

HEMORRAGIA DIGESTIVA (*)

Hiperazoemia latente

Dr. José Pedro Otero

Cirujano del Servicio de Emergencia del Hospital de Clínicas

Nombre: Bernardina Ascoitio Silva de Ortiz.

Ingreso 3/febrero/60. Alta de Clín. Méd. 29/febrero/60. Nº Reg. 96.871.

Diagnóstico: HEMORRAGIA DIGESTIVA.

Enviada por el Dr. Esteban Mattos (Maldonado) con la siguiente carta: (De Melo. Juan Muniz 914): "Le remito la Sra. Bernardina de Ortiz quien padece hematemesis y melenas al parecer de ulcus. Tiene antecedentes de hematemesis y melenas (en realidad no tiene, digo yo), por no estar en Melo, etc.

HISTORIA DEL SERVICIO DE GUARDIA

Enviada de Melo por hematemesis y melenas.

Enfermedad actual: Comienza hace 24 horas con hematemesis de sangre primero negra y después roja. Materias color alquitrán en dos oportunidades. Lipotimias. Desde hace muchos años presenta trastornos dispépticos difíciles de catalogar, habiendo sido estudiada en este Hospital, hace un año (Dr. Navarrete) por anemia. Hipertensión arterial? No se obtienen otros antecedentes patológicos de importancia.

Examen: Enferma lúcida, apirética. Estado general conservado. Piel y mucosas algo pálidas. Lengua seca. P. A. 15/8. Temp. axilar 36°4.

Diagnóstico primario: Hemorragia digestiva. Hematemesis y melenas.

Exámenes pedidos: Radiodiagnóstico de gastroduodeno, previa evacuación gástrica por sonda. Orina completa. Tiempo de coagulación y de sangría.

El estudio radiológico demostró que no había ninguna lesión ulcerosa ni tumoral del gastroduodeno y que había un pequeño divertículo de la segunda porción del duodeno. Frente a esta enferma de 75 años de edad sin lesión ulcerosa o tumoral gastroduodenal, y frente a la existencia de divertículo de duodeno como posible causa de hemorragia resolvimos adoptar como conducta terapéutica el tratamiento médico y la expectativa.

Pasó a piso 10, Sala 4, donde en el curso de los exámenes de rutina se descubrió una azoemia de 3 gr. 50, completamente inesperada, porque nada en los antecedentes de la enferma, ni nada tampoco en el cuadro clínico hacía pensar ni por un momento la existencia de la uremia. La paciente pasó a asistirse al Servicio de Medicina de la Clínica del Prof. García Otero, piso 11.

(*) Trabajo presentado en la Sociedad de Cirugía el día 11 de junio de 1962.

De cualquier modo, el hecho notable es que una hemorragia digestiva se produjo en una paciente en el curso de una uremia crónica sin que nada clínicamente nos hiciera pensar en ese origen posible de la hemorragia digestiva. Lo lógico es suponer que la hemorragia se debió a las alteraciones de la uremia. Por lo tanto, en todo paciente que ingresa con un cuadro de hemorragia digestiva aguda debe practicársele de urgencia todos los exámenes de laboratorio que puedan contribuir a aclarar el origen de la hemorragia: urea en sangre, orina, hemograma, tiempo de coagulación y de sangría. Y además, hay que encarar todos los elementos clínicos y antecedentes que pueden contribuir al diagnóstico etiológico de cada cuadro hemorrágico agudo. La conducta es conseguir en el curso de una hora todos los exámenes necesarios para tener una información completa respecto a todos esos puntos, inclusive el estudio radiológico de gastroduodeno y de colon si es necesario. Además rectoscopia.

Lo que queremos tipificar con esta historia es la situación particularísima de una hemorragia digestiva debida casi seguramente a una uremia marcada y que sin embargo no tenía la paciente ninguna manifestación ostensible que nos hiciera pensar en uremia. Razón de más para pedir sistemáticamente este examen de urea en suero, medir la P. A., estudiar los antecedentes buscando las causas posibles de uremia renal o extra renal. Llama la atención en este caso la falta de P. A. que podría tal vez explicarse por la hemorragia misma que hubiese provocado una caída tensional. Por eso interesaría encontrar el estudio médico que después se hizo de la enferma.

