



Facultad de Ciencias Médicas
Universidad Nacional de Rosario - Argentina



Carrera: Medicina

Tercer Ciclo: Diagnóstico, Tratamiento y Recuperación

Área: Clínica Médica 5to año



UNIDAD TEMÁTICA 39: SÍNCOPE. HEMORRAGIAS DIGESTIVAS. SHOCK HEMORRÁGICO – HIPOVOLÉMICO.

Autores: Sebastián Ferretti¹, Roberto Parodi², Elías Nassier³, Paula Barriera³

¹Cátedra de Gastroenterología y Hepatología

²Clínica Médica - UDA Hospital Centenario

³Ayudante de Cátedra Clínica Médica- UDA Hospital Centenario.

OBJETIVOS:

- Adquirir los conceptos actuales sobre el diagnóstico, etiología y abordaje inicial de un paciente con hemorragia digestiva.
- Identificar variables que permitan definir la gravedad del cuadro y la conducta a tomar en base al compromiso hemodinámica y las comorbilidades del paciente.
- Desarrollar aptitudes para determinar el origen de las hemorragias digestivas altas y bajas, y para adoptar los enfoques diagnósticos y terapéuticos necesarios y oportunos (incluidos los fármacos vasoactivos, la reposición de volumen, la transfusión de sangre, la endoscopia terapéutica y la intervención quirúrgica).
- Conocer la diferencia entre hemorragia digestiva alta y baja. Reconocer con precisión las diferencias entre melena, enterorragia, hematoquecia y proctorragia.
- Conocer las patologías más frecuentes que originan hemorragia digestiva.
- Conducta inicial ante un paciente con hemorragia digestiva. Algoritmos diagnósticos en hemorragia digestiva.
- Reconocer las variables que determinan su tratamiento. Alternativas terapéuticas en las patologías más frecuentes. Distinguir la hemorragia digestiva alta variceal y no variceal.

- Comprender la fisiopatología de la hemorragia digestiva variceal en pacientes con cirrosis enfatizando el protagonismo de la hipertensión portal como eje principal.
- Establecer el abordaje diagnóstico, de tratamiento y prevención primaria y secundaria del sangrado por várices esofágicas.
- Evaluación inicial del síncope. Causas, diagnósticos diferenciales, metodología de estudio. Pautas de alarma para definir hospitalización.
- Shock hemorrágico e hipovolémico. Manejo inicial, reanimación.
- Utilidad de la ecografía a pie de cama (POCUS: Point-of-care ultrasonography) para la evaluación hemodinámica.

CASO CLINICO:

Rodolfo (64 años) es traído a la guardia de un sanatorio privado por sistema de emergencias en ambulancia, luego de que presente pérdida de conocimiento y caída, interpretada como síncope, mientras jugaba al golf.

Los familiares (su esposa Ma. del Pilar y su hija Milagros), relatan que 48 horas previas al síncope, Rodolfo había referido tener deposiciones de color negro oscuro en varias ocasiones. Y en las horas previas, refirió mareos, asociado a palpitaciones, sudoración fría y sensación de desmayo inminente. Quisieron llamar a un servicio de urgencias domiciliaria, pero Rodolfo se negó, y se fue a jugar al golf.

Se realiza un interrogatorio dirigido a familiares en contexto de emergencia y focalizado a la situación.

Refieren una ingesta diaria de vino tinto (una botella 750ml en dos comidas) y un vaso de whisky todas las noches desde los 45 años, aproximadamente (calculado estimado 90 g alcohol/día)

Consumo de antiinflamatorios en la última semana (diclofenac e ibuprofeno, desconocen las dosis ingeridas), por lumbalgia.

Niegan antecedentes de hemorragias digestivas, de patologías del tubo digestivo, arritmias, enfermedades cardiovasculares, uso de otros medicamentos como anticoagulantes o antiagregantes plaquetarios. Niega otras enfermedades crónicas, pero se encuentra alejado de controles de salud, en al menos los últimos 5 años.

Ingresa a Unidad de Cuidados Intensivos (UCI) de un sanatorio privado, presenta vía periférica de calibre 18 Gauge colocada en la ambulancia (el médico y el paramédico de la ambulancia, refiere dificultad para colocar acceso venoso periférico, y relatan que al arribar al sitio de atención, lo encontraron hipotenso (PA 60/40 mmHg), taquicárdico (FC 118x'), obnubilado, con apertura ocular espontánea, respondiendo a órdenes, movilizándolo los 4 miembros, tendido en el campo de golf, sin signos de traumatismos ni heridas, y que los acompañantes refirieron que “se sentía mal, algo mareado y se desmayó, con recuperación de la conciencia en segundos”. El tiempo transcurrido entre el eventual síncope y la asistencia de la ambulancia fue de 20 minutos, y entre el traslado desde el campo de golf al sanatorio otros 20 minutos, durante el viaje se administraron 1500 cc de suero fisiológico.

