

Licenciatura en Medicina Humana

Materia:
Clínica Quirúrgica.

Trabajo:
Hemorragia del tubo digestivo y patología biliar

Docente:
Dr. Zebadua Guillen Eduardo.

Alumno:
Carlos Alfredo Solano Díaz.

Semestre y Grupo:
5° "A"

Tuxtla Gutiérrez, Chiapas a; 16 de Mayo del 2021.

HEMORRAGIA DIGESTIVA BAJA

Un sangrado agudo puede ocasionar inestabilidad de signos vitales, anemia y necesidad de transfusión sanguínea (30%) y cirugía urgente. El sangrado crónico se puede manifestar en la forma de sangrado oculto en heces, melena intermitente o hematoquecia escasa, o pequeñas cantidades de sangre visible en el recto.

INCIDENCIA

La incidencia calculada es de 21 a 27 casos por 100 000 adultos por año, con predominio en hombres. La HTDB representa el 20% de todos los sangrados del tubo digestivo; por lo general es crónica y se resuelve de modo espontáneo (90%); una pequeña proporción de estos pacientes requiere algún procedimiento invasivo para el control de la hemorragia.

PRESENTACIÓN CLÍNICA

El paciente refiere casi siempre salida de sangre color rojo o marrón por el ano y asimismo síntomas adjuntos, entre ellos dolor abdominal. Son posibles síncope o hipotensión ortostática como primera manifestación. Las más de las veces, el origen de la HTDB es el colon. La enfermedad diverticular es la causa más frecuente de HTDB (17 a 40%), seguida de lesiones vasculares colónicas (2 a 30%), colitis (isquémica, posradiación, infecciosa), enfermedad inflamatoria intestinal, tumores de colon malignos (11 a 14%), y afección anorrectal como la enfermedad hemorroidal, fisuras y varices rectales (4 a 10%); otras causas son el divertículo de Meckel, la lesión del intestino delgado, y el sangrado posterior a polipectomía (2 a 9%).

ETIOLOGÍA Y DIAGNÓSTICOS DIFERENCIALES

Enfermedad diverticular. Es la causa más común de HTDB;² el promedio de sangrado en divertículos es de 4 a 48%. Por lo regular, la hemorragia se origina en un solo divertículo, en el lado derecho, y remite por sí sola en 80 a 90%.

Malformaciones arteriovenosas (angiodisplasia). Pueden ser aisladas o múltiples y provocan 1 a 4% de las HTDB, con mayor riesgo en pacientes mayores de 60 años. La causa es la comunicación arteriovenosa en la submucosa o mucosa. Se relaciona muchas veces con insuficiencia renal, enfermedad de von Willebrand y síndrome de Weber-Rendu.

Enfermedad inflamatoria intestinal. Es una causa habitual de HTDB y se relaciona con cambios en el hábito intestinal, en especial diarrea.

Neoplasias. Las tumoraciones en colon, benignas o malignas, causan con frecuencia HTDB, en la mayor parte de los casos no graves. Producen 7 a 33% de las HTDB.

Colitis isquémica. Es una rara causa del HTDB. La diarrea sanguinolenta después de un dolor abdominal intenso es indicativa de esta alteración.

Fístula aortoentérica. Es rara y se origina por cirugía vascular previa. Por lo regular se presenta en la forma de sangrado masivo con una elevada mortalidad.

Enfermedad anorrectal. La enfermedad hemorroidal y las fisuras se pueden presentar en 11% como HTDB.

Intestino delgado. Pese a que representa casi 90% de la superficie gastrointestinal, sólo da lugar a 3 a 5% de las HTDB;³ el problema más común es la angiodisplasia.

VALORACIÓN

El objetivo de la evaluación lo determina la gravedad del sangrado tras calcular la pérdida aproximada. Después de valorar la intensidad de la hemorragia es necesario promover la estabilidad hemodinámica con el manejo de urgencia; en caso de requerir reposición de volumen se administran soluciones cristaloides o hemocomponentes, según sean los requerimientos del paciente; el diagnóstico etiológico y el tratamiento representan un reto.

COLONOSCOPIA

La colonoscopia de urgencia es el procedimiento de elección en la HTDB, pero debe efectuarse sólo si el paciente se encuentra estable en términos hemodinámicos y sobre todo si el sangrado se autolimita.