HISTORIA DEL SERVICIO DE MEDICINA (Prof. García Otero)

Motivo de ingreso: Enviada de Cirugía.

Enfermedad actual: Paciente de 78 años que luego de una transgresión alimenticia tiene hematemesis y melenas en discreta intensidad, luego de lo cual queda somnolienta, con mareos y gran decaimiento general. Es internada en Cirugía donde el gastroduodeno muestra un divertículo duodenal.

En los exámenes de rutina se le constató una urea en sangre muy elevada, por lo cual se le envía al Servicio.

Estando en Sala la enferma nota aumento de la sed, poliuria con orinas claras, que duró pocos días, normalizándose luego, concomitantemente dolores musculares generalizados, prurito que duró 3 días, decaimiento, somnolencia, anorexia y dolor en fosa lumbar izq. de discreta intensidad.

Antecedentes: Ver historia de Cirugía.

Examen: Enferma lúcida, apirética, halo senil. Estado general conservado.

Piel y mucosas: Algo decoloradas. No hay lesiones.

Bucofaringe: S/P

Linfoganglionar: S/P

Cardiovascular: Punta en 5º espacio por fuera de la línea medio-clavicular. 1er. tono apagado. Sopló en banda. Arterias duras. P. A. 18/9.

Respiratorio: S/P

Abdomen: Algo globuloso, indoloro. No se palpa hígado ni bazo.

Fosas lumbares normales.

Sistema nervioso: Pares craneanos S/P. Temblor fino, estático, que desaparece con los movimientos. Tono S/P. Reflejos S/P. Ligeramente aumento de los reflejos de postura. No hay signo de Nigro.

EXAMENES RADIOLOGICOS

Gastroduodeno (4/II/60)

Imágenes de Q. H. calcificados hepáticos.

Tránsito esofágico normal.

Estómago con moderado engrosamiento de pliegues a nivel del antro sin otras modificaciones. Bulbo duodenal grande que se llena y distiende bien con falta de relleno en su base como puede corresponder a un prolapso mucoso.

Imagen de divertículo en la segunda porción duodenal.

(Dr. H. Pollero).

Gastroduodeno (11/II/60).

No se pudo completar el estudio del duodeno, porque la enferma sufrió una lipotimia. Como en el examen anterior, no se observan alteraciones a nivel del estómago. No se consiguió buen relleno del bulbo duodenal. Persiste bario en divertículos del colon.

(Dr. E. Curuchet).

Electrocardiograma (15/II/60).

Trazado anormal. Ritmo sinusal de 84 p.m. Eje eléctrico intermedio. Sufrimiento miocárdico ventricular izquierdo, tipo coronariano moderado.

EXAMENES DE LABORATORIO

Orinas

5/II/60	Color: 3. Densidad: cantidad insuficiente. Reacción: ácida. Cloruros (en Na Cl) 4.3. Albúmina: Ogr. 50%. Células planas. Regular cantidad de células redondas. Numerosos plocitos, glóbulos rojos. Abundantes bacterias.
9/II/60	Hora 18. Densidad: 1006. Hora 21. Densidad: 1007.
9/II/60	Color: 2. Densidad: 1007. Reacción: alcalina. Cloruros (en Na Cl) 6.8. Albúmina 0.30. Células planas, numerosos plocitos, regular cantidad de glóbulos rojos. Bacterias.
13/II/60	Color: 2. Densidad: 1010. Reacción: ácida. Urea: 13.25 gr. Cloruros (en Na Cl) 3.30. Albúmina: 0.15. Células planas, algunas redondas, numerosos plocitos, escasos glóbulos rojos. Bacterias.
17/II/60	Orina fraccionada

Hora	Volumen	Densidad	Urea grs.%	Cloruros grs.%
16	54 c.c.	1011	17	1.90
20	200 c.c.	1011	16.25	2
24	220 c.c.	1011	15.75	1.90
4	300 c.c.	1009	16	2
8	175 c.c.	1011	16.25	1.80
12	200 c.c.	1009	17	1.80

26/II/60 Cateterismo. Densidad: 1008. Albúmina: 0.15. Células planas, regular cantidad pirocitos.

