponiendo de endoscopia de urgencia, la colocación de una sonda-balón puede ser el gesto salvador y a la vez diagnóstico. Sin embargo, fuera de estas circunstancias, la endoscopia es esencial dado que la causa puede ser otra lesión gastroduodenal (7).

En otro sentido, la falta de diagnóstico preoperatorio de sangrado por várices, expone al cirujano frente a su hallazgo imprevisto, a engorrosos problemas de conducta.

b) *Tumores.* Si bien el único tumor común de esófago es el carcinoma, que en general no se manifiesta por gran sangrado, puede determinar una pérdida de sangre pequeña pero prolongada. En un caso personal, la anemia fue motivo de consulta y de varios ingresos, hasta que el examen endoscópico demostró un neoplasma esofágico que no había determinado una disfagia llamativa. Tumores submucosos pequeños, que se erosionan y sangran, también pueden pasar clínicamente inadvertidos por escasa o nula disfagia.

c) *Esofagitis, úlceras de esófago y hernia hiatal.* Las esofagitis y úlceras de esófago están en general asociadas a hernia hiatal. Constituyen una causa poco frecuente de sangrado. Sin embargo, hay otro tipo de esofagitis, la provocada por sonda nasogástrica, que sí puede determinar importantes hemorragias. En pacientes que han tenido colocada una sonda nasogástrica por varios días, hemos observado hipotonía del cardias e intensas esofagitis que abarcan todo el esófago, a diferencia de la clásica esofagitis por hernia hiatal, en donde las lesiones involucran sólo el esófago distal. Es en aquellos pacientes donde hemos encontrado las lesiones de esofagitis más graves no sólo por su extensión sino también por la profundidad de las lesiones. No se trata ya de simples esofagitis congestivas sino de múltiples y extensas erosiones y aún de múltiples úlceras de tipo agudo. Algunos casos como éstos se han presentado en enfermos internados en C.T.I. y las hemorragias pueden revestir real gravedad. El más reciente se trata de una mujer sometida una semana antes a una amputación abdomino-perineal por neoplasma de recto y que, sin antecedentes digestivos, presenta una hemorragia tan importante que sospechamos que se trataba de una hemorragia por lesiones de stress pero la fibroscopía demostró una intensa esofagitis por sonda nasogástrica, con erosiones y úlceras agudas sangrantes.

En 11 pacientes con hernia hiatal, el sangrado se debió a gastritis erosivas de la mucosa gástrica herniada; en otro, a una úlcera de Barrett y en un caso a una úlcera gástrica de la curvatura menor en la zona de estrictura gástrica debida al hiato diafragmático.

Afortunadamente, estas hemorragias se pueden resolver con tratamiento médico y en caso de no ser controlables requieren tratamiento quirúrgico, que es complejo.

Recientemente, estas hemorragias se han controlado mediante infusión intraarterial de vasoconstrictores (1, 9).

d) *Cuerpos extraños.* Es muy raro que las lesiones esofágicas por ingestión de cuerpos extraños se manifiesten con hemorragia, y de existir ésta, es en general, escasa. Por este motivo, al que se agrega el de que la pesquisa de esta ingestión puede ser compleja y difícil como ya lo señalara Suiffet (48) es que en un caso personal la misma pasó desapercibida. La primer manifestación que presentó una mujer joven fue una importante hematemesis, con descompensación hemodinámica grave, que llevara a operarla de urgencia. Se pensó en una lesión gastroduodenal pero la laparotomía no la evidenció. La fibroscopía realizada en el Hospital Pasteur y en el postoperatorio, pues las hematemesis se reiteraron, nos mostró una ulceración crónica del cuadrante anterior izquierdo del esófago a nivel del cayado aórtico, que no sangraba en ese momento y no había lesiones gastro-duodenales. Interrogada la paciente en forma minuciosa, y dirigida por el resultado de la fibroscopía, se puso en evidencia la ingestión de una espina de pescado ocurrida 4 meses antes. Los síntomas

iniciales percibidos por la paciente se habían atenuado y desaparecido rápidamente, lo que facilitó su olvido.

## B) ESTOMAGO

A diferencia de las hemorragias esofágicas, la importante irrigación del estómago hace que frecuentemente las manifestaciones hemorrágicas de sus lesiones sea de gran entidad. La fibroscopía precoz, permitiendo un diagnóstico etiopatogénico y orientando la aplicación sin dilaciones, de la terapéutica apropiada, tiende a mejorar el pronóstico de los pacientes que presentan esta complicación. En el Simposio Internacional de Endoscopia de Urgencia llevado a cabo en 1971 la mayoría de los trabajos presentados coinciden en señalar la altísima incidencia de hemorragia gástrica por lesiones agudas, que puede llegar al 40-50 % según diversas estadísticas. La incidencia de diversos factores, entre los que predomina el stress (44) y la ingesta de medicamentos agresores de la mucosa gástrica (39) ha cambiado en estos últimos años las frecuencias relativas de los diversos tipos de lesiones responsables de hemorragias digestivas altas.

a) *Úlcera crónica de Cruveilhier.* Es sabido que la úlcera gástrica predomina en la curvatura menor. La hemos observado como úlcera única o múltiple. En este último caso asientan en general en la curvatura menor o en ambas vertientes del sinus angularis, se encuentran en diferente etapa evolutiva y habitualmente es una la responsable del sangrado. En un estudio (inédito) realizado por nosotros sobre topografía de la úlcera gástrica y basado en 659 observaciones endoscópicas de esta lesión, encontramos 554 úlceras localizadas en la pequeña curva, de las cuales 300 asentaban en su sector vertical.

Las hemorragias de las úlceras situadas en esta zona, área de la coronaria, tienden a ser particularmente severas. En el análisis de la casuística que motiva este trabajo, encontramos que la úlcera gástrica fue responsable de la H.D. en 150 de los 685 pacientes que presentaron H.D.A. (21,8 %); 138 en estado post-sangrado (24 %) y 12 en estado I. hemorrágico (8,8 %).

