

HOSPITAL MILITAR DOCENTE "Dr. MARIO MUÑOZ MONROY".

Disección espontánea de la carótida común como causa de sangramiento digestivo alto. A propósito de un caso

Spontaneous dissection of the common carotid as a cause of high digestive bleeding. On the purpose of a case

AUTORES

Dra. Yolanda Peñate Rodríguez. (1)

E-mail: mil.mtz@infomed.sld.cu

Dr. Libardo Castillo Lamas. (2)

Dr. Gilberto Galloso Cueto. (3)

Dr. Oriol Alfonso Moya. (4)

Est. Javier Cabrera Reyes. (5)

1)Especialista de 1er. Grado en Cirugía General.Hospital Militar Docente "Dr Mario Muñoz Monroy". Matanzas.

2) Especialista de 2da. Grado en Cirugía. Profesor Asistente.Hospital Militar Docente "Dr Mario Muñoz Monroy". Matanzas.

3)Especialista de 1er. Grado en Cirugía. Profesor Asistente. Hospital Militar Docente "Dr. Mario Muñoz Monroy". Matanzas.

4)Residente de 2do Año de Cirugía.Hospital Militar Docente "Dr. Mario Muñoz Monroy". Matanzas.

5)Estudiante de Medicina de 5to. Año. Alumno ayudante de Cirugía General.Hospital Militar Docente "Dr. Mario Muñoz Monroy". Matanzas.

RESUMEN

El sangramiento digestivo alto es una entidad de presentación frecuente en los servicios de urgencia hospitalaria y a pesar de los avances terapéuticos continúa teniendo una elevada mortalidad quirúrgica. Cuando se recibe, de inmediato nos damos a la tarea de constatar el sangrado, evaluar su intensidad y tomar medidas rápidas para su tratamiento. Se presenta un caso, en el que para orientarnos en su etiología encaminamos el interrogatorio hacia las principales causas que pueden originar este síndrome y es aquí donde ciertos detalles nos sorprenden y nos hace pensar que nos encontramos ante una causa poco frecuente de estos eventos.

DeCS:

HEMORRAGIA GASTROINTESTINAL/terapia
DISECCIÓN
ARTERIA CARÓTIDA COMÚN/cirugía
HUMANOS
FEMENINO
ADULTO

INTRODUCCIÓN

El Sangramiento Digestivo Alto (SDA) por concepto es la pérdida de sangre que puede estar originada desde la boca hasta el ángulo de Treits, (1) otros autores consideran su comienzo a partir del esófago alto. (2-3)

El cuadro clínico tiene diversas formas de presentación y está en dependencia de su magnitud, variando desde un sangramiento mínimo que se expresa como una anemia crónica hasta una hemorragia de inicio súbito que puede llevar al paciente a un estado de shock.

En su etiología hay coincidencia de las causas más frecuentes que lo originan. son: úlceras pépticas, gastroduodenitis hemorrágica y varices esofágicas (3-6), aunque en otros estudios varían en cuanto al orden. (1-2)

Existen un grupo de entidades que con muy poca frecuencia originan estas hemorragias digestivas y que por la gravedad de las mismas o por no pensar en ellas pueden causar la muerte del paciente en un período corto de tratamiento (3,7,8), por lo que hay que tenerlas en cuenta.

PRESENTACIÓN DEL CASO

Paciente blanca, femenina, de 44 años de edad, que siendo atendida y conducida por el Sistema Integrado de Urgencias Médicas (SIUM) y con destino hacia el Hospital Provincial de Matanzas, se ven obligados a cambiar la ruta hacia un centro hospitalario más cercano, por el empeoramiento rápido de su cuadro clínico.

Así, llega la paciente al cuerpo de guardia del Hospital Militar de Matanzas, en estado de shock por hipovolemia, con vómitos profusos de sangre, que cubrían toda su ropa y la camilla, dejando una estela de sangre por donde transitó la misma.

Se toman medidas urgentes para reponer volumen a la vez que se tipifica la sangre y se hacen demás complementarios a nuestro alcance.

La paciente responde favorablemente al tratamiento y recupera un estado de conciencia adecuado que permite interrogarla y orientarnos hacia la causa probable que originó el sangramiento.

Nos dice que es hipertensa, pero que se mantiene compensada con su tratamiento habitual, responde negativamente a sintomatología que pudiera corresponder con padecimiento de úlcera péptica, gastritis o hepatopatías causantes de hipertensión portal, pues el sangramiento por su magnitud nos recordaba el ocasionado por la ruptura de várices esofágicas; es entonces cuando nos llama la atención el débil y raro timbre de su voz, y le preguntamos si era su forma habitual de hablar. Para sorpresa nuestra nos dice que eso comenzó antes del sangramiento, señalando también que antes de ello notó "una pelotica", en el lado derecho del cuello, por lo que

acudió a su médico de la familia quien le impuso tratamiento con antiinflamatorio y antibiótico, interpretándose el caso como una "glándula inflamada", se le indican además estudios complementarios los cuales tramitaba. Ese día y después de un importante esfuerzo físico, notó que "la pelotica" aumentó bruscamente de tamaño, apareció dolor en la zona y cierta dificultad para respirar, por lo que acude nuevamente a su médico de familia y éste le indica hidrocortisona y dipirona, permaneciendo en el consultorio, pues la sintomatología no mejoraba, comienza además con dificultad para hablar, molestias en la garganta, tos, dificultad intensa para respirar y vómitos profusos de sangre. Por ello se activa el SIUM para su traslado a un centro hospitalario.

Al examen físico a su llegada presentaba:

Mucosas: Secas e intensamente pálidas. Cuello: Aumento de volumen ligero hacia el lateral derecho, con bordes no bien definidos, doloroso. Respiratorio: Murmullo vesicular conservado. Frecuencia respiratoria: 26 x minuto. Cardiovascular: Ruidos cardíacos débiles y taquicárdicos. Pulso periférico: 130 x minuto. Presión Arterial 60/40 mmHg

Complementarios:

- Hto 0,24
- Grupo y factor A negativo
- Leucograma $10,0 \times 10^9$ /L Segmentados 0,73 Linfocitos 0,27
- Ionograma Na 140 mEq/L K 3,9 mEq/L Cl 106 mEq/L
- Ultrasonido de cuello: Imagen compleja del lado que ocupa lateral derecho no bien delimitada.
- Panendoscopia: Escaso contenido de sangre en el estómago, probablemente deglutida, pues no se encuentra causa que justifique sangramiento en toda la zona explorada. Al retirar el equipo se vio en la pared lateral derecha de la hipofaringe flema sanguinolenta.
- Fibroscopia óptica: En hipofringe hacia pared lateral derecha, pequeña imagen redondeada, centrada por un coágulo, del que salen finas estrías sanguinolentas.
- Rx Tórax y Columna cervical: Sin alteraciones
- ECG: Taquicardia sinusal.

La paciente después del sangramiento mejora los síntomas que aquejaba. Se traslada a la Unidad de Terapia Intensiva, donde se le concluyen de transfundir 2 unidades de glóbulos, hidratación y control estricto del estado hemodinámico; así la paciente pasa el resto del día con pulso periférico de 108 por minuto y presión arterial en 90/60 mmHg.

A la mañana siguiente se discute el caso con el colectivo de cirujanos

e intensivistas, se decide dada la estabilidad hemodinámica, que se logra en horas de la noche, no trasfudir a pesar de mantener Hto en 0,20, pues el aumento de la volemia aumentaría la tensión arterial y esto podría eliminar la causa que de forma natural contuvo el sangramiento.

Se concluye que el cuadro clínico debió ser causado por un aneurisma de la carótida derecha que abrió hacia hipofaringe. La posibilidad de etiología infecciosa planteada en el área de salud queda descartada. La paciente se encontraba en el momento óptimo para confirmar localización exacta y causa del sangramiento para realizar tratamiento específico, pues de resangrar llevaría tratamiento quirúrgico de emergencia sin etiología confirmada y con grandes riesgos para la vida.

Se gestiona la posibilidad de realizar Tomografía Computarizada y Ecografía Doppler, lo cual no era posible efectuarse en la provincia. Se coordina entonces con un centro de referencia nacional en Ciudad de La Habana, se realiza el traslado de la paciente por el SIUM y con asistencia médica especializada.

En dicho centro se realizan estudios de urgencia y se opera, resultando la causa una disección espontánea de la carótida común antes de la bifurcación (9) con resultados quirúrgicos satisfactorios. En estos momentos la paciente está totalmente restablecida.

CONCLUSIONES

A pesar de que el SDA puede tener múltiples etiologías, la mayor casuística de estos episodios de sangrado se deben a un reducido tipo de lesiones, no obstante a ello siempre se debe pensar en aquellas causas infrecuentes que al sospecharlas nos hacen tomar conductas poco habituales que salvan la vida del paciente.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Hernández Ortega A, Sánchez Cruz JC, Álvarez Díaz M, Figueroa Vázquez A, Yanes Castellanos L. Comportamiento del sangramiento digestivo alto en pacientes endoscopiados. Rev méd electrón [Seriada en línea]. 2006 [Citado 22 Abr 2008]; 28(4) Disponible en: URL: <http://www.cpimtz.sld.cu/revista%20medica/ano%202006/vol4%202006/tema05.htm>
2. Escuela chilena de Medicina. Manual de gastroenterología; 2004. Disponible en URL: <http://escuela.med.puc.cl/paginas/publicaciones/Pediatria/ManualGastro/HDigestiva.html> [citado: 22 Abr 2008]
3. Vargas Tank L. Hemorragia digestiva alta. Rev Méd Chile. 2006; 129: 1387- 94.
4. Crespo Acebal L, Gil Manrique L, Padrón Sánchez A, Rittoles Navaro A, Villa Valdés M. Morbimortalidad por Sangramiento digestivo alto en Unidad de Cuidados Intermedios Quirúrgicos. Estudio de 365 pacientes. Rev Cubana Med Int Emerg. [Seriada en línea] Disponible en URL: http://bvs.sld.cu/revistas/mie/vol1_1_02/mie08102.htm [citado 22 Abr 2008]
5. Teixeira de Siqueira J. Hemorragia recidivante de úlcera péptica gastroduodenal. Cuba: Red de la Sociedad Cubana de Cirugía; 2009 Disponible en URL:

<http://www.sld.cu/uvs/cirured/buscar.php?>[citado 9 Mar 2008]

6. Cruz Alonso JR. Úlcera péptica penetrante en corazón. Reporte de un caso. Arch Cir Gen Dig. [Seriada en línea]. 2008[citado 22 Abr 2008]; 47(4) Disponible en: <http://www.cirugest.com/revista/2007/19/2007-09-17.htm> [citado 22 Abr 2008]
7. Leal Muesuli A, Rodríguez López E, Ramos Díaz N. Esclerodermia como causa de sangramiento digestivo alto: A propósito de un caso. Rev Cubana Cir. 2000;39(1):82-4.
8. Tagarro Villalba S, García Gimeno M, González González C, Rodríguez Camarero SJ. Aneurisma de la carótida extracraneal con estenosis crítica contralateral. Angiología. 2004;56(1):51-8
9. Albrecht Kramer Sch, Francisco Valdés E. Tratamiento quirúrgico de la enfermedad cerebral extracraneana no aterosclerótica. Chile: Pontificia universidad católica de Chile Facultad de medicina y Hospital clínico Sección de cirugía vascular;2004 Disponible en URL: http://escuela.med.puc.cl/deptos/CxVascular/PubliCxvascular/CirVasc_017.html [Citado 22 Abr 2008]

SUMMARY

High digestive bleeding is an entity of frequent presentation at the hospital emergency care services, and in spite of the therapeutic advances, it still presents a high surgical mortality. When a patient with high digestive bleeding enters the service, we take care of checking it, evaluating its intensity and taking fast measures to treat it. We present a case in which, to determine its etiology, we directed the inquiry to the main causes that may originate this syndrome, finding some details that surprised us and led to the conclusion that the cause was infrequent in these events.

MeSH:

GASTROINTESTINAL HEMORRHAGE/therapy
DISSECTION
CAROTID ARTERY, COMMON/surgery
HUMANS
FEMALE
ADULT

CÓMO CITAR ESTE ARTÍCULO

Peñate Rodríguez Y, Castillo Lamas L, Galloso Cueto G, Alfonso Moya O, Cabrera Reyes J. Diseción espontánea de la carótida común como causa de sangramiento digestivo alto. A propósito de un caso. Rev méd electrón[Seriada en línea] 2009; 31(1). Disponible en URL: <http://www.revmatanzas.sld.cu/revista%20medica/ano%202009/vol1%202009/tema18.htm> [consulta: fecha de acceso]