

HEMORRAGIA POR ULCERA GASTRODUODENAL (*) (Exploración quirúrgica)

Dr. J. P. Otero

(Cirujano del Servicio de Emergencia del Hospital de Clínicas)

1er. CASO

Nombre: María de Miranda; Edad: 67 años; Diag.: Hemorragia por ulcus de pequeña curva. Litiasis vesicular y coledociana; Trat.: Colectistectomía. Coledocotomía. Gastroenterostomía.

Paciente que consulta por una melena muy abundante con anemia aguda que se ha repetido en el curso de los dos o tres últimos días. Tiene una historia larga anterior, de años de duración, con sufrimientos post-prandiales con horario tardío y perioricidad en el tiempo. Es decir, con períodos de sufrimiento diario de dos o tres semanas y períodos libres intercalares que en los últimos tiempos han desaparecido. Ha adelgazado pero no tiene ningún aspecto que haga pensar en malignidad. Ha sido tratada durante largo tiempo por médico pero sin hacerle nunca un estudio radiológico y sólo le practicaron una vez, una rectoscopia, por episodios hemorrágicos semejantes al actual.

Se presenta como evidente clínicamente que la enferma tiene una úlcera gastro-duodenal que sangra. La internamos de urgencia en el Sanatorio Británico donde se realiza un estudio radiológico incompleto.

La exploración quirúrgica de esta paciente no mostró una úlcera evidente a la exploración externa de gastroduodeno y se encontró en cambio inesperadamente para nosotros una litiasis vesicular y coledociana. Se hizo colectistectomía y coledocotomía con tubo de Kehr en el colédoco.

El estómago estaba dilatado, congestivo, edematoso pero no podíamos asegurar que tuviese una úlcera definida en ningún sitio. Apoyados en el estudio radiológico y en las constataciones operatorias pensamos que podría tratarse de una úlcera del duodeno y le hicimos una gastroenterostomía.

La paciente evolucionó perfectamente en el post-operatorio y siguió bien durante un tiempo bastante largo.

Supo después, que a raíz de sufrimientos ulteriores, se le había

(*) Trabajo presentado en la Sociedad de Cirugía el día 27 de setiembre de 1961.

BOLETÍN DE LA SOCIEDAD DE CIRUGÍA DEL URUGUAY

practicado un estudio radiológico (Dr. Cibils) encontrando netamente un nicho de pequeña curva a nivel más o menos de la incisura angularis.

Las consideraciones sobre este caso las haremos en el texto.

2do. CASO

Nombre: Manuel Bouza; Edad: 23 años; Diag.: Hemorragia por úlcera duodenal; Trat.: Gastrectomía de urgencia.

Enviado por el Dr. Hill por hemorragia digestiva.

El enfermo dice que ayer mientras caminaba por la rambla sintió un malestar general, con pérdida pasajera de conocimiento que le duró 10 minutos. Tuvo pérdida de materias y cuando se recuperó tuvo varias deposiciones abundantes oscuras. Continuó con mareos que se mantienen hasta el momento actual. Anoche y hoy por la mañana continuó con las deposiciones negras. No tuvo vómitos. En los días que precedieron este accidente se sentía con astenia, anorexia, malestar.

Presenta la historia digestiva que data de 10 años, caracterizada por dispepsia hiperesténica con cierta periodicidad y ritmo diario, apareciéndole dolores epigástricos inmediatos a la comida.

No ha tenido en ninguna otra oportunidad episodio hemorrágico.

Fue estudiado en la Policlínica Quirúrgica "B" (Prof. Del Campo) donde se le constató una acentuada hiperclorhidria, y un retardo de evacuación por espasmo antro pilórico; pliegues duodenales engrosados. Se le instituyó tratamiento pero el enfermo tomó sólo belladona.

Examen. — Lúcido. En decúbito no se mareaba. Pálido. Sed. Mucosas algo secas. P. A. 10 ½/6. Pulso 104. Tiene una deposición completamente negra, escasa forma. Siente mareos al levantarse. Abdomen libre y discretamente doloroso en epigastrio. Hasta aquí el interrogatorio y el examen del interno.

Dr. Otero. — Hace muchos años que sufre del estómago. Acidez después de comer, que persistía toda la tarde y se calmaba con leche. De mañana no sufría y de noche tampoco. A veces pasaba dos tres meses sin sufrir y comiendo de todo. Desde hace 8 meses tiene dolor en vez de ardor. Apetito conservado. No adelgazó. Vómitos no.

Examen. — Se confirman los datos del interno. Agregamos además, que se trataba de un hombre, joven, robusto, fornido, más bien gordo que delgado, de aspecto completamente sano fuera de su estado actual de anemia aguda por hemorragia.

No se hizo estudio radiológico.

En suma. — Melena abundante y repetida en un paciente con historia de largos años de sufrimiento epigástrico post-prandial con ritmo definido en el día y en el tiempo, y que se calmaba cuando comía.

Era completamente claro que este paciente tenía una historia muy neta de úlcera gastroduodenal en episodio hemorrágico.

Intervención. — (11 - 1 - 60). — Dr. J. P. Otero, Pte. Gnazzo.

Incisión de Mayo. La exploración de gastroduodeno muestra un aspecto blanquecino de cara anterior de duodeno, y cierto grado de retracción, pero que no resulta suficientemente evidente para afirmar la existencia de una úlcera duodenal. No hay cirrosis del hígado, no hay esplenomegalia, no hay circulación venosa colateral. Se explora el delgado desde el ángulo duodeno-yeyunal hasta el ángulo ileo-cecal sin encontrar lesiones. La exploración del colon también es negativa.

Se vuelve al gastroduodeno practicándose la sección del epiplón gastro-cólico para poder explorar el duodeno por sus dos caras.

Se hace incisión longitudinal de unos 4 cms. sobre la cara anterior del duodeno, cerca del borde inferior. La exploración directa revela una úlcera de cara anterior, cerca del borde superior, del tamaño de un grano de maíz. Esta úlcera es bien evidente una vez que se la encontró, pero era difícil de reconocer al principio.

Se termina de liberar el duodeno, se secciona y se cierra el cabo duodenal. En el curso de la liberación y sección del duodeno se anota una infiltración esclerosa, cerca del borde superior del duodeno e invadiendo el pequeño epiplón y además edema, configurando netamente una úlcera de duodeno en empuje agudo.

Se realiza una gastrectomía con ansa pre-cólica, término-lateral, parcial inferior, de pequeña a gran curva.

Cierre por planos de la pared.

Evolución. — Evolucionó perfectamente en el post-operatorio inmediato y alejado. Lo he visto repetidamente después de su alta, porque le he pedido que vaya periódicamente a mi consulta privada y he podido comprobar que se siente perfectamente, que no tiene menor trastorno funcional y que su cicatriz operatoria está normal.

Comentario. — Una cosa que llama la atención en este paciente es que en el curso de la lipotimia que marcó el comienzo de su episodio hemorrágico, casi al mismo tiempo tuvo pérdida de materias y cuando se recuperó varias deposiciones abundantes oscuras. A uno lo sorprende un poco el hecho de pensar que la sangre pueda recorrer todo el delgado y el colon en tan poco tiempo, en minutos solamente. Hay que pensar en un peristaltismo "supersónico"; pero también podría pensarse que la sangre se ha ido acumulando en el intestino delgado y grueso, sangrando hacia la luz y poniéndose en evidencia solamente cuando ya llega el paciente al estado lipotímico y se exterioriza en ese justo momento por pérdida de control de los esfínteres. Lo que me interesa más destacar es el hecho de que no debemos rechazar el diagnóstico de origen alto gastroduodenal, de una hemorragia digestiva, por el hecho de que aparentemente se haya producido en forma ultrarápida después de la lipotimia. Insisto en que en una hemorragia digestiva abundante que se produce en forma de melena, con sangre negra, hay que pensar en su origen alto, a pesar de su aparente evacuación inmediata a la lipotimia. No son

esos detalles de la historia los que nos orientan respecto al origen de la sangre, sino más bien el color oscuro de las materias, la mezcla homogénea del contenido fecal y agregado a esto, la historia clínica del enfermo que permitía casi afirmar la existencia de una úlcera de duodeno de larga evolución.

O sea: frente a una melena abundante en un paciente con historia bien definida de úlcus casi podemos afirmar que vamos a encontrar una úlcera gastro-duodenal en la exploración. La asociación de estos dos hechos: la melena y la historia típica de dispepsia con alternancias y con sufrimiento tardío permite en un enorme porcentaje de casos afirmar con seguridad casi total el origen ulceroso de la hemorragia.

Lo contrario, no es cierto, o sea que la no existencia de un sufrimiento típico epigástrico asociado a la hemorragia, no descarta que pueda tratarse de una úlcera que sangra. En este caso, sólo la radiología podrá establecer el diagnóstico.

Pero de un modo general el hecho de que se nos presente un paciente con un largo sufrimiento de dispepsia, sea o no típicamente ulcerosa, si se presenta con un episodio hemorrágico, debemos pensar ante todo en el origen ulceroso.

Por esas razones, llevamos de urgencia este paciente a la mesa de operaciones sin estudio radiológico previo.

Nos faltaría agregar los datos de los hemogramas y de las transfusiones que se le hicieron oportunamente y que no es necesario detallar.

Frente a un paciente en el cual hacemos el diagnóstico clínico de hemorragia gastroduodenal de origen ulceroso debemos hacer sistemáticamente el estudio radiológico de urgencia para certificar con precisión la existencia de la lesión y su ubicación en el estómago o en el duodeno.

Pero no siempre disponemos de radiólogo competente o de aparato de rayos X necesario para hacer ese examen. Ya sea por eso, o porque el cirujano no haya hecho sistemáticamente el examen radiológico pre-operatorio o porque el estudio radiológico realizado no sea suficientemente afirmativo o suficientemente valedero, el hecho en la práctica es que nos encontramos con relativa frecuencia ante la circunstancia de que operamos una hemorragia digestiva alta con diagnóstico de origen ulceroso pero sin tener documentación radiológica suficiente. Y aún mismo cuando hayamos realizado un estudio radiológico convincente estaremos siempre ante la necesidad de reconocer operatoriamente la lesión.

En la mayoría de las veces la úlcera gastroduodenal en período hemorrágico, en empuje de agudización, es fácilmente reconocible. Pero muchas veces la úlcera tanto gástrica como duodenal no es evidente exteriormente ni a la inspección, ni a la palpación de la víscera y entonces surge la situación de duda respecto al verdadero origen de la hemorragia.

Si nosotros no encontramos una lesión ulcerosa ostensible ante un examen corriente en el curso de la exploración quirúrgica recurrimos a explorar otras causas de hemorragia digestiva alta que puedan haber como por ejemplo esplenopatías, cirrosis, hernias diafragmáticas, y cualquier lesión no ulcerosa del estómago. Si todavía no encontramos una causa evidente de hemorragia buscamos el ángulo duodeno-yeyunal y recorremos las ansas yeyunales de arriba hacia abajo, devanándolas sucesivamente hasta encontrar la sangre que transparenta oscura a través de la pared intestinal. Es evidente que la lesión, fuente de la hemorragia, debe estar por encima del lugar donde encontramos sangre dentro de un ansa yeyunal. Por lo tanto, no necesitamos seguir devanando el delgado, puesto que si no hemos encontrado lesión orgánica en las ansas que quedan entre el ángulo duodeno-yeyunal y el ansa que contiene sangre, podemos estar seguros de que el origen de la hemorragia no está en el yeyuno sino más arriba, y por lo tanto volveremos a explorar, esta vez mucho más cuidadosamente el gastroduodeno.

Para ello debemos sistematizar una táctica de exploración, y me parece lo fundamental a señalar decir que es necesario entrar ampliamente a la retroactividad de los epiplones liberando la gran curva del estómago en su mitad distal, como lo haríamos si fuésemos a practicar una gastrectomía. Esta liberación de la gran curva la llevamos hasta más allá del píloro de tal manera que podamos explorar el duodeno y el estómago por su cara posterior, y de tal manera que podamos hacer una palpación entre un dedo anterior y un dedo posterior de modo de sorprender la menor alteración de consistencia o de tumoración.

En el curso de esta liberación de la gran curva nos iremos dando cuenta si tenemos experiencia en esta cirugía de que exista en algún sitio una zona de peri-gastritis o de peri-duodenitis

con retracción de los mesos correspondientes debido a la esclerosis que en forma de garfios finos o más gruesos amarran el órgano al ambiente que lo rodea, ya sea a la cabeza del páncreas o a la región celiaca, etc.

Esta retracción de los mesos señala la lesión o por lo menos permite sospecharla seriamente, porque no hay ninguna lesión gastroduodenal que se exprese por una perigastritis o periduodenitis localizada, con retracción neta de los mesos, sin lesión ostensible en la pared de la víscera que no sea la úlcera gastro-duodenal. Dicho en otros términos, la úlcera gastro-duodenal aún cuando no sea evidente a la inspección o a la palpación externa de la víscera se traduce muy a menudo, no me atrevo a decir siempre, por una retracción típica localizada de los mesos. Cuando uno maneja el gastroduodeno para realizar las maniobras de exploración señalada se va dando cuenta de que hay un sitio, un lugar, en el duodeno o en el estómago, más o menos baja, más o menos alta que retiene el estómago o el duodeno, que no lo deja venir hacia nosotros, que no permite exteriorizarlo con la facilidad normal. Entonces, casi podemos asegurar que esa rienda de retención hacia la profundidad se debe a un amarre, a un anclaje debido a la retracción esclerosa de los mesos, que ata de corto al gastroduodeno y no le deja libertad.

Entonces tenemos que asegurarnos de una manera absoluta de que realmente existe una lesión y para ello, no tenemos otro recurso que abrir la víscera a ese nivel y mirar la mucosa por adentro. Esa exploración intragástrica o intraduodenal por gastrotomía o por duodenotomía a nivel del lugar señalado por la retracción, debe ajustarse también a reglas determinadas de exploración porque a menudo es muy difícil ver la úlcera por la cara mucosa, porque se oculta entre los repliegues, porque a menudo es muy pequeña sobre todo en el duodeno y también relativamente poco profunda. Tenemos que exponer la zona de mucosa que vamos a explorar de tal modo que enfoquemos nuestra visual sucesivamente hacia la cara posterior, hacia los bordes superior e inferior y luego levantando los bordes de la incisión, la cara anterior de la mucosa que se nos presenta en este caso, mirando hacia la profundidad, y que por tanto hay que evertir progre-

siva y cuidadosamente. Para secar el líquido gastroduodenal contenido tenemos que cuidar de no provocar erosiones en esta mucosa frágil, que luego podrían sangrar y tomarse erróneamente como causa de la hemorragia. Como se ve la exploración intragastroduodenal no es fácil, debe ser cuidadosa, suave, lenta, sistematizada. Un cirujano tan hábil y de tanta experiencia en esta cirugía como lo es el Dr. Rafael García Capurro señala en un trabajo presentado a la Sociedad de Cirugía, lo difícil y azarosa que es esta exploración de la cara mucosa, a pesar de una amplia abertura y de una exploración meticulosa. Es decir, que al contrario de lo que supone el cirujano de poca experiencia la exploración por gastrotomía o duodenotomía no da la clave tan fácilmente como podría suponerse del origen de la hemorragia.

Es por eso que el Dr. García Capurro insiste con absoluta razón a mi criterio, en la importancia de haber practicado un estudio radiológico de urgencia previamente a la intervención, para poder ir a la exploración quirúrgica con una certeza casi total en cuanto a la existencia de la úlcera.

Gutmann dice repetidamente que la exploración radiológica de la mucosa gastroduodenal hecha por un radiólogo de experiencia permite encontrar siempre la lesión cuando existe, y dice también, y es absolutamente cierto, que la afirmación de un radiólogo competente diciendo que existe una úlcera gastroduodenal tiene un valor prácticamente absoluto y que el cirujano debe dejarse guiar por esa afirmación.

Por lo tanto, desde luego, aceptamos plenamente lo sostenido por el Dr. García Capurro en su presentación, y por muchos otros cirujanos de experiencia, de que es necesario realizar sistemáticamente el estudio radiológico de las hemorragias digestivas altas. Esto ha sido plenamente demostrado por el Dr. Zerbóni y el Prof. Larghero en una amplia experiencia que demuestra de un modo terminante y categórico, que se puede hacer el estudio radiológico de urgencia de las hemorragias gastroduodenales, sin ningún riesgo para el paciente y con enormes beneficios para la indicación operatoria, y para la realización de la operación, porque nos permite saber de antemano el tipo de lesión, su topografía, su nivel de altura. Digamos todavía que el

estudio radiológico de urgencia no sólo es aplicable al estudio de la úlcera gastroduodenal en hemorragia sino a toda lesión que pueda expresarse en el estudio radiológico del gastroduodeno: ya sea tumor benigno o maligno, ya sea divertículo, o hernia diafragmática, etc. Pero lo que a nosotros nos interesa señalar ahora es la importancia primordial del estudio radiológico del caso concreto de la hemorragia por úlcus.

Sin embargo, como lo señalamos al principio en múltiples circunstancias podemos carecer de los elementos necesarios para hacer un buen estudio radiológico. Si nosotros no tenemos un radiólogo que sepa digestivo, si el radiólogo de que disponemos no nos ofrece garantía, es mejor que prescindamos del estudio radiológico; y lo que es más, si nos dan un estudio radiológico que traduce un estado de duda por falta de experiencia del radiólogo, es mejor que prescindamos de ese estudio y nos dejemos guiar por la clínica y la exploración quirúrgica.

Además, es tan nefasto no extirpar una lesión ulcerosa como inversamente sería, extirpar un estómago sano porque erróneamente el cirujano interpretó que la hemorragia era debida a una úlcera inexistente.

No voy a insistir aquí en todos los otros elementos de estudio pre-operatorio de que debemos disponer, si nos es posible antes de la intervención. Todos estos elementos de laboratorio y de otras exploraciones están perfectamente señalados en la monografía de Larghero sobre hemorragias digestivas altas. Por lo tanto, no insistimos en eso aunque lo compartimos plenamente.

En el caso número 1 que presentamos pasó desapercibida a la exploración una úlcera de pequeña curva en una paciente de edad, que tenía al mismo tiempo una litiasis vesicular y coledociana que operamos en el acto operatorio realizado para tratar de urgencia su hemorragia. El estudio radiológico de que dispusimos nos sirvió solamente para equivocarnos porque la úlcera de pequeña curva que después se hizo evidente en un estudio radiológico ulterior, años más tarde, no estaba en el lugar que el radiólogo señalaba como sospechoso de lesión. Le hicimos además de la colecistectomía y coledocotomía, una gastroenterostomía porque el estómago estaba dilatado y porque pensamos que

podría haber una úlcera del duodeno. Además se trataba de una paciente que dudábamos si podría, en el caso que lo hubiese requerido, soportar la gastrectomía agregada a su operación de vías biliares. Este problema, que se nos presentó a la reflexión ulteriormente, porque en el campo operatorio no teníamos fundamento para realizar una gastrectomía puesto que no habíamos encontrado una úlcera a la exploración exterior, repito que este problema de tratar simultáneamente la úlcera sangrante y la litiasis coledociana me parece ahora que en principio, debe resolverse tratando las dos lesiones simultáneamente mediante una gastrectomía, una colecistectomía y una coledocotomía. Porque si tratamos solamente la úlcera y dejamos el colédoco obstruido cometemos un error imperdonable; e inversamente, si tratamos la obstrucción de colédoco y dejamos la úlcera que es la razón real de la hemorragia, nos exponemos seriamente a que esta continúe. Tenemos tal confianza en la poca agresividad que representa una gastrectomía bien hecha, y tenemos tal confianza en la seguridad que da la transfusión de una cantidad suficiente de sangre para restablecer la volemia normal, que no dudamos en afirmar que debe hacerse el tratamiento de las dos lesiones en el mismo acto operatorio de urgencia. Esto, bien entendido, siempre que el cirujano tenga suficiente experiencia y esté en un medio quirúrgico suficientemente bien equipado como para realizar esta cirugía; o sea, disponiendo de un excelente anestesista, de suficiente cantidad de sangre y de ayudantes capacitados. Este, es un ejemplo típico de que la cirugía de urgencia no es una cirugía de improvisación, sino todo lo contrario, una cirugía que exige al máximum disponer en el momento preciso de todos los elementos necesarios, sin que nada falte, sin que nada falle, sin que nadie falle.

En el segundo caso la exploración no demostró al principio una úlcera evidente y por lo tanto, realizamos la exploración extra-gástrica como lo señalamos en el curso de este estudio, para retornar a la exploración a fondo del gastroduodeno realizando las maniobras señaladas de liberación de la gran curva, y de duodenotomía de exploración directa de la cara interna del duodeno. Eso nos permitió constatar una pequeña úlcera completa-

mente evidente y nos permitió también, realizar una gastrectomía con la absoluta seguridad de que estábamos tratando la causa real de la hemorragia.

Las circunstancias pueden variar y de hecho hay múltiples variantes y situaciones diversas, y nosotros mismos nos hemos visto en diversas oportunidades con problemas de carácter distinto, pero estos dos casos nos bastan como ejemplo de lo que queremos señalar aquí, que es una sistemática de exploración quirúrgica conducida siempre de la misma manera, y regida siempre por los mismos principios, para evitar de reseca un estómago sano e inocente bajo una sospecha injustificada o al contrario, lo cual es igualmente serio, evitar de dejar sin reseca un estómago o duodeno que tiene una úlcera que causa la hemorragia.

NOTA SUPLEMENTARIA

Cuando hablamos de la exploración del delgado desde el ángulo duodeno-yeyunal hasta la primera ansa que contuviese sangre, nos faltó completar nuestro pensamiento en este sentido. En primer lugar, no siempre encontraremos sangre en el delgado, porque la hemorragia puede haberse detenido transitoriamente o definitivamente, y la sangre puede haber llegado al colon o puede haberse evacuado totalmente. Conviene recordar en esto lo afirmado por Zerboni, de que el estudio radiológico de las hemorragias gastroduodenales casi nunca encuentra el estómago ocupado por sangre, lo cual demuestra que a medida que sangra el estómago evacúa su contenido, y lo mismo hacen el delgado y el colon. En ese caso, o sea, cuando no encontramos sangre en las ansas, nos vemos obligados a devanar todo el delgado, e incluso a explorar en lo posible el colon, (lo cual ya es más difícil porque no se puede devanar). Quedaremos siempre dudando respecto a la existencia o no, de una lesión del colon. El pólipo del colon por ejemplo, escapa fácilmente a una exploración no intencionada, y puede confundirse con scibalas fecales por su movilidad.

En segundo lugar, queremos anotar que la hemorragia por úlcera, no es continua en general, se produce por períodos y se

detiene por hipotensión o por coágulo precario del vaso que sangra. Por eso podríamos encontrar ansas alternas con sangre y otras vacías de sangre. Toda hemorragia accidental o patológica que no es rápidamente mortal, tiene sus mecanismos propios de hemostasis espontánea.

BIBLIOGRAFIA

1. EUSTERMAN y BALFOUR. — The stomach and duodenum. Filadelfia 1936. a) Cap. XIV, pág. 295-301. Identificación of duodenal ulcer on operation. b) Recognition of gastric ulcer. Cap. XIX, pág. 463-465.
2. GUTMANN, R. — El bulbo duodenal ulceroso. Significación y valor de sus deformaciones. Pres. Med. 27-IV-32, pág. 661-664.
3. CHIFFLET, A. — Cirugía del Estómago. (Montevideo-Uruguay 1956) pág. 79-89. La abertura visceral previa en cirugía gastro-duodenal.
4. CHIFFLET, A. — La exploración operatoria de la tercera porción del duodeno. Bol. Soc. Cir. Uruguay 1951, pág. 533-535.
5. GARCIA CAPURRO, R. MARIN SANCHES, F. MICHELINI, J. L. y POSE. — S. Bol. Soc. Cir. Uruguay, 1953, pág. 81-86. Valor de la exploración quirúrgica en los ulcus gastro-duodenales.