El examen fibroscópico intrahemorrágico ha permitido también, en los estudios intrahemorrágicos, diagnosticar el *mecanismo de sangrado* de cada lesión individualmente. Así por ejemplo, raramente observamos el sangrado en chorro, con refuerzo sistólico, típico de la erosión de un grueso vaso, posiblemente porque en esos pacientes, la entidad de la hemorragia determinó su tratamiento quirúrgico de urgencia, sin tiempo para exámenes paraclínicos. En cambio, es frecuente observar el sangrado en napa del borde de la úlcera, o del tejido de granulación del fondo de la misma. En otras ocasiones, se encuentra un coágulo en el fondo del nicho, que es la manifestación del trombo rojo que ha realizado la hemostasis.

b) *Úlcus péptico de la neoboca.* En 16 pacientes, encontramos esta lesión como respon-

sable de la hemorragia. Se debe sospechar la úlcera de neoboca en enfermos gastrectomizados por ulcus, en los que ha pasado el tiempo de recuperación total. En general, estas lesiones tienen poco cortejo clínico (40, 41), y frecuentemente la complicación es la que orienta hacia su existencia. El diagnóstico radiológico es difícil (23), y en la serie de Wychulis de 360 úlceras de neoboca, la misma pudo ser demostrada en el 52,3 % de los casos (53). En un caso ya publicado (40), la hemorragia grave fue la primera manifestación en una paciente de 73 años, quien había sido gastrectomizada 15 años antes. El estudio radiológico de gastro-duodeno no evidenció la lesión y el diagnóstico sólo fue hecho por la fibroscopía intrahemorrágica, que demostró una úlcera de neoboca de 1 cm de diámetro.

c) *Úlceras por material de sutura y estomitis.* No siempre la HDA en los pacientes gastrectomizados, se debe a una úlcera de neoboca. En algunos casos, puede deberse a *gastritis del muñón por reflujo biliar*, a *estomitis* (7 casos), a un neoplasma gástrico o como en 5 de nuestros casos, a úlceras por material de sutura no reabsorbible. El diagnóstico es difícil por tratarse en general, de úlceras pequeñas; en el trabajo de Badano (2), de 4 casos presentados, en 3 se llegó al diagnóstico por fibroscopía. El aspecto endoscópico es el de una ulceración en la base de un hilo, más o menos largo, que aflora en la luz gástrica, en las zonas de sutura.

d) *Sangrado de la línea de sutura.* En dos estudios intrahemorrágicos realizados en el postoperatorio inmediato, de pacientes con gastrectomías parciales, se encontró que el sangrado se debía a defectuosa hemostasis de la zona de sutura. La solicitud del examen fibroscópico en gastrectomizados con pocos días de operados, es poco frecuente, y el estudio debe realizarse con precauciones extremas, particularmente, de mínima insuflación, a los efectos de no hacer peligrar la sutura. Creemos que en estos casos, los métodos de electrocoagulación endoscópica pueden ser de utilidad, de acuerdo a la topografía del sangrado.

Otras causas poco frecuentes de sangrado en el postoperatorio inmediato de pacientes tratados con gastrectomías parciales, son la aparición de *lesiones agudas en el remanente gástrico*, o el *tratamiento inadecuado de una úlcera excluida*.

No se debe olvidar, que estos pacientes operados, pueden sangrar de lesiones agudas de otros órganos (esofagitis por sonda, erosiones o úlceras agudas yeyunales).

e) *Cáncer.* El cáncer gástrico fue causal de hemorragia digestiva en 49 pacientes (7 %). Dos de estos tumores sangraron y fueron diagnosticados en etapa superficial, mientras que otro resultó ser un reticulosarcoma. En una revisión que hicieramos en 1974 sobre todos los pacientes que ingresaron al Hospital Pasteur afectados de cáncer gástrico en los últimos 25 años, 416 casos, el 7 % (29 casos) presentó hemorragia digestiva como síntoma inicial (45). Recordamos un paciente de 65 años que presentó HDA reiteradas en el curso de

4 años, que motivaron varios ingresos en diferentes hospitales, y en el que los estudios radiológicos insuficientes no mostraron la lesión. Finalmente, el examen fibroscópico evidenció un neoplasma gástrico avanzado de antro (47).

Por estos motivos, no se debe olvidar que una de las manifestaciones del cáncer gástrico superficial o avanzado puede ser la hemorragia.

f) *Pólipos.* En 13 pacientes, la hemorragia digestiva se debió a pólipos gástricos. Constituyen una causa poco frecuente de hemorragia y en nuestra casuística no se han manifestado con sangrado profuso.

Cabe destacar que en la revisión de casos del Hospital de Clínicas realizada por Trostchansky, que abarca 30 pacientes con pólipos gástricos, la hemorragia constituyó su manifestación más frecuente (36 %) (49).

Actualmente, si estas lesiones son menores de 3 cm., pediculadas y no constituyen una poliposis gástrica, pueden ser tratadas por resección endoscópica, mediante electrocoagulación del tallo. Esto permite además un estudio histológico completo de la lesión, así como una cuidadosa hemostasis.

g) *Tumores submucosos.* De los tumores submucosos malignos que hemos examinado, uno solo de ellos determinó hemorragia; se trataba de un reticulosarcoma que había ulcerado la mucosa en múltiples sitios. El diagnóstico endoscópico de la naturaleza de estos tumores no es fácil, pues, a menos que, como en el caso mencionado, ulcere la mucosa, el fórceps de biopsia no logra alcanzarlos.