- **Examen físico dirigido en la urgencia en su ingreso a UCI:**

Presenta palidez cutáneo-mucosa, sudoración, relleno capilar lento, piloerección cutánea, escleras ictéricas, somnoliento y con desorientación témporo-espacial. Se constatan telangiectasias en tronco (“nevus arácnidos”), hipertrofia parotídea bilateral, disminución del vello en axilas, pubis y tórax, hipogonadismo, circulación colateral sobre pared abdominal, ginecomastia y eritema palmar.

Signos vitales: Presión arterial: 75/55 mmHg, presión arterial media (PAM): 62 mmHg. Frecuencia cardíaca 135 lat/min, Frecuencia respiratoria: 22 ciclos /min. Temperatura: 35.8°C.

Aparato respiratorio: Auscultación normal sin ruidos agregados.

Aparato cardiovascular: Latido apexiano 5to espacio intercostal, línea hemiclavicular, Ruidos netos, silencios libres sin soplos. Ingurgitación yugular ausente.

Abdomen: Hepatomegalia 2 cm por debajo del reborde costal de consistencia aumentada. Esplenomegalia palpada con maniobra de Schuster, espacio de Traube con matidez. Circulación colateral, sin vellos. Blando, depresible, indoloro, timpánico.

Miembros: Sin alteraciones, sin edemas.

PREGUNTAS GUÍAS:

- ✓ *¿Cómo interpreta el cuadro del paciente? ¿Cuál es su sospecha inicial?*
- ✓ *¿Qué entidades se manifiestan con pérdida brusca del conocimiento? ¿Qué elementos clínicos permiten diferenciar el síncope de las convulsiones?*
- ✓ *Revise etiología de síncope, pautas de alarma, metodología de estudio y tratamiento.*
- ✓ *¿En qué parámetros basa la evaluación hemodinámica de un paciente? Revise tipos de shock, su diagnóstico y tratamiento inicial (reanimación). ¿Qué es el Tilt Test y para qué sirve?*
- ✓ *¿Qué datos del interrogatorio, antecedentes y examen físico orientan a la presencia de una probable hepatopatía crónica? Intente dar una explicación fisiopatológica a cada hallazgo.*
- ✓ *¿Qué rol podría tener el uso de antiinflamatorios en el cuadro clínico de Rodolfo?*

• Laboratorio inicial de urgencia:

Hematocrito (%)	19
Hemoglobina (g/dl)	6
Glóbulos blancos (/mm ³)	8500
Plaquetas (/mm ³)	78000
Glicemia (mg/dl)	124
Urea (mg/dl)	69
Creatinina (mg/dl)	1,2
Sodio (meq/L)	128
Potasio (mep/L)	4,1
GOT (UI/L)	126
GPT (UI/L)	79

FAL (UI/L)	125
GGT (UI/L)	210
Bilirrubina total (mg/dl)	3,5
Bilirrubina directa (mg/dl)	2,6
TP	21
KPTT	45
RIN	2,3
Albúmina (g/dl)	2,9
PCR	2,5
Colinesterasa (UI/l)	2200
Grupo y factor sanguíneo	A+

PREGUNTAS GUÍAS:

- ✓ *¿Cómo interpreta las alteraciones del laboratorio? Revise parámetros de laboratorio hepático y su significado, ¿Cuáles determinaciones indican reserva y función hepática?*
- ✓ *¿Cuál sería su manejo inicial del paciente y metodología de estudio? ¿Qué tipo de hemorragia digestiva sospecha y cuáles estima los diagnósticos etiológicos más probables?*