ANGIOGRAFÍA

El cateterismo de la arteria mesentérica superior o inferior y tronco celiaco se realiza por medio del acceso femoral mediante técnica de Seldinger. La angiografía puede ser diagnóstica y terapéutica. Está indicada en la hemorragia profusa y activa. Se puede detectar el sitio hemorrágico si el sangrado es de 0.5 a 1 mL/min al momento de la administración del contraste; en caso contrario, la prueba es negativa. Se considera una prueba positiva cuando se observa salida de contraste a la luz intestinal.

ESTUDIOS NUCLEARES

Los estudios nucleares son más sensibles que la angiografía, pero la localización del sitio hemorrágico es menos precisa. Es posible identificar un sangrado de 0.1 mL/min.

CÁPSULA ENDOSCÓPICA

La videocápsula endoscópica es una nueva y prometedora técnica. Por el momento, la experiencia es limitada pero los resultados preliminares son promisorios. En raras ocasiones de sangrado colorrectal está indicada.

ENTEROSCOPIA

Puede llevarse a cabo en quienes persiste el sangrado y el sitio hemorrágico no se ha identificado. El procedimiento se efectúa con un enteroscopio especial a través de la boca y posee precisión diagnóstica publicada de 25%.

TOMOGRAFÍA AXIAL COMPUTARIZADA

La tomografía con cortes finos en el diagnóstico de HTDB se encuentra en desarrollo. En la actualidad sólo identifica signos indirectos de sangrado, como la hiperdensidad de la grasa alrededor del intestino, el reforzamiento del contraste en la pared intestinal y la extravasación del medio de contraste.

TRATAMIENTO

El manejo inicial de urgencia en la HTDB es el mismo, cualquiera que sean sus causas. El tratamiento dirigido inicia tan pronto se estabiliza e identifica la causa de la hemorragia.

SANGRADO POR DIVERTÍCULOS COLÓNICOS

La colonoscopia puede reducir la necesidad de cirugía y se practica en las primeras 24 h de ingreso con una preparación intestinal oral rápida.

SANGRADO POR ANGIODISPLASIA

El sangrado por angiodisplasia puede controlarse de forma exitosa con tratamiento endoscópico mediante coagulación bipolar o monopolar, coagulación con plasma-argón o láser Nd:YAG.

El procedimiento térmico es aún de elección con un espectro de éxito de 50 a 87%. Si se requiere angiografía mesentérica para identificar el sitio exacto del sangrado, la infusión de vasopresina o la embolización se realizan después de reconocer el sitio del sangrado.

SANGRADO POR ALTERACIONES PERIANALES

De manera excepcional, estas condiciones se presentan con sangrado profuso y el tratamiento debe enfocarse en la enfermedad subyacente.

TRATAMIENTO QUIRÚRGICO

La cirugía de urgencia está indicada en 10 a 25% de los pacientes con HTDB, las más de las veces por hemorragia que no es posible controlar con el tratamiento no quirúrgico.

Los pacientes que requieren múltiples transfusiones (>8 paquetes globulares) deben someterse a cirugía. Ésta se acompaña de una mortalidad de 35%.

Si el sitio hemorrágico se ha identificado antes la cirugía, el cirujano debe realizar una resección de acuerdo con la afección causante. En caso de sangrado de origen desconocido está indicado practicar colonoscopia y estereoscopia trans- peratoria.

PRONÓSTICO

Alrededor de 80% de las HTDB remite por sí solo; el tratamiento quirúrgico es inevitable en 10 a 25% de los casos. Cuando el sitio del sangrado se reconoce antes de la intervención, el promedio de resangrado es de 8% y la mortalidad de 15%.

PATOLOGIA BILIAR

COLECISTITIS CRONICA LITIASICA

CONCEPTO

La colecistitis crónica litiásica se define como un proceso inflamatorio crónico de la vesícula biliar con episodios recurrentes de cólico biliar y presencia de cálculos o lodo biliar.

FISIOPATOLOGÍA

La principal función de la vesícula biliar es la de un reservorio. El epitelio tiene la capacidad de absorber y secretar líquidos y electrolitos en el interior; en ayuno se concentra la bilis y el estímulo de la colecistocinina inicia su vaciamiento a la vía biliar y el intestino proximal, donde se mezcla con las grasas y se facilita así la absorción de los lípidos. La bilis no utilizada llega al íleon terminal y ahí se absorbe para completar el circuito enterohepático.

CUADRO CLÍNICO

Hasta 50% de los pacientes cursa asintomático o bien con síntomas vagos hasta que se presenta el cuadro de dolor pun- gitivo en el hipocondrio derecho o

epigastrio, moderado e intermitente, y en ocasiones se irradia a la escápula o región interescapulovertebral derechas; con el tiempo, los episodios son más frecuentes. Algunas veces se relaciona con intolerancia a alimentos grasos (colecistocinéticos), con náusea y vómito ocasional. Muchos pacientes se catalogan como portadores de enfermedad acidopéptica por largos periodos de tiempo hasta que se someten a ultrasonido y se determina el diagnóstico de colecistolitiasis.

DIAGNÓSTICO

Las manifestaciones clínicas del paciente y la ecografía establecen el diagnóstico en la mayor parte de los casos. El mejor método diagnóstico por imagen es el ultrasonido, un método de estudio no invasivo que se ha utilizado desde hace más de 30 años y cuya sensibilidad es de 98% para colecistitis crónica litiásica y especificidad de 95%; el estudio reconoce cálculos como imágenes hiperecoicas que emiten sombra acústica posterior y cambian de posición con la movilización, todo biliar que se observa como un material hiperecoico dentro de la vesícula homogéneo pero sin producir sombra sónica, o pólipos diagnosticados con mayor certeza con el ultrasonido Doppler; este último muestra la irrigación sanguínea, cálculos que no cambian de posición con la movilización

Diagnóstico diferencial

Es preciso determinar el diagnóstico diferencial con úlcera péptica, neumonía, litiasis renal, hepatopatías, hernias, reflujo gastroesofágico y angina de pecho. Y, en los casos de colecistitis aguda, se establece el diagnóstico diferencial con úlcera péptica perforada o penetrada, apendicitis aguda, pancreatitis, hepatitis, absceso hepático amebiano, infarto agudo de miocardio, neumonía, pleuresía y herpes zóster.

TRATAMIENTO

En la actualidad, el tratamiento de elección es la colecistectomía laparoscópica considerada como el estándar de oro en el tratamiento de la colecistitis crónica litiásica desde hace más de dos décadas; tiene las ventajas de reducir la estancia hospitalaria, disminuir el dolor posoperatorio, mejorar los resultados estéticos y favorecer un regreso más temprano a las actividades normales. También existe el procedimiento abierto que se selecciona como opción quirúrgica si no se cuenta con el equipo de laparoscopia necesario, cuando no se dispone del entrenamiento para realizarlo, se decide una conversión (3 a 5% de casos), hay sospecha preoperatoria de un cáncer de vesícula, colecistitis xantogranulomatosa, fístula colecistoentérica (presencia de neumobilia en la placa simple de abdomen o el ultrasonido), casos de perforación vesicular (leucocitosis > 20 000, fiebre elevada y plastrón palpable), ya que en estos casos el porcentaje de conversión es hasta de 50%; también está indicada en casos de sospecha de coledocolitiasis y cuando el cirujano no cuente con el instrumental adecuado para efectuar la exploración de vías biliares

HISTOPATOLOGÍA

Los hallazgos histopatológicos y las lesiones en la vesícula biliar varían según sean la raza, el país y la institución. En las colecistitis agudas se encuentran infiltración de neutrófilos en la mucosa, muscular o submucosa vesicular, aplanamiento local con denudamiento de los pliegues mucosos y edema tisular. En la colecistitis crónica hay linfocitos en la mucosa, muscular o submucosa, además de células plasmáticas y macrófagos entre el epitelio columnar y los senos de Rokitansky-Aschoff en la capa muscular con o sin engrosamiento o fibrosis de la pared.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Grossman, S, & Mattson, C. Fisiopatología(9a edición ed). Barcelona, España: Wolters Kluwer.
- Argente, H,. & Alvarez, M. Semioogia Medica (Fisiopatología, Semiotecnia y Propedeutica) CD MX, Mexico.