En los 3 tumores submucosos benignos, así identificados por estudio anatómico-patológico de la pieza quirúrgica, que produjeron hemorragias, el aspecto endoscópico era similar: elevación circunscrita de la mucosa, con pliegues que saltaban en puente entre la mucosa vecina y la tumefacción. En los 3 casos, la mucosa que recubría el tumor estaba ulcerada, siendo esa la fuente del sangrado.

h) *Gastritis.* Fue el origen de la hemorragia en 215 pacientes, totalizando un 31,3 % de todas las causas de hemorragia de nuestra estadística.

De los diversos tipos de gastritis responsables de hemorragia, hay un amplio predominio de las gastritis erosivas y hemorrágicas. En las primeras se observa el sangrado de múltiples y pequeñas erosiones de disposición difusa o a predominio de un sector gástrico. En las gastritis hemorrágicas hay un sangrado en napa de la mucosa, sin poderse observar solución de continuidad de la misma. La suma de los gastos de los vasos de pequeño calibre puede determinar hemorragias que por su volumen y carácter clínico catastrófico, igualan a la apertura de gruesos troncos arteriales.

En este tipo lesional, el diagnóstico es fundamental, y sólo alcanzable en el preoperatorio por fibroscopía. El poder valorar la entidad de la hemorragia y conocer el tipo de lesión responsable, tiene gran importancia en estos enfermos, por múltiples motivos:

—la alta incidencia de esta causa de hemorragia (34, 42);

—la dificultad clínica y radiológica en diagnosticarla;

—la importancia del sangrado, que determina angustia en la elección del tratamiento a emplear;

—el predominio de esta patología en pacientes añosos y de alto riesgo quirúrgico.

Determinada la causa de la hemorragia, y descartado el sangrado de un grueso tronco, se debe intentar un tratamiento médico, pues, a menudo es posible alcanzar por este medio, la hemostasis de los vasos de pequeño calibre que se hallan en juego. Diversos tratamientos son defendidos por varios autores que han reportado la efectividad de los mismos: lavados gástricos con agua helada (17), instilación gástrica continua de antiácidos (14), instilación gástrica de vasoconstrictores (27) o de soluciones como las propuestas por Sibilly (44), y más recientemente, el empleo de neutralizantes del ácido clorhídrico, como la cimetidina (19, 29, 31) o la infusión intraarterial y selectiva de vasoconstrictores (1, 9). La difusión de tan variada terapéutica es el resultado del desconocimiento etiopatogénico que existe en muchas de estas gastritis, y de las dificultades quirúrgicas para resolverlas satisfactoriamente. Aún así, hay un grupo de pacientes en los cuales los tratamientos médicos fracasan y deben ser operados. Muchos de estos tratamientos no impiden que se reinicie el sangrado, pero pueden lograr disminuir el volumen de sangre requerido para compensar una pérdida sanguínea, aunque más no sea parcialmente controlada. Permiten un tratamiento quirúrgico, si es necesario, en mejores condiciones de recuperación.

En la instancia quirúrgica, también la fibroscopia aporta datos importantes. En primer término, es sabido que en algunas circunstancias, estas lesiones dejan de sangrar en el curso de la inducción anestésica. Si no ha habido diagnóstico previo, es posible que en estos casos, todo quede reducido a una laparotomía exploradora. Drapanas (17) y Crohn (13) insisten en la gravedad de las hemorragias por gastritis hemorrágicas, que fueron tratadas sólo con laparotomía exploradora, pues el reinicio de la hemorragia o la persistencia de la misma, acaece en el 58 % de los casos y está gravada con el 46 % de mortalidad. Cobran vigencia entonces, las dos conductas quirúrgicas posibles: conservadora, empleando vagotomía y drenaje gástrico, o ligando pedículos de vascularización gástrica o reseccionista. Creemos que aquí también, el diagnóstico fibroscópico previo puede ayudar al cirujano en inclinarse por alguna de estas opciones, en particular, por la demostración del estado de la mucosa gástrica. Si las alteraciones de la misma son profundas, favorecería la conducta reseccionista, en tanto que se podrían tentar las conductas quirúrgicas más conservadoras, en aquellos casos en que la causa agresiva actuó sobre una mucosa sana y la noxa agresora ha cesado en su acción.

Orientado el cirujano de esta manera, tal vez se pueda mejorar el pronóstico de estos pa-

cientes, en los cuales la cirugía tiene una mortalidad más elevada que en el tratamiento de la enfermedad ulcerosa: 32 % en los tratados con gastrectomía total y 26 % en los tratados con vaguectomía y piloroplastia (20).

i) *Úlceras gastroduodenales por medicamentos.* La incidencia de hemorragias digestivas provocadas por medicamentos es muy alta, y ha ido en aumento en las últimas décadas (34). En la revisión de 585 hemorragias digestivas estudiadas en la Clínica de Nutrición y Digestivo, el 10,7 % fueron de origen iatrogénico (39). Los medicamentos causales de esta complicación, y los mecanismos conocidos por los que actúan, han sido muy bien referidos por Negrotto, y no insistiremos sobre ello. Destacamos que la hemorragia en estos pacientes puede deberse a la lesión producida por los mismos o a su acción sobre una lesión previa, conocida o latente. Es así que en la mayoría (más del 50 %) de las gastritis hemorrágicas o erosivas de nuestra serie, había el antecedente de la ingesta de acetil-salicílico, fenilbutazona, corticoides o combinaciones de éstos en los períodos previos, y más o menos prolongados a la hemorragia.

En 42 casos estudiados por fibroscopia, encontramos úlceras gastroduodenales sangrantes, y con antecedentes de abundantes ingestas de sustancias agresoras de la mucosa gástrica. Es difícil establecer si dicha lesión fue producida por las drogas en cuestión o si se trataba de úlceras sin traducción clínica que sangraron por esta agresión (28). Sin embargo, tenemos la impresión de que en estos 42 casos de nuestra serie, las lesiones ulcerosas fueron provocadas por acción iatrogénica, debido a que reunían algunos caracteres particulares: la coexistencia de múltiples úlceras, su frecuente aspecto agudo, su predominio antral y, en particular, de la gran curva antral, y su rápida respuesta frente a la supresión de la droga, en aquellos pacientes que no fueron operados.