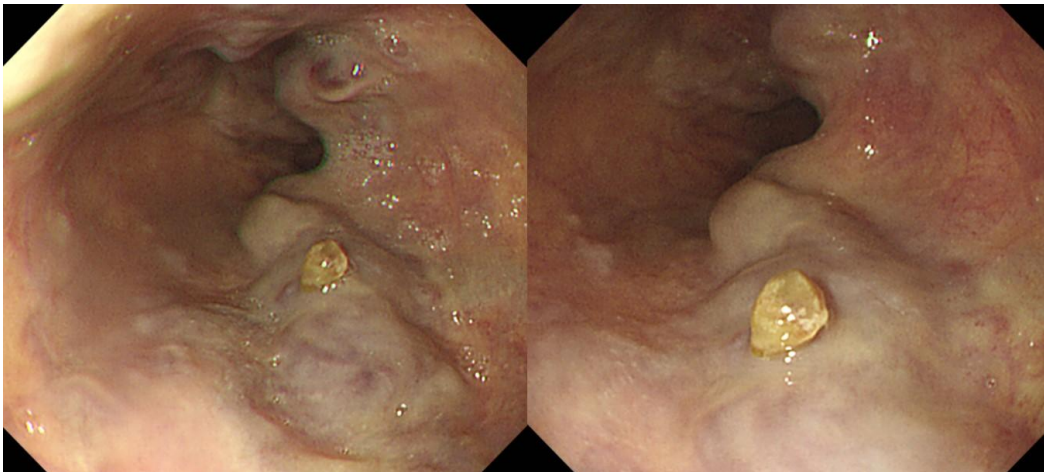
Manejo inicial: se coloca vía central yugular derecha bajo control ecográfico. Abordaje inicial asistido por POCUS para definir el estado hemodinámico: hallazgos globalmente compatibles con shock hipovolémico/hemorrágico. Interpretación del cuadro: hemorragia digestiva alta severa, en el contexto de cirrosis hepática con hipertensión portal. Corazón con función sistólica conservada–hiperdinámica, sin datos sugestivos de shock cardiogénico ni taponamiento cardíaco. Vena cava inferior de pequeño calibre y colapsable, en consonancia con depleción del volumen intravascular. No se identifican signos de aneurisma de aorta abdominal roto ni de otras causas obstructivas de shock valorables mediante POCUS.

Se realiza expansión de volumen con solución fisiológica (1,5 litros en 20 minutos) con mejoría del estado hemodinámico. Debido a la alteración del sensorio y el consiguiente riesgo de broncoaspiración, se procede a la intubación del paciente para la realización de videoesofagogastroduodenoscopia bajo sedación de urgencia.

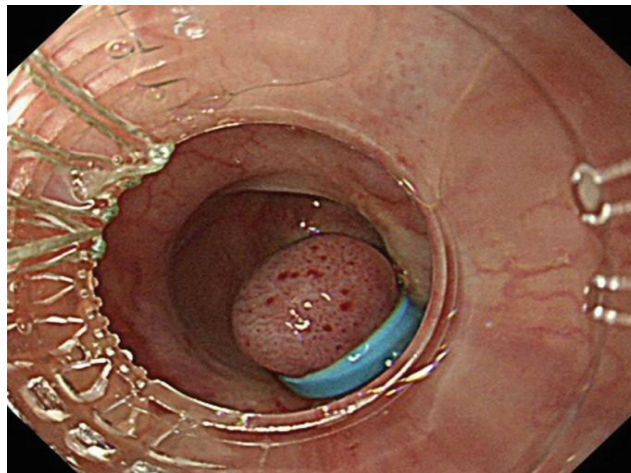
En la misma se observan várices esofágicas de gran tamaño con coágulo adherido sobre un cordón variceal como estigma de sangrado reciente. (Ver foto).

Se realiza ligadura de várices colocándose 5 bandas elásticas sobre los cordones varicosos. (Ver foto)

Videoesofagogastroduodenoscopia: Coágulo adherido sobre cordón varicoso



Ligadura endoscópica



Luego de confirmado el origen del sangrado por ruptura de várices esofágicas se instaura tratamiento farmacológico con terlipresina en bolo (2 mg cada 4 hs endovenoso). Se transfunden dos unidades de glóbulos rojos y se instaura profilaxis antibiótica con ceftriaxona 1 gramo/día EV.

PREGUNTAS GUÍAS:

- ✓ *¿Cuál es el rol de POCUS en la valoración inicial de un paciente en shock?*
- ✓ *¿Cómo se define una hemorragia digestiva alta y cuáles son las formas de presentación de la misma?*
- ✓ *¿Cuáles son las principales causas de hemorragia digestiva alta?*
- ✓ *Revise fisiopatología, complicaciones y manejo de las várices esofágicas.*
- ✓ *¿Qué manifestaciones puede presentar la hipertensión portal?*
- ✓ *Revise estrategia terapéutica en pacientes con várices esofágicas. ¿Qué es y cómo actúa la terlipresina? ¿Existe alguna estrategia que se focalice en la prevención de un sangrado o re-sangrado variceal?*
- ✓ *Revise indicaciones de transfusiones de hemoderivados*
- ✓ *¿Cómo se establece el diagnóstico de cirrosis hepática?*
- ✓ *¿Qué causas de hepatopatías crónicas conoce? ¿Cómo realizaría la búsqueda de la causa de la cirrosis?*
- ✓ *¿Cuál es el rol actual de los métodos no invasivos para cuantificar fibrosis hepática en el diagnóstico y la clasificación de las hepatopatías crónicas?*
- ✓ *¿Existe algún tipo de estratificación pronóstica de la enfermedad hepática crónica? ¿Qué diferencia existe entre cirrosis compensada y descompensada?*
- ✓ *¿Cuáles son las principales complicaciones de la cirrosis?*

EVOLUCION:

Durante las 48 horas siguientes al ingreso el paciente permanece estable hemodinámicamente, sin repetir episodios de melena. Se observa mejoría del sensorio luego de la extubación. No presenta fiebre y se constata hematocrito 26%, hemoglobinemia 7,5 g/dl.

