

HEMORRAGIAS DIGESTIVAS PROFUSAS (*)

Tumor exo - entérico del delgado

Dr. José P. Otero

L. O., 50 años. Ingreso: 11^a de marzo de 1954.

Diagnóstico: Anemia hipocrómica secundaria a hemorragia digestiva no especificada. Hipertensión arterial.

Enfermedad actual. 1.er ingreso (11-11-54). — Ingresa por cuadro de disnea permanente.

Se trata de un hipertenso conocido desde hace 3 ó 4 años con una cardiomegalia que desde hace alrededor de un año comienza con disnea de esfuerzo discreta que se ha acentuado el último mes.

Mareos y cefalalgias esporádicas.

Desde hace 5 ó 6 días antes del ingreso aumento brusco de su disnea que se hace permanente y aparición de tos seca, que se hace húmeda posteriormente.

Examen clínico (11-III-54). — Dr. Yannicelli.

Enfermo disneico, pálido; tose durante el examen, teniendo expectoración purulenta.

Ap. cardio-vascular: Punta no se palpa. Tonos cardíacos bien golpeados. Ritmo regular de 82 p.m. Soplo sistólico leve de punta.

Sistema arterial: No se palpa aorta. Presión 18/10. Sistema venoso s/p.

Aparato respiratorio: se auscultan estertores bronquiales medianos y finos en ambos campos pulmonares.

Resto del examen s/p.

Se pide placa de tórax, electrocardiograma, hemograma y eritrosedimentación.

Radiografía (11-III-54). — Tórax: placa grande; campos pulmonares s/p Mediano aumento de todos los diámetros cardíacos con acentuada hipertrofia del ventrículo izquierdo.

Evolución (12-III-54). — Hemograma: G. rojos: 2.500.000. Hb.:

(*) Trabajo presentado en la Sociedad de Cirugía el día 13 de julio de 1955.

BOLETÍN DE LA SOCIEDAD DE CIRUGÍA DEL URUGUAY

40 %. Vg.: 0.80. Leucocitosis: 8.000 (N: 73 %; E: 1 %; B: 1 %; M: 4 %; L: 21 %).

Eritrosedimentación: 1ª hora 58 m.

Hematocrito: 23 %.

Orina: normal.

Urea en suero: 0.25 %.

Electrocardiograma: Ritmo sinusal de 80 contracciones por minuto con el trazado anterior de fecha 2-IX-53; se observa mayor depresión del segmento ST y ondas negativas en todas las derivaciones menos en V2, presumiblemente por acción digitálica que exagera signos propios de sufrimiento miocárdico. Signo de sobrecarga izquierda seguramente exagerada por digitalización.

13 - III - 54. — Se pide reacción de Weber.

16 - III - 54. — La reacción de Weber es positiva. Se pide estudio radiológico de gastro-duodeno.

Transfusión de sangre de 300 c.c.

Se encuentra mejorado de su cuadro respiratorio. Menos estertores bronquiales. Persiste más o menos igual el tipo de expectoración purulenta y la cantidad que elimina por día (30 á 40 c.c.).

18 - III - 54. — Subjetiva y clínicamente mejor. Cuadro bronquial casi desaparecido, pero con persistencia de la expectoración purulenta. Se pide examen de expectoración, sensibilidad a los antibióticos y se reitera el pedido de gastro-duodeno.

Ayer se transfundieron 350 c.c. de sangre total sin reacciones.

20 - III - 54. — El estudio de gastro-duodeno no muestra anomalías.

Informe radiológico: estómago sin evidencia de lesiones; bulbo duodenal grande y bien formado.

Se insiste en el estudio digestivo por la anemia y el Weber positivo. Se pide estudio del colon por enema y nueva transfusión de sangre. Interrogado nuevamente dice que hace 6 meses tuvo una deposición con sangre y 15 días antes del ingreso otro episodio similar.

22 - III - 54. — Se hizo transfusión de 400 c.c. el sábado 20 que produjo pequeña reacción urticariana.

Hoy se practicó colon por enema, el cual no mostró anomalías radiológicas a nivel del segmento cólico.

Se pide nuevo hemograma y eritrosedimentación.

Estudio de la expectoración (Dr. Pradines): Pequeños bacilos gram negativos, estreptococos escasos y sarcinas; no se observan B.A.C. Posteriormente informa de la existencia del bacilo piocianico. La sensibilidad a los antibióticos es buena para terramicina y aureomicina; resistencia a penicilina e iloticina.

25 - III - 54. — En vista de ello se indica aureomicina 1 gr. por día. Muy mejorado de su expectoración. Se suspende aureomicina.

El nuevo hemograma muestra anemia casi invariable y el Weber es

otra vez positivo. Se pide estudio radiológico de gastro-duodeno en forma seriada en clínica particular especializada.

10 - IV - 54. — Rectosigmoidoscopia (Dr. Suárez). — Se llega hasta 30 cts. de altura. El recto tiene en toda su extensión algunas materias oscuras, pero permite ver la estructura del canal.

Estuche ano - rectal y parte baja del sigmoide completamente normal. Mucosa bien coloreada, válvulas y pliegues normales; no se ven modificaciones vasculares ni ulceraciones mucosas que hagan pensar en hemorragia.

En resumen: por el estado anatómico y la flexibilidad de las paredes se puede informar: Rectosigmoidoscopia negativa.

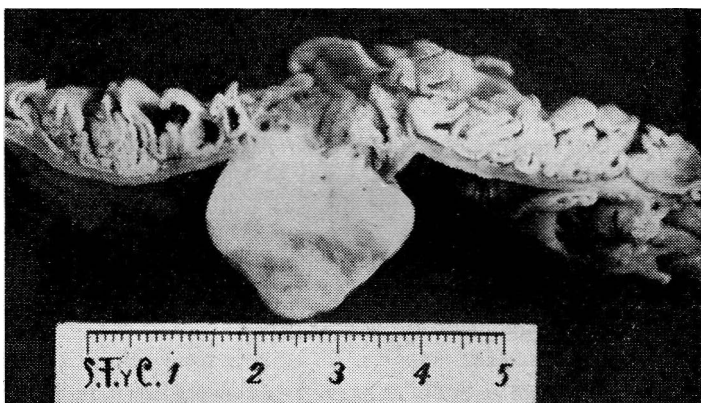


FIG. 1. — Corte long. del segmento intestinal y del tumor exentérico, mostrando los caracteres de la superficie de sección del tumor, su ubicación y sus dimensiones.

12 - IV - 54. — Los nuevos exámenes no han mostrado nada anormal, la anemia está mejorada.

Hemograma: G. rojos: 4.170.000. Hg.: 78 %; Vg.: 0,95.

G. Blancos: 9.600 (N: 70 %; L: 24 %; M: 3 %; E: 3 %).

30 - IV - 54. — Alta definitiva de policlínica médica.

Diagnóstico. — Anemia hipocrómica (secundaria a hemorragia digestiva no especificada. Hipertensión arterial.

Terapéutica: sintomática.

26 - VI - 54. — Examen de orina: normal.

Hemograma: G. rojos: 4.350.000. Hb.: 80 %; Vg.: 0,93.

Leucocitosis: 8.200 (N: 79 %; E: 2 %; M: 2 %; L: 17 %).

2º Ingreso (12 - XI - 54). — Hora 16. Dr. Yannicelli. Pte. Yuñen.

Ingresa por hemorragia aguda digestiva y colapso. Desde el alta en abril 1954 ha pasado bien, sólo ha acusado en algunas oportunidades ligeras molestias en el hipogastrio, sobre todo cuando come carne unas 2 horas después de ingerirla. Desde hace una semana meteorismo. Ha

rebajado unos 5 kilos de peso desde abril de 1954. No se han repetido las melenas. Discreta disnea de esfuerzo. Ayer de tarde comienza con molestias (sensación de ardor) a nivel del hipogastrio, como en otras oportunidades ha tenido; horas después tuvo una lipotimia seguida de abundante melena y vómitos de alimentos. Es traído al Sanatorio obnubilado y en estado de colapso. Se le hicieron dos transfusiones de sangre que han mejorado el estado general. En el día de hoy ha tenido dos deposiciones de sangre negra.

Examen. — Enfermo lúcido, buen estado general. Piel y mucosas decoloradas. Cardiovascular: Pulso reg. y tenso bien golpeado de 70 p.m. P.A. 17/10.

Corazón punta difícil de localizar, soplo sistólico en foco pulmonar.

Abdomen: globuloso, cicatriz de Mac Burney. Hernia umbilical. A la

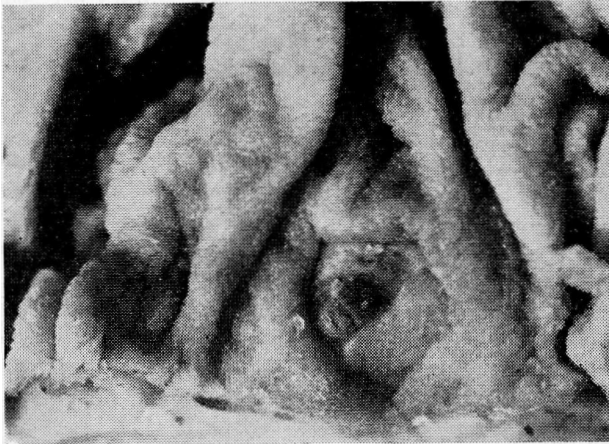


FIG. 2. — Detalle a gran aumento de la ulceración de la mucosa intestinal, con el vaso trombosado responsable de la hemorragia digestiva.

palpación abdomen blando, depresible, indoloro. No se palpa hígado ni bazo. Fosas lumbares libres. Resto del examen s/p.

Se indica: Transfusión de sangre: 300 c.c.

Reg.: leche, crema, arroz, compota de frutas.

Controlar pulso y presión.

Se pide: hemograma, colon por enema, radiografía de gastro-duodeno.

13 - XI - 54. — Hora 1. Dr. Cardeza.

El enfermo al levantarse tiene una lipotimia y se repiten las melenas. Se indica transfusión de sangre de 1 litro.

Hemograma del día 12: G. rojos: 2.800.000. Hb.: 45 %. Vg.: 0,80. G. blancos: Hematocrito: 25 %.

Hemograma (hora 9): G. rojos: 2.150.000. Hb.: 34 %; Vg.: 0,80. G. blancos: 12.800 (N: 98 %; L: 2 %).

T. de coag.: 10 m. T. de sangría: 2 m. Hematocrito: 21 %.

Transfusión de 950 c.c.

BOLETÍN DE LA SOCIEDAD DE CIRUGÍA DEL URUGUAY

13 - XI - 54. — Dr. Otero (hora 11).

Paciente obeso de 120 kilos que ha tenido hace 6 meses una melena de sangre oscura con examen radiológico de gastro-duodeno y colon, sin lesiones evidentes.

Pasó bien durante 6 meses sin trastornos funcionales netos y hace 36 horas vuelve a tener melena de sangre oscura que se repitió varias veces. Como síntomas funcionales sólo menciona vagamente algunos ardores enseguida de la comida los días que precedieron a la hemorragia.

El recuento de G. rojos, desciende de ayer a hoy así como la Hb. y el hematocrito a pesar de las transfusiones abundantes.

Al examen: Paciente en anemia aguda con pulso muy pequeño, con estado psíquico bastante normal, aunque señala que no ha podido dormir en los últimos tres días.

Además dice que durante los 6 meses intercalares entre la 1ª y 2ª melena sufrió de insomnio, lo cual hace pensar que su hemorragia persistía. Siente además mareos y trastornos visuales.

El vientre presenta cicatriz de Mac Burney de hace 9 años.

El hígado y el bazo no se palpan. Se comprueba dolor en flanco derecho bajo y en F/I.D., pero poco marcado.

Además el paciente señala una sensación como si allí hubiese algo que ocupase el vientre. Nada por lo tanto permite precisar el diagnóstico de localización o de lesión. Tacto rectal s/p.

Teniendo en cuenta la progresividad y la gravedad creciente de la hemorragia, se resuelve hacer laparotomía de exploración.

Indicación: Prepararlo para operar (afeitar vientre y perineo), lavaje intestinal: 1 litro de agua tibia jabonosa. Pasarle sonda fina al estómago (fijarse si viene sangre y lavar), dejarle la sonda colocada. Controlar pulso y presión cada hora.

La premedicación será indicada por el anestesista.

Tener abundante provisión de sangre y dos ayudantes e instrumentista.

Hora 12. — Transfusión: 500 c.c.

13 - XI - 54. — Hora 13. Se hace lavado de estómago. Sale líquido claro. También se le practicó enema jabonoso, viniendo gran cantidad de coágulos. Subjetivamente el enfermo se siente mejor después del enema evacuador. Se le ha pasado el litro de sangre. Se pide nuevo hemograma y hematocrito.

Hora 14 y 30. — G. rojos: 2.210.000. Hg.: 36 %. Vg.: 0,81. Glóbulos blancos: 12.000 (N: 96 %; L: 4 %).

Hematocrito: 21 %.

Transfusión de 1.500 c.c.

Examen de orina: normal.

13 - XI - 54. — Hora 15.

Operación. — Dr. Otero. Dr. Fernández. Pte. D'Ottone. Instrumentista: Sta. Uthurburu. Anestesista general: Dr. Suárez.

Incisión paramediana derecha supra e infra umbilical. Se comprueba

sangre dentro de ansas delgadas, que se devanan hacia arriba buscando la lesión. En la última ansa ileal a unos 15 cms. del ángulo duodeno-yeyunal, se encuentra un tumor a evolución sub-peritoneal de forma coenoidea con base de implantación de 1 ½ cms., de consistencia blanda, no friable.

No hay infiltración del intestino delgado en la base de implantación del tumor y el mesenterio del ansa, es completamente normal.

Se reseca un segmento del intestino de unos 10 cms. comprendiendo el tumor; anastomosis término-terminal. Cierre de la pared por planos.

Se envía la pieza para examen anatómo-patológico.

13 - XI - 54. — Hora 18 y 50. Hematocrito: 31 %. Glóbulos rojos: 3.450.000. Hb.: 58 %. Vg.: 0,88. G. blancos: 17.600 (N: 95 %; L: 5 %).

13 - XI - 54. — Hemograma: G. rojos: 3.450.000. Hb.: 58 %. Vg.: 0,88. G. blancos: 17.660. Hematocrito: 31 %.

20 - XI - 54. — Ha evolucionado bien sin incidencia alguna. Tolera bien la alimentación progresiva y ha evacuado el intestino normalmente. La herida operatoria es normal. Se pide nuevo hemograma.

Hemograma: G. rojos: 2.950.000. Hb.: 50 %. Vg.: 0.86. G. blancos: 10.200 (N: 82 %; E: 1 %; M: 4 %; L: 12 %).

Hematocrito: 26 %.

9 - XII - 54. — Hemograma: G. rojos: 3.350.000. Hb.: 60 %. Vg.: 0.90. G. blancos: 7.000 (N: 71 %; E: 2 %; B: 0 %; M: 7 %; L: 20 %).

20 - XII - 54. — Estudio Rx. Gastroduodeno: estómago con buena evacuación. Arco duodenal normal. Primeras ansas yeyunales, pliegues normales.

19 - III - 55. — Ha seguido muy bien. Alta definitiva.

Examen anatómo-patológico. — En resumen: Leiomioma exoentérico de implantación sesil, con ulceración de la mucosa intestinal originando hemorragia por lo que parece ser un vaso trombosado en la superficie de la mucosa (Dr. J. F. Cassinelli).

Informe anatómo patológico de segmento de resección intestinal. (H. C.: 737). — Segmento de intestino delgado abierto long. y fijado sin extender (está arrollado, ahora). Aproximadamente en la parte media de la superficie serosa, contiguo a la zona de inserción mesentérica hay una masa tumoral de 2 ½ cms. de superficie lobulada, revestida de serosa en toda su extensión, de consistencia firme, tiene un corte incompleto (practicado sobre la pieza sin fijar).

Este tumor tiene una amplia superficie de implantación, que abarca un área de 2 cms. (tumor exointestinal, sesil).

La superficie mucosa, en la zona correspondiente a la inserción del tumor sobre la pared intestinal, tiene una pequeña área alisada, cuya parte central parece exulcerada y contiene un nodulito negro saliente tiene el aspecto de un coágulo obturando una abertura vascular en la zona ulcerada de mucosa intestinal). Además, en las superficies de sección del tumor, que tienen una apariencia fasciculada y un color gris amarillento, se ven focos puntiformes de color rojo oscuro en la vecin-

dad de la zona yuxtamucosa. No hay otras modificaciones de significación en la pared ni en la mucosa.

Microscópicamente se examinó un corte mediano del tumor incluyendo la superficie mucosa intestinal.

El tumor tiene los caracteres cito - arquitecturales de un leiomioma cuya superficie exointestinal está circunscripta y encapsulada por la serosa peritoneal, pero cuya zona de implantación en la pared intestinal carece de encapsulación, integrándose con la muscular e incluso la muscularis mucosa, hasta alcanzar a la mucosa, pero en el fragmento examinado, no está comprendida la zona aparentemente ulcerada, ni el trombo superficial.

En la porción próxima a la pared intestinal, hay varios vasos, que parecen venas, con trombos recientes en la luz, en esta zona existe cierto grado de edema intersticial y discretas manifestaciones exudativas celulares crónicas intersticiales.

En el parénquima leiomiomatoso, hay algún foco de esclerosis e hialinización intersticial; también hay algunos haces de fibras musculares hialinizadas; finalmente en ciertas porciones se perciben algunas modificaciones nucleares atípicas, que deben corresponder a alteraciones regresivas y no nos impresionan como elementos de malignidad. Prácticamente no hay mitosis.

En resumen: Leiomioma exoentérico de implantación sesil, con ulceración de la mucosa intestinal originando hemorragia por lo que parece ser un vaso trombosado en la superficie mucosa.

(Fdo.) Juan Fco. Cassinelli.

El caso que presento, corresponde a una hemorragia profusa del tubo digestivo, de origen ignorado hasta la laparotomía exploradora de urgencia y que resultó ser originado por un tumor benigno del intestino delgado.

Cuando vimos por primera vez al enfermo, ya había sido completamente estudiado en un episodio hemorrágico anterior, comprobándose que no había lesiones gastro - duodenales, radiológicamente; que no había tampoco lesiones de colon al enema opaco; y que el estudio rectoscópico no mostraba lesiones del recto - sigmoide. Es claro que todos esos exámenes negativos no eliminaban la posibilidad de una lesión que pudiese pasar inadvertida, cualquiera sea la capacidad técnica de los que lo examinaron. Pero, por lo menos podía establecerse un diagnóstico de presunción en el sentido de que no se habían encontrado lesiones de gastro - duodeno, ni de colon, recto y ano, en un exa-

men cuidadoso, practicado en el decurso de su anterior episodio hemorrágico.

Por lo tanto se trataba de un paciente "sano", es decir, sin síntomas generales, ni funcionales, digestivos u otros, fuera de su episodio de hemorragia fulminante. Pero también se podía afirmar que existía una fuente indudable y persistente de hemorragia masiva, que provocaba episodios fulminantes con gran colapsus por anemia sobre-aguda, y además estos episodios estaban separados por largos intervalos libres de completa salud.

El hecho de que existiese un estado de salud completo entre las crisis hemorrágicas, hacía pensar que se trataba de una lesión benigna del tubo digestivo. Los exámenes eliminatorios de gastro-duodeno, colon, recto y ano, circunscribían topográficamente el problema, suficientemente por lo menos como para orientar una táctica operatoria, una estrategia terapéutica.

Era indudable que el paciente tenía su vida amenazada por la hemorragia profusa, cuya evolución no podía ser prevista; por lo tanto, debíamos controlar operatoriamente su causa, o por lo menos, intentar hacerlo, con el firme propósito de encontrarla.

La intervención tuvo pleno éxito, devolviendo a la vida activa, libre de incertidumbres amenazantes, a este hombre sano, fuera de su pequeño tumor inocente. Tumor inocente en su naturaleza, pero amenazante por su localización, que provocaba enterorragias repetidas a evolución imprevisible.

Una vez indicada la laparotomía era necesario ubicar la incisión de abordaje, basándonos en la orientación clínica preoperatoria. La colocación de la incisión de exploración es fundamental porque de ello dependen posibilidades o dificultades que pueden significar el éxito o el fracaso de la exploración. Yo pienso que la incisión de exploración debe permitir el dominio de todo el *vientre* y la pelvis, y debe asimismo permitir "tirarse" hacia arriba o hacia abajo prolongando la laparotomía verticalmente. Por lo tanto elegimos una yuxta-mediana derecha, cuyo medio en altura se centra en el ombligo, porque ella nos permite dominar, desde el ángulo íleo-cecal como punto de partida, todo el colon y el delgado. Además nos permite "ir" hacia el gastro-duodeno o hacia el hígado, prolongándola hacia arriba; o igualmente "ir" hacia la pelvis prolongándola hacia abajo.

Nuestro plan inicial era, reconocer primero el ángulo íleo-cecal y de allí, desarrollar la exploración según las circunstancias lo exigieran. Pero las circunstancias mismas nos ofrecieron un camino más fácil y al mismo tiempo una lección de hechos para futuras oportunidades. Fué la comprobación de sangre dentro de ansas delgadas que se nos presentaron espontáneamente, lo que nos hizo devanar el intestino de ahí para arriba, puesto que de ninguna manera la fuente de origen podía estar más abajo. Sólo en el caso de un obstáculo en el tránsito del tubo digestivo, puede ocurrir que la sangre vaya para arriba, debido al peristaltismo invertido, o mejor dicho tal vez, al reflujo, a la "creciente de abajo". Pero esta circunstancia es excepcional clínicamente en las hemorragias, ya que si existiera sería evidente al examen clínico o radiológico. Por lo tanto permítaseme dejar establecida esta verdad elemental, como base de una estrategia operatoria, el hecho de que la onda peristáltica es siempre oralis - analis. Por lo tanto, la fuente de la hemorragia digestiva estará situada siempre por encima de las ansas (delgadas o gruesas) ocupadas por sangre, fácilmente reconocible por su color negro, a través de la pared intestinal.

Devanando pues hacia el ángulo duodeno - yeyunal encontramos luego ansas vacías de sangre y luego otra vez ansas llenas de sangre, lo cual es explicable porque la hemorragia es intermitente. Llegamos así hasta un ansa con un tumor exo - entérico evidente, fácilmente reconocible por ser extra - luminal. Pero podría haberse tratado de un tumor intra - luminal y entonces el peligro de que pasara inadvertido sería mayor, puesto que sólo puede reconocerse por una palpación intencionada; buscándolo. Resecamos el ansa porque no estábamos totalmente seguros de su benignidad a pesar de todo, y también porque la anastomosis término - terminal constituye una garantía más eficiente de la normalización del tránsito que una resección parcial con una reconstitución más o menos atípica, como lo hemos aprendido en la resección de úlceras pépticas y en las heridas de bala a orificios cercanos.

La evolución absolutamente favorable del paciente nos confirma en lo acertado de esta conducta. Hemos tenido noticias recientes de este paciente, que es un empleado del B. de Seguros

y sabemos que está en perfectas condiciones de salud desde la intervención.

No es nuestro propósito estudiar aquí el capítulo de tumores benignos del delgado, sino ilustrar con un ejemplo vivido, cómo debe procederse frente a una hemorragia digestiva como la de nuestro caso. Es claro que las circunstancias son múltiples y los casos muy variados, pero entre tanto, los casos aislados servirán para hacerse un criterio y llegar a tener una experiencia que nos permita actuar con acierto, en bien de los enfermos.