Es interesante señalar que, tanto en nuestra casuística, como en la de Negrotto y la de Levrat (28), la mayor parte de estos pacientes no presentaron síntomas digestivos previos a la hemorragia. Por ello, creemos que la fibroscopia intrahemorrágica ocupa también aquí un importante lugar en el diagnóstico.

Por tratarse de lesiones que regresan una vez suspendida la droga agresora, y en casos de reducidas dimensiones y sangrado, hemos intentado en 2 ocasiones, y con pleno éxito, la hemostasis mediante vasoconstrictores (Levofed), inyectados directamente sobre la lesión, bajo estricto control visual.

j) *Lesiones gastroduodenales por stress.* La complicación hemorrágica de las lesiones producidas por stress, es su manifestación más frecuente, y fue objeto del relato de Sibilly y Boutelier en el Congreso de la Asociación Francesa de Cirugía en 1974 (44). Aparte de las causas de stress analizadas en dicho relato, y que actúan determinando lesiones en el postoperatorio, postraumáticas, de origen médico, en los grandes quemados y en patología cerebral, hemos encontrado frecuentemente lesiones por stress psíquico. Vemos pues, que en la vida

moderna, son muchas las causas de stress, a lo que se suman las dificultades clínico-radiológicas de establecer el diagnóstico de las lesiones producidas por este mecanismo.

La clínica en las hemorragias por stress es muy pobre y raramente permite establecer la causa. El diagnóstico etiológico sólo se pudo establecer por la clínica, en 98 de 622 casos que sangraron por lesiones de stress y que pertenecen a la encuesta realizada por Sibilly entre 1.500 cirujanos franceses y extranjeros. La radiología es un examen difícil, por la condición habitualmente grave de estos pacientes, y sus resultados son aleatorios y decepcionantes. En las 622 hemorragias mencionadas, sólo se pudo realizar en 78 casos, demostrando lesiones en 57 de ellos. Ello es comprensible dado que frecuentemente las lesiones son superficiales, que en casos de existir una úlcera puede quedar oculta por coágulos y que, al no haber en las lesiones agudas fibrosis retráctil ni rigidez, no se pueden obtener signos radiológicos indirectos.

La fibroscopía constituye, frente a la sospecha de estas lesiones, el examen de elección, y aportó en la estadística mencionada el diagnóstico correcto en 131 casos de 134 enfermos examinados. Permite establecer el origen del sangrado, el tipo de lesión, y apreciar la importancia y débito de la hemorragia, influyendo así en forma decisiva en la estrategia del tratamiento.

La real incidencia de las hemorragias por lesiones de stress, sólo puede conocerse mediante estudios sistemáticos endoscópicos, en los pacientes que hayan estado sometidos al stress (52).

La característica fundamental de estas lesiones es su evolutividad y es posible encontrar endoscópicamente diversos tipos que pueden coexistir en un mismo paciente y en un momento dado (34).

Este carácter evolutivo de las lesiones de stress podría explicar según Menguy (33), el frecuente sangrado de tipo intermitente y a veces prolongado durante muchos días que se observa en este tipo de lesiones.

En el examen fibroscópico es dable observar una gradación de lesiones que van desde pequeñas hemorragias focales, sin pérdida de sustancia (petequias, equimosis, sufusiones), pasando por las gastritis hemorrágicas y llegando a las lesiones con solución de continuidad de la mucosa, que según su profundidad corresponden a erosiones, ulceraciones y úlceras verdaderas.

La laparotomía exploradora no es suficiente para llegar al diagnóstico; es preciso realizar una gastrotomía, y si el examen cuidadoso no demuestra causas de sangrado gástrico, ampliarla con una píloro-duodenotomía. En nuestra casuística tenemos varios casos de sangrado difuso de todo el duodeno, sin lesiones macroscópicas evidentes o por múltiples erosiones o ulceraciones. En estos casos hemos empleado la instilación local de Levofed bajo control fibroscópico. No hemos tenido complicaciones por este tratamiento, y los resultados han sido buenos en forma inmediata, con cese del san-

grado. Indudablemente que esta hemostasis, sólo se mantiene si es posible dominar las causas de stress que determinaron la hemorragia.

Los problemas de conducta quirúrgica que plantean estas lesiones, cuando los tratamientos médicos han fracasado, son a menudo muy grandes (21). Ello deriva de la habitual gravedad de estos pacientes, de la evolutividad de estas lesiones en el tiempo y de su progresión a otros sectores del tubo digestivo. En este sentido, tuvimos ocasión de intervenir en la operación de 2 pacientes que sangraron por stress, y en quienes las lesiones se hallaban en todo el duodeno y se extendían al yeyuno.

k) *Síndrome de Mallory-Weiss*. La laceración o desgarro mucoso esofágico o gástrico postemético, constituye un cuadro de urgencia de real gravedad. El pronóstico es grave y en la mayoría de las estadísticas el diagnóstico se realizó por autopsia. Los dos casos publicados por Valls y Estapé fueron tratados correctamente y la evolución fue buena (50).

En nuestra experiencia hemos diagnosticado esta afección en dos ocasiones. Recordamos la primera de ellas en que se trataba de un paciente del Hospital Pasteur, de 42 años, que ingresó por hemorragia digestiva alta con descompensación hemodinámica. Mientras se reponía rápidamente la volemia tratamos infructuosamente de obtener datos clínicos que precediesen a esta complicación y orientaran hacia la causa del sangrado. Recurrimos a un examen fibroscópico de urgencia, hecho en la misma cama de la Sala 21 y encontramos que el sangrado se debía a una lesión gástrica infracardial, sin poder reconocer su exacta naturaleza por lo abundante del sangrado. Operado de urgencia por el Dr. Kamaid y orientados hacia la topografía alta de la lesión se realizó una gastrostomía en 1/3 superior de cuerpo gástrico, vecina al cardias. Se encontró un desgarro de la mucosa que fue suturado, obteniendo buena hemostasis. La evolución fue favorable. Destacamos este caso por las dificultades de diagnóstico creadas por la negación por parte del paciente de los antecedentes de esfuerzo de vómito que seguramente precedieron a la hemorragia. La fibroscopía orientó la ubicación de la gastrostomía facilitando la hemostasis de la lesión.

Estos desgarros mucosos pueden asentar en la mucosa esofágica o gástrica vecina al cardias o en ambas a la vez. La fibroscopía permite un exacto relevamiento de estas lesiones. No debemos olvidar que un paciente que inicia un sangrado postvómitos puede sangrar por un síndrome de Mallory-Weiss o por otra lesión preexistente (12). El primer diagnóstico endoscópico de esta afección lo realizó Hardy en un paciente que tenía una úlcera duodenal concomitante (24).

En algunos pacientes refractarios a la anestesia local hemos podido observar cómo en los esfuerzos de vómito, al iniciar el examen fibroscópico, la mucosa gástrica se prolapsa en el esófago varios centímetros por encima del cardias. En cada esfuerzo de vómito se repite este hecho, comprobándose que de prolon-

garse aparecen algunas pequeñas erosiones en la mucosa gástrica con sangrado mínimo a nivel de las mismas.

### LESIONES TELANGIECTASICAS

En 1974 observamos endoscópicamente, por primera vez, una telangiectasia gástrica, responsable de hemorragia. En un trabajo presentado al Congreso Argentino de Cirugía de 1975 (46) referimos 7 pacientes con dicha patología y en el momento actual tenemos en nuestra casuística 18 pacientes que sangraron por lesiones telangiectásicas gástricas. Dichas lesiones se presentan endoscópicamente como lesión única o múltiple, cuyo diámetro oscila entre 2 y 4 mms. De color rojo intenso, borde nítido y superficie lisa, poco o nada elevada respecto al resto de la mucosa. Su forma es irregular y sangran al mínimo contacto, con una hemorragia de tipo capilar prolongada. La anatomía patológica demuestra dilataciones vasculares cuyas paredes carecen casi por completo de túnica muscular (6, 25). A la fragilidad de estos vasos se suma pues la dificultad de hemostasis por vasoespasmo.

De estos 18 pacientes, uno solo es menor de 60 años. La edad de los demás oscila entre los 60 y 90 años. 10 pertenecen al sexo masculino y 8 al femenino. La manifestación clínica predominante de esta patología fue la hemorragia digestiva alta (14 pacientes). En 4 enfermos sólo se presentó como una anemia crónica sin pérdidas sanguíneas visibles. La dispepsia dolorosa epigástrica acompañó a esta sintomatología en 4 pacientes y debe imputarse como debida a lesiones coexistentes (3 portadores de pólipos gástricos y 1 con gastritis crónica por ingesta de acetilsalicílico.)

La radiología gastroduodenal no mostró lesiones en ninguno de ellos. Sólo en 3 casos se podrá sospechar el tipo de lesión dado que presentaban telangiectasias cutáneas y en la mucosa bucal. Cinco pacientes habían sido operados previamente; 2 laparotomías en blanco y 3 gastrectomizados parciales. La endoscopia fue el único método de diagnóstico que permitió establecer en estos 18 enfermos la topografía de la hemorragia y la naturaleza de la lesión sangrante. Cuatro de estos pacientes fueron tratados quirúrgicamente; uno con hemostasis local, dos con resección de la lesión y otro gastrectomizado. Otros cinco pacientes fueron tratados mediante electrocauterización por vía fibroscópica. La evolución de estos enfermos fue buena, salvo el gastrectomizado que volvió a sangrar a los 10 meses de operado. En una nueva fibroscopia se le encontraron otras lesiones telangiectásicas en el muñón gástrico.

En cuanto a la etiopatogenia de estas lesiones sólo se pudo detectar antecedentes familiares de sangrados en 3 pacientes. Es posible que ellos fuesen portadores de la enfermedad Rendu Osler Weber. En los demás y dada su aparición en personas todas mayores de 60 años es posible que se trate de malformaciones adquiridas, de tipo degenerativo.

Ituño en nuestro medio (25) enfatiza la dificultad diagnóstica de estas lesiones y en los casos presentados y tratados exitosamente se llegó al diagnóstico por laparotomía. Señalan que no hay tratamiento específico para esta afección. Estamos de acuerdo con los autores en cuanto a malformaciones vasculares de delgado o colon, pero las de topografía gástrica que son las que más frecuentemente sangran pueden ser tratadas por vía endoscópica, como proponemos en este trabajo. Máxime si se tiene en cuenta de que si forman parte del síndrome de Rendu Osler Weber, tienen carácter evolutivo, pudiendo aparecer nuevas telangiectasias en otros sectores de la mucosa gástrica, como ocurrió en uno de nuestros pacientes. Con lo cual un eventual tratamiento quirúrgico de resección resulta ineficaz.

### DUODENO

#### Úlcera Duodenal - Duodenitis

En nuestra experiencia endoscópica encontramos que la úlcera duodenal fue causa de hemorragia digestiva alta en 113 pacientes (16 % del total de los pacientes). Es interesante señalar la diferente incidencia de esta lesión como causa de hemorragia digestiva alta con respecto a otras estadísticas (20, 30, 41) en donde la incidencia es mucho mayor, llegando al 41.3 % en la casuística de Larghero. Atribuimos esta diferencia a diversas causas. La mayoría de las estadísticas refieren cifras de enfermos que fueron operados por hemorragia digestiva alta debida a esta lesión. Nuestra casuística indica en cambio la frecuencia relativa con que la úlcera duodenal presentó una complicación hemorrágica. Es muy frecuente que una úlcera duodenal asiente en cara superior o anterior de bulbo (8) determinando un sangrado cuya entidad suele ser menor al de las úlceras de cara posterior o inferior, en donde están involucrados gruesos vasos. El mecanismo de sangrado no siempre es el mismo y hemos observado hemorragia de bajo gasto debida a congestión del borde de la úlcera o al tejido de granulación del fondo. Por otra parte el diagnóstico y tratamiento más oportuno de estas lesiones disminuye su complicación hemorrágica. Finalmente no podemos descartar que un número indeterminado de ulcerosos duodenales haya sangrado *sin* requerir un examen fibroscópico o sin dar tiempo al mismo por lo cataclísmico de la hemorragia.