Se realiza **ecografía abdominal con Doppler** que informa un hígado aumentado de tamaño con ecoestructura heterogénea, bordes irregulares, esplenomegalia, circulación colateral, sin ascitis. Vena porta permeable.

Se suspende la terlipresina y se decide su **paso a sala general**.

SALA GENERAL:

Durante su estadía en sala general Rodolfo, presenta buena evolución, se encuentra lúcido, hemodinámicamente estable, afebril, con deposiciones normales luego de comenzar con la ingesta de alimentos.

Se completa la historia clínica y biografía, superada la urgencia:

Rodolfo nació en Pergamino, provincia de Buenos Aires. Niega antecedentes patológicos y quirúrgicos. A los 18 años se mudó a Rosario para estudiar Ingeniería Agrónoma, se graduó a los 25 años. Se casó con Ma. del Pilar hace 34 años, tuvieron tres hijos. Se dedica a la administración y

explotación de campos en Victoria y en Pergamino. No fuma. Consumo de alcohol 90 g/día desde los 45 años. Actividad física: juega al golf, en promedio tres veces por semana. Obesidad IMC 32 kg/m². No realiza controles de Salud desde hace más de 5 años. En algún control hace aproximadamente 8 años, refiere que le constataron cifras elevadas de presión arterial, sin realizar controles ulteriores, y en unos análisis le mencionaron que tenía un “síndrome metabólico, porque presentaba en el límite los valores de triglicéridos, ácido úrico y glicemia”. Presenta insomnio de múltiples despertares, y refiere sentirse irritable, enojado, por “problemas con sus hijos, especialmente uno”, pero se cierra en el relato. Ante la pregunta si se siente triste o angustiado, responde “yo me crié en el campo, trabajo desde los 12 años, eso no son cosas de hombres”. Antecedentes familiares: padre fallecido por ACV a los 75 años, padecía hipertensión arterial y diabetes. Madre fallecida a los 70 años por cáncer de mama, sin otros antecedentes. Hermano, Roberto, de 62 años, con dislipemia. Hijos: Milagros, con lupus eritematoso sistémico, Maite presenta enfermedad celíaca y tuvo “un coágulo en la pierna”, Benito, sin enfermedades, vive en USA (no me hable de ese hijo, está paveando con la música, en lugar de estar trabajando conmigo en el campo)

Se completa estudio de causas de hepatopatía crónica:

Elisa VHC	No reactivo
HBsAg	No reactivo
Factor antinúcleo (FAN)	Negativo
Ac anti músculo liso (AML)	Negativo

Ac antimitocondriales	Negativo
Ceruloplasmina (mg/dl)	26
Ferritina sérica (ng/ml)	23
Alfafetoproteína (ng/ml)	8
HbA1c (%)	5.8

Se informa al paciente el diagnóstico de cirrosis hepática de probable origen alcohólico, con descompensación debido a la ruptura de várices esofágicas.

Se le explica a Rodolfo y su familia la potencial gravedad de su cuadro y se pone énfasis en el cumplimiento de la abstinencia del alcohol y de la concurrencia a los controles para prevenir futuras descompensaciones. Se indica el alta con propranolol 40 mg cada 12hs y control ambulatorio por médico de cabecera y especialista en Hepatología.

SEGUIMIENTO AMBULATORIO:

Rodolfo concurre a la visita de control con Hugo, especialista en Hepatología, una semana posterior al alta. Se encuentra en buen estado general, lúcido. Mantiene abstinencia de la ingesta de alcohol sin dificultades. Continúa con propranolol 40 mg desayuno y cena, manteniendo una frecuencia cardíaca de 50 latidos por minutos.

Como parte del estudio de su hepatopatía crónica se solicita una elastografía hepática para establecer su estadio de la enfermedad y su pronóstico.

Se planea nueva sesión de ligadura endoscópica ambulatoria.

Además, se indica control semestral con ecografía abdominal para la detección precoz y *screening* de hepatocarcinoma.

- **Elastografía hepática por fibrosan** que informa 45 kpa de fibrosis (Cirrosis)

Interpretación de la elastografía hepática por fibrosan:

