

Caso

Hemorragia Digestiva Alta

Dr. Javier Topor



SANATORIO MATER DEI

- Paciente de 89 años de edad y sexo masculino que consulta por hematemesis asociada a hipotensión arterial.
- Antecedentes personales:
 - HTA en tratamiento con enalapril.
 - Demencia senil.
- Examen físico:
 - TA 100-80 mm Hg. FC 94'.
- Hto 32, urea 56, glucemia 115.
Hepatograma, creatinina y coagulograma normales.

Pregunta n° 1

En la institución que usted trabaja

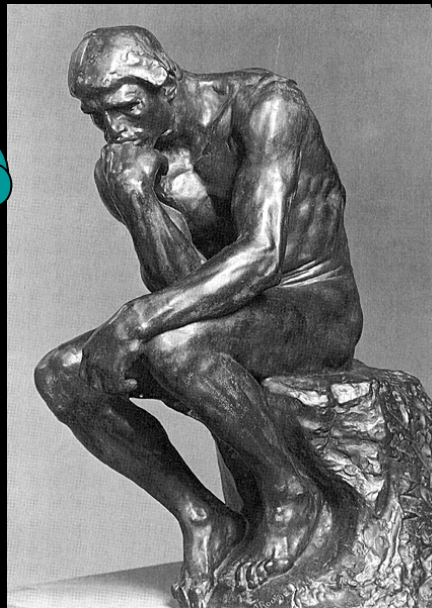
1. Todos los pacientes que presentan HDA se internan.
2. La decisión de internar a un paciente con HDA se realiza luego del examen clínico (interrogatorio + examen físico + análisis de sangre).
3. La decisión de internar a un paciente con HDA se realiza luego del examen clínico + evaluación endoscópica.
4. Únicamente se internan los pacientes a los que les realizó tratamiento endoscópico.

VALORACION DE RIESGO

¿Alcanza con
datos
clínicos?

¿Endoscopia?

¿Los dos?



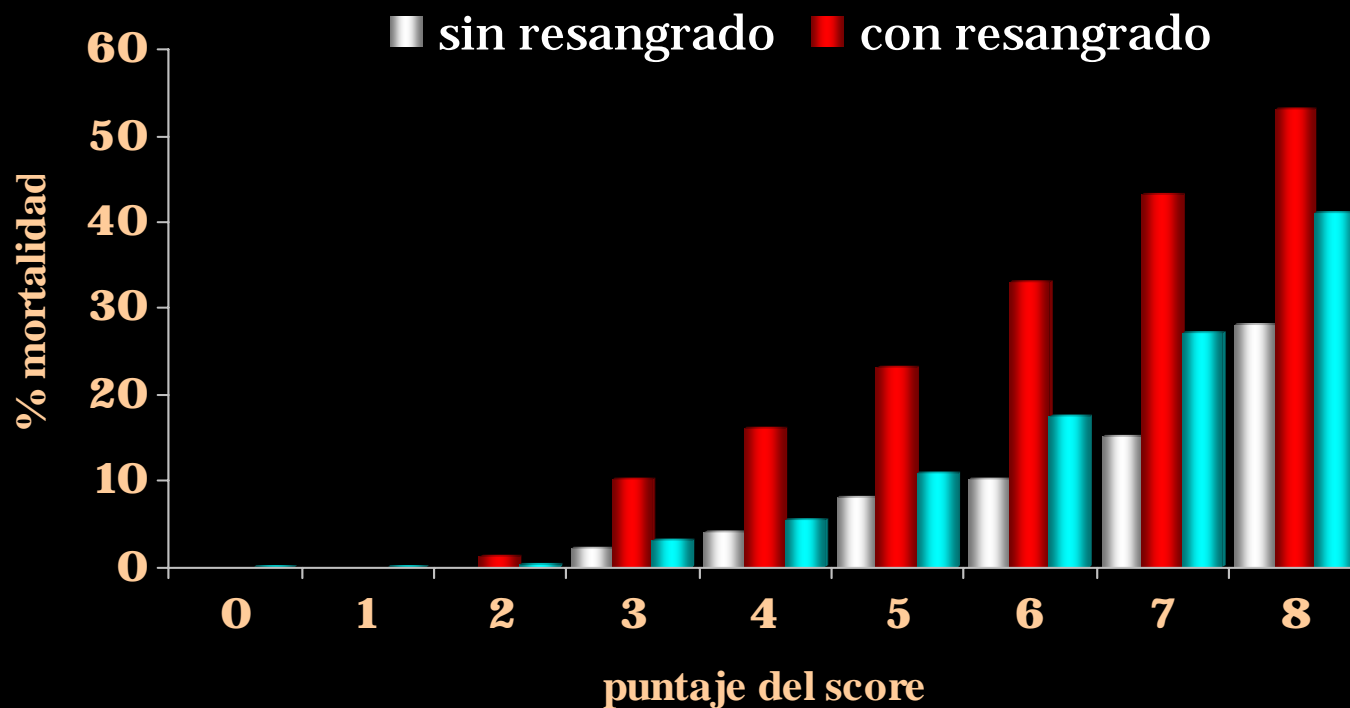
¿Alto o bajo
riesgo de
resangrado?

EVALUACION DE RIESGO

SCORE DE ROCKALL

Variable	Score			
	0	1	2	3
Edad	<60	>60-79	>80	
P. sistólica	>100	>100	<100	
Frec. cardíaca	<100	>100	>100	
Enfermed. comorbidas			IC otras mayores	IR,IH, Neo diseminado
Diagnóstico	Mallory Weiss sin estigmas sin lesión	Otros diagnósticos	Neoplasia	
E.S.R	Sin o M.H.P		Sangre en cavidad Forrest 1-2	

EVALUACION DE RIESGO SCORE DE ROCKALL



- ✓ 0,1 y 2 → mortalidad < 5%
- ✓ identifica 15% de los casos al ingreso y 26% post endoscopia con bajo riesgo de resangrado

EVALUACION DE RIESGO

Score de Blatchford

UREA mmol	
> 65 < 80	2
> 80 < 100	3
> 100 < 250	4
> 250	6

Hb HOMBRES	
> 12.0 < 13.0	1
>10.0 < 12.0	3
> 100	6

Hb MUJERES	
>10.0 < 12.0	3
> 100	6

TA SISTÓLICA (mmHg)	
100-109	1
90-99	2
<90	3

OTROS MARCADORES	
FC > 100	1
melena	1
síncope	2
hepatopatía	2
Insuficiencia Cardíaca	2

UREA < 6.5 mmol/L
Hb > H:13.0 o M: 12.0
TA > 110 mmHg
Fc < 100



99% SENSIBILIDAD

Pregunta n° 2

¿Qué conducta tomaría?

1. Inyección de adrenalina
2. Tratamiento endoscópico combinado (inyección + hemostasia con método térmico o mecánico)
3. Inyección + infusión continua de IBPs
4. Tratamiento endoscópico combinado + infusión continua de IBPs
5. Tratamiento endoscópico + IBPs sin goteo continuo

TRATAMIENTO COMBINADO

Metaanálisis de 16 estudios inyección adrenalina
(n 1673) más 2^{do} procedimiento

Calvet X. *Gastroenterology* 2004;126:441–450

Disminuyó resangrado

18.4→10.6% (OR 0.53, 95% IC: 0.40-0.69)

Disminuyó cirugía de urgencia

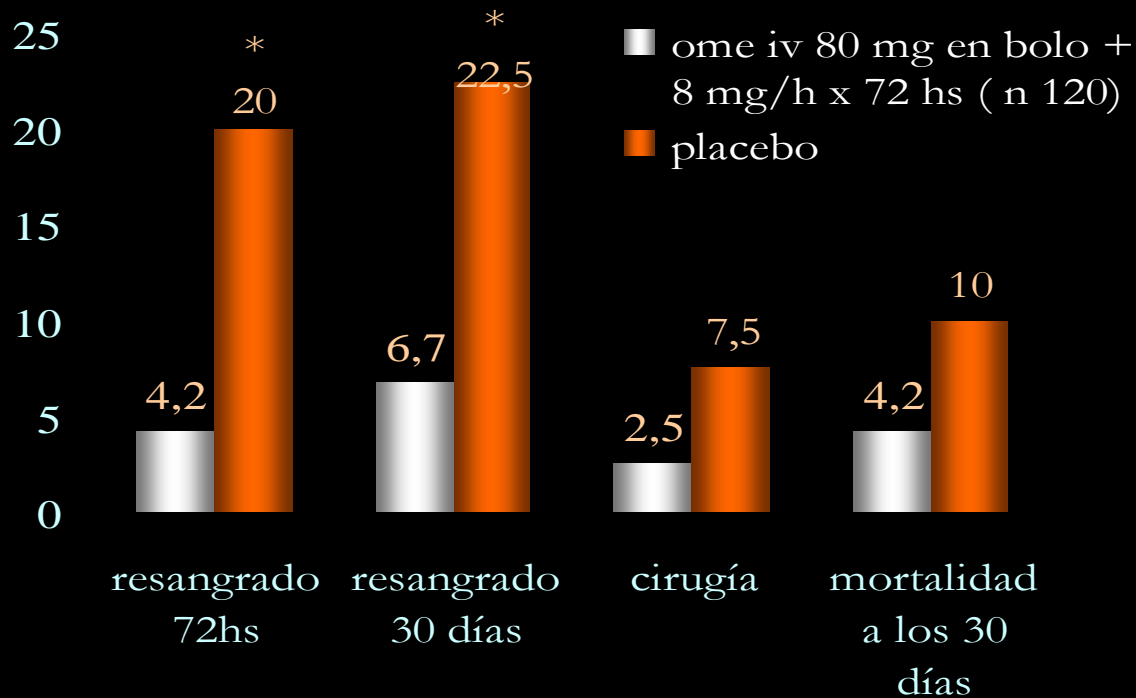
11.3→7.6% (OR 0.64, 95% IC: 0.46-0.90)

Disminuyó mortalidad

5.1→2.6% (OR 0.51, 95% IC: 0.51-0.84)

Resangrado ↓ sin importar que 2^{do} procedimiento se aplicó.
La disminución se observó en todos los subgrupos, pero fue más
evidente en el grupo de alto riesgo

GOTEO CONTINUO DE IBP EN HDA



Reingresa a las tres semanas por cuadro de vómitos de 48 hs de evolución asociado a signos de deshidratación (oliguria, alcalosis metabólica e hipotensión ortostática).

Se realiza nueva VEDA

Pregunta n° 3

¿Cuál es el diagnóstico más probable?

1. úlcera penetrante
2. úlcera perforada
3. íleo biliar
4. infiltración tumoral
5. fístula aortoentérica

Pregunta n° 4

Ante la imposibilidad de extraer el cálculo por
vía endoscópica

¿Qué conducta tomaría?

1. Enterotomía + litotomía
2. Enterotomía + litotomía + cierre de fístula
3. Enterotomía + litotomía + cierre de fístula + colecistectomía
4. Enterotomía + litotomía + colecistectomía

Síndrome de Bouveret

- Obstrucción del tracto de salida gástrico x lito en estomago distal o duodeno proximal
- < 5% de los ileos biliares
- Mortalidad elevada
- Dx: VEDA, Rx, TAC, eco, MRCP etc.
- Tratamiento inicial: desobstrucción