La utilidad del examen fibroscópico en estos pacientes radica en establecer exactamente el origen duodenal de la hemorragia. Es conocido el hecho de que un ulceroso duodenal puede sangrar de otra lesión diferente a la conocida. Por ejemplo; una antritis erosiva o una úlcera gástrica secundaria a la duodenal. Establecido el origen duodenal, la fibroscopia permite identificar su exacta topografía y tipo lesional. Que no es lo mismo un sangrado por úlcus bulbar que el debido a una duodenitis, una úlcera de segunda porción duodenal, o a



una duodenitis erosiva o hemorrágica extendida a todo el duodeno. Felizmente estos últimos casos son poco frecuentes, pero los hemos encontrado. En nuestra experiencia la duodenitis (erosiva o hemorrágica) fue causa de sangrado en 50 pacientes (7 %).

Es conocida la dificultad de establecer un diagnóstico de úlcera duodenal por radiología. Particularmente si no se emplea duodenografía hipotónica o si existe un bulbo deformado por cicatrización de ulceraciones anteriores. En estos casos el 25 a 35 % de las úlceras duodenales, no son vistas radiológicamente (3, 8, 26).

La limitación de la endoscopia en establecer un diagnóstico radica en aquellos casos de estenosis pilórica imposible de dilatar con el fibroscopio (de tipo cicatrizal). Son poco frecuentes y el dato que puede aportar el examen en estos casos es que viene sangre a través del píloro, sin poder establecer el tipo y topografía exacta de la lesión.

### Tumores de Duodeno

Son muy poco frecuentes y de difícil diagnóstico clínico-radiológico. Si no comprometen la papila mayor su sintomatología no es orientadora. Pueden manifestarse con hemorragia digestiva alta. Es el caso de la observación de Badano Repetto (2) que corresponde al primer caso publicado en nuestro medio de un adenoma brunneriano y a un leiomioma de duodeno de los Dres. Mescia, Delgado y Falconi (35).

En nuestra casuística tenemos un caso de adenoma brunneriano de primera porción duodenal (postbulbar) en que se hizo diagnóstico por biopsia endoscópica. Al revelar así la naturaleza benigna de una tumoración duodenal es posible tratarlos con una resección económica. De otra manera estaría indicada una resección más amplia, como se hizo en el caso de adenoma brunneriano publicado por Marella (32) dada las dificultades de diagnóstico en el acto operatorio.

En dos casos personales, la biopsia endoscópica nos permitió el diagnóstico preoperatorio de cáncer primitivo de duodeno. En ambos casos, operados por el Dr. Liard (Hospital de Clínicas) y por el Dr. R. Praderi (Hospital Maciel), el estudio anatómopatológico de la pieza confirmó el diagnóstico endoscópico y el resultado de la biopsia.

### Contraindicaciones del examen fibroscópico en las hemorragias digestivas altas.

Las únicas contraindicaciones del examen fibroscópico son el infarto de miocardio en etapa aguda y la hepatitis viral (por la imposibilidad de esterilizar el equipo). A ello se agrega en el caso particular de la hemorragia digestiva alta, la hemorragia cataclísmica en curso, manifestada por hematemesis profusas. En este caso existe peligro de aspiración de un vómito pues este examen requiere anestesia de la faringe.

### Efectividad y limitaciones del diagnóstico fibroscópico en la hemorragia digestiva alta.

Los dos hechos que limitan la efectividad del diagnóstico mediante fibroscopia en la hemorragia digestiva alta derivan uno de la preparación del paciente y otro de la oportunidad en que es realizado el examen.

El examen fibroscópico, para alcanzar máxima utilidad diagnóstica, requiere ser realizado en el período intrahemorrágico. Vale decir dentro de las 24 a 72 horas de iniciado el sangrado. Huelga decir que el diagnóstico aportado en esta etapa evolutiva de la complicación hemorrágica es también el de máxima utilidad para el paciente y el médico tratante. Ciento nueve enfermos que integran la casuística fueron examinados en esa oportunidad (examen de urgencia) y la eficacia diagnóstica de encontrar la lesión sangrante e identificar su tipo llegó en ellos al 98 % de positividad. Solamente en 2 pacientes no se encontró la causa de la hemorragia. En cambio, cuando el estudio fue realizado luego de las 72 horas de cesado el sangrado (576 enfermos examinados de coordinación) el diagnóstico positivo se alcanzó en el 91.8 % de los casos.

En 47 pacientes así examinados no se le encontró la lesión responsable y ello puede deberse a: defectos de técnica, a que la causa del sangrado estaba más allá de la tercera porción duodenal, o habían sido lesiones agudas, que en caso de retroceder, desaparecen macroscópicamente en un plazo de 3 a 4 días. Este examen diferido también pierde efectividad en el caso de existir lesiones asociadas esofago-gástrico-duodenales, pues fuera del período hemorrágico, resulta difícil o imposible establecer cual fue la que sangró.

En cuanto a la preparación del paciente para los estudios intrahemorrágicos varía según la intensidad del sangrado. En hemorragias leves, en donde el líquido del lavado gástrico que se extrae por la sonda está apenas teñido de sangre o vienen escasos y pequeños coágulos de sangre digerida, es posible realizar el estudio sin más preparación. Pero en los sangrados activos, importantes, con sangre roja por la sonda naso-gástrica, es imprescindible dedicar una persona de enfermería a lavar profusamente el estómago con agua destilada fría. Lavado que se debe mantener hasta momentos previos a la realización del examen.

### RESUME

#### 685 hemorragies digestives hautes etudiees par fibroscopie

Dans ce travail on expose les résultats diagnostiques apportés par la fibroscopie dans 685 hémorragies digestives hautes.

On analysant la statistique présentée, on vérifie la fréquente répercussion des lésions aiguës (51.3 % des études intrahémorragiques) qui n'ont pas de traduction clinique ni radiologique. Pour réaliser le diagnostic de

cettes lésions, évolutives fugaces on détache l'importance de l'examen fibroscopique intrahémorragique. Sans doute les multiples causes de stress et la croissante ingestion de médicaments agresseurs de la muqueuse, expliquent la fréquence de ces lésions. On analyse aussi d'autres causes d'hémorragie qui peuvent être détectées seulement par fibroscopie et qui sont d'incidence presque inconnue jusqu'aujourd'hui (telangiectasies ulcères por fils de suture, cancer de duodenum).

Finalement on établi que l'effectivité diagnostic réussit avec la fibroscopie dans cette casuistique est arrivé au 98 % dans les examens intrahémorragiques quant à la topographie de la lésion et au 97 % dans la capacité d'identifier le type de lésion.

On analyse les différentes méthodes qu'on a utilisé, par la voie endoscopique avec finalité thérapeutique (electrocoagulation, polypectomies, lavage avec vasoconstricteurs d'action local etc.).

## SUMMARY

### 685 high digestive hemorrhages studied by fibroscopy.

This paper contains the results of diagnosis by fibroscopy in 685 high digestive hemorrhages.

Statistical analysis indicates a high incidence of acute lesions (51.3 % of intrahemorrhagic studies) which have neither clinical nor radiological expression. Intrahemorrhagic fibroscopic examination is important in establishing diagnosis of these brief evolutive lesions. There is no doubt that the multiple causes of stress and the increasing ingestion of medicines which are aggressive to the mucosa, are the explanation of the frequency with which these lesions is found. Other causes of hemorrhage which can only be detected by fibroscopy and which have so far been practically unknown, are analyzed. (Telangiectasies, ulcer due to suture material, neoplasm of duodenum).

Diagnostic effectiveness obtained through fibroscopy in intrahemorrhagic examinations in current case material was as high as 98 % with respect to topography of lesion and 97 % with respect to capacity of identifying lesional type.

Different therapeutic methods employed endoscopically for hemostatic purposes are analyzed (cauterization polypectomy, instillation of local vasoconstrictors).

## REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS

- BADANO-REPETTO JL. Ulcera de la línea de sutura por uso de material no reabsorbible en cirugía gástrica. A propósito de 4 observaciones. *Cir Urug*, 45: 337, 1975.
- BAUM S, ATHANASOULIS CA, WALTMAN A. Gastrointestinal hemorrhage; Angiographic diagnosis and control. *Adv Surg*, 7: 149, 1973.
- BELBER JP. Endoscopic examination of the duodenal bulb; a comparison with X-ray. *Gastroenterology*, 61: 55, 1971.
- BERKOWITZ D. Fatal gastrointestinal hemorrhage; diagnostic implications from a study of 200 cases. *Am J Gastroent*, 40: 372, 1963.
- BOSCHI J. La radiología en el estudio de las hemorragias digestivas. *Cir Urug*, 44: 270, 1974.
- CAMPBELL EW, JEWSON D, GILBERT E. Angiographic Identification of Enteric Lesions. *Arch Intern Med*, 125: 705, 1970.
- CARTER MG, ZAMCHEK N. Esophagoscopy in upper gastrointestinal bleeding. *New England J Med*, 242: 280, 1950.
- CLASSEN M. Endoscopy in benign peptic ulcer. *Clin Gastroenterol*, 2: 315, 1973.
- CONN H, RAMSEY G, STORER E. Intra-arterial Vassopressin in Treatment of Upper Gastrointestinal Hemorrhage; Prospective Controlled. *Clin Trial Gastroenterol*, 68: 211, 1975.
- COOLEY RN. The diagnostic accuracy of upper gastrointestinal radiologic studies. *Am J Med Sci*, 242: 628, 1961.
- COTTON PB, ROSENBERG MT, WALDRAM RP, AXON AT. Early Endoscopy of esophagus, stomach and duodenal bulb in patients with hematemesis and melena. *Br Med J*, 2: 505, 1973.
- CREMER M, CULBIS A, DESNEUX J. Mallory Weiss Syndrome. Study of 53 cases. Urgent Endoscopy of Digestive and Abdominal Diseases. *Int Symp Prague*, 1971, p. 132.
- CROHN BB, MARSHAK RN, GALINSKY D. Repeated gastroduodenal hemorrhages without discoverable explanation. *Gastroenterology*, 10: 120, 1948.
- CURTIS LE, SIMONIAN S, BUERK CA. Evaluation of the effectiveness of controlled pH in management of massive upper gastrointestinal bleeding. *Am J Surg*, 125: 474, 1973.
- DAGRADI A. Sources of upper gastrointestinal bleeding in patients with liver cirrhosis and large oesophagogastric varices. *Am J Gastroenterol*, 54: 1970.
- DI LEONI F, LEONI C, PERDOMO C. Hemorragia digestiva por ulcus crónico gastroduodenal. *Cir Urug*, 45: 325, 1975.
- DRAPANAS T, WOOLVERTON W, REEDER J. Experiences with surgical management of acute gastric mucosal hemorrhage. A united concept in the pathophysiology. *Ann Surg*, 173: 628, 1971.
- FERRAZ J. Endoscopia de urgencia en las hemorragias digestivas. *Cir Urug*, 44: 274, 1974.
- FLESHLER B. Medical Management of Bleeding duodenal ulcers. *Surg Clin North Am*, 56: 1375, 1976.
- GUTIERREZ VP. Hemorragias digestivas altas graves. Relato. *Congreso Argentino de Cirugia*, 449. *Rev Argent Cir*, Nº Extr., 1973.
- GURVAIN DP, PASSI RB. Acute stress ulceration with bleeding or perforation. *Arch Surg*, 103: 116, 1971.
- HEDBERG S. Endoscopy in Gastrointestinal Bleeding. A systemic approach to Diagnosis. *Surg Clin North Am*, 54: 549, 1974.
- HEDBERG S. Early endoscopic diagnosis in upper gastrointestinal hemorrhage; an analysis of 323 cases. *Surg Clin North Am*, 46: 499, 1966.
- HARDY JT. Mallory-Weiss Syndrome. Report of a case diagnosed by gastroscopy. *Gastroenterology*, 30: 681, 1956.
- ITUÑO C, CASTIGLIONI JC, ALIANO A, IRAOLA ML. Angiomatosis intestinal. *Cir Urug*, 43: 167, 1973.
- JENNY S, CLASSEN M, DEMLING L. Endoskopisch-radiologische Diagnostik des bulbis duodeni. *Deutsche Med Woch*, 97: 118, 1971.
- KISELOW MC, WAGNER M. Intra-gastric instillation of levaterenol. *Arch Surg*, 107: 387, 1973.
- LEVRAT M, LAMBERT R. Hemorragias digestivas et ulcères gastro-duodenaux déclenchées par l'aspirine. *Presse Méd*, 66: 1945, 1958.
- LONGSTRETH GF. Cimetidine suppression of nocturnal gastric secretion in active duodenal ulcer. *New Engl J Med*, 294: 801, 1976.
- LARGHERO P. Hemorragias graves del tracto digestivo superior. *Sup An Fac Med*. Montevideo. Rosgal, 1960.
- MAC DONALD AS, STEELE BJ. Treatment of Stress induced upper gastro intestinal hemorrhage with metiamide. *Lancet*, 1: 68, 1976.
- MARELLA M, PEREIRA O, CASSINELLI J, FALCONI LM. Pólipos adenomatosos brunneriano de duodeno. *Cir Urug*, 44: 96, 1974.
- MENGUY R. Acute gastric mucosal lesions. Menguy, Surgery of Peptic Ulcers Major Problems in Clinical Surgery. Saunders, 1976, v. 18, p. 250, 1976.
- MENGUY R. Gastric Ulcerations. *Adv Surg*, 1972.
- MESCIA C, DELGADO B, FALCONI LM. Leiomioma de duodeno. *Cir Urug*, 44: 99, 1974.

36. MUÑOZ MONTEAVARO C, MESCIA C. La hemorragia digestiva en el cirrótico. *Cir Urug*, 44: 278, 1974.
37. MUÑOZ MONTEAVARO C, MECIA C, NISKI DE RYDEL R. Análisis de 585 casos de hemorragias digestivas. Congreso Panam Gastroent, 13º, Jornada Médica. Resúmenes, 1973.
38. NAHUM H, RUEFF B, CAZARD G. L'examen radiologique oesogastroduodenal en période hémorragique; technique et indications. *Presse Med*, 78: 244, 1970.
39. NEGROTTO J, NISKI DE RYDEL R. Hemorragias digestivas yatrogénicas. *Cir Urug*, 44: 289, 1974.
40. PERRONE L, PAPERAN JA, ESTRUGO R, SOJO E. Hemorragia digestiva grave por úlcera de neoboca gastroyeyunal. Diagnóstico preoperatorio fibroscópico. *Cir Urug*, 45: 73, 1975.
41. PRADERI LA. Hemorragias digestivas. Tratamiento quirúrgico. *Cir Urug*, 44: 299, 1975.
42. PEETERS J, DESNEUX J, CREMER M. Hemorrhagic gastric erosions, one of the most severe causes of Gastric Haemorrhage. Urgent Endoscopy of Digestive and Abd. *Dis Int Symp Prague*, 1971.
43. REUTER W. Angiographic localization of gastrointestinal bleeding. *Gastroenterology*, 54: 876, 1968.
44. SIBILLY A, BOUTELIER Ph. Les complications digestives du stress. Congrès de l'association française de Chirurgie. *J Chir*, 108: 117, 1974.
45. SOJO E, ESTAPE G. Contribución de nuevos métodos al diagnóstico del cáncer gástrico. *Cir Urug*, 45: 97, 1975.
46. SOJO E, ESTAPE G. Aporte de la fibroscopia en el diagnóstico de las hemorragias digestivas altas. *Rev Argent Cir*, 31: 161, 1976.
47. SOJO E. Diagnóstico del cáncer gástrico superficial. Tesis de Doctorado. Fac. Med. Montevideo, 1975. (Inédita).
48. SUIFFET W. Traumatismos del esófago. *Cir Urug*, 45 (Sup.): 16, 1975.
49. TROSTCHANSKY J, SARROCA C. Poliposis gástrica. *Cir Urug*, 46: 366, 1976.
50. VALLS A, ESTAPE G. Síndrome de Mallory-Weiss. *Cir Urug*, 44: 89, 1974.
51. WELCH CE, HEDBERG S, BAUM S, ATHANASOULIS C. Gastrointestinal Hemorrhage. *Adv Surg*, 7: 95, 1973.
52. WOLFF WI, SHINYA H. Modern Endoscopy of the Alimentary tract. Current Problems in Surgery. Chicago. Year Book Med Pub, 1974.
53. WYCHULIS AR, PRIESTLEY JT. A study of 360 patients with gastroyeyunal ulceration. *Surg Gynecol Obstet*, 122: 89, 1966.
54. ZERBONI E. La radiología precoz en las hemorragias gastroduodeno-esofágicas. Sup An Fac Med Montevideo, Rosgal, 1960.