Úreas

5/II/60 3 gr. 60
 9/II/60 3 gr. 60
 13/II/60 3 gr. 84
 19/II/60 1 gr. 12
 27/II/60 0 gr. 44

Hemogramas

9/II/60 Vol. Globular 33%. Glóbulos blancos por mm³ 12.600. Neutrófilos. Núcleo en cayado 2. Núcleo segmentado 79. Total 81. Eosinófilos 5. Monocitos 4. Linfocitos 10. Plaquetas S/P
 13/II/60 Glóbulos rojos por mm³ 4.100.000. Hemoglobina 74. Valor globular 0.90. Glóbulos blancos por mm³ 10.800.

Reserva alcalina

13/II/60 Reserva alcalina: 39 volúmenes de CO₂ por 100 c.c. de plasma.
 27/II/60 Reserva alcalina: 51.3 volúmenes de CO₂ por 100 c.c. de plasma.

Cloremia

13/II/60 2 grs. 85‰
 13/II/60 Suero. Na 130 mEq. LK 3.5 mEq.
 13/II/60 Eritrosedimentación 1ª hora 98 mm.
 9/II/60 Serodiagnóstico de la sífilis: Negativo.

RESUMEN DE ALTA. (29/II/60). (Clínica Médica "A", Prof. García Otero). Enferma de 78 años que ingresó al Servicio de Cirugía por hematemesis y melena, en un episodio único.

Como el gastroduodeno no revela lesiones y existe una azoemia alta, la envían a esta Sala.

El examen clínico no mostró alteraciones importantes salvo una arterioesclerosis y soplo en banda de Hachard.

Los exámenes complementarios muestran azoemia de 3 gr. que luego del tratamiento con cloruro de sodio, desciende a 0.40.

Los exámenes de orina muestran una piuria y la prueba de volúmenes y densidades fraccionadas revela una falta de elasticidad de la función renal.

La hemorragia digestiva podría ser secundaria a su arterioesclerosis (Pequeñas trombosis arteriales).

En suma: Insuficiencia renal compensada. Azoemia extra-renal. Arterioesclerosis. Pasa a asistirse en domicilio.

(Dra. Alba Zunino).

Es un hecho conocido desde hace mucho tiempo que se pueden producir ulceraciones digestivas en el curso de la uremia, sea esta una uremia crónica severa, o sea una uremia aguda en el curso de nefropa-

tías agudas (glomérulo nefritis, intoxicación mercurial, etc.). Pero evocamos el cuadro de un enfermo siempre grave, con síntomas evidentes de uremia y en el cual se desarrolla, como un hecho accesorio o secundario, una ulceración digestiva ya sea en la mucosa bucal, en la mucosa gástrica o en la mucosa intestinal. Ulceraciones que pueden dar lugar a hemorragias más o menos leves, a veces severas, a veces graves. Pero desarrollándose siempre en el curso de un cuadro grave que precede el episodio hemorrágico, que aparece siempre como una complicación, o como un accidente en un cuadro conocido.

El caso que nosotros presentamos tenía una azoemia elevada sin síntomas netos, evidentes, de uremia, por lo menos no imponía, ni sugería ese diagnóstico en el momento del examen. Estudiada radiológicamente en período hemorrágico, de urgencia, no se constató úlcera, ni cáncer, ni lesiones concretas de gastroduodeno que fundamentasen una terapéutica activa.

El divertículo de duodeno que presentaba aparecía a primera vista como la posible causa de la hemorragia pero no estaba indicado intervenir con un diagnóstico etiológico inseguro, en una paciente de 78 años, para realizar una operación que con frecuencia es difícil y aleatoria a pesar de su aspecto más o menos inocente. El tratamiento quirúrgico del divertículo del duodeno sólo debe realizarse cuando se está seguro de que no existen otras lesiones digestivas, y con el estado de ánimo de afrontar una operación que puede tener dificultades e imprecisiones.

No creimos sensato operar esta paciente con semejante diagnóstico y con semejantes perspectivas operatorias.

Pero no creimos obligatorio realizar el estudio de la azoemia de urgencia, porque teníamos precisamente el concepto expuesto más arriba, de que sólo en los cuadros graves aparecían ulceraciones digestivas que podrían provocar hemorragias alarmantes.

El hallazgo de una urea de 3 gr. 60 en el suero sanguíneo y días después, una azoemia de 3 gr. 80 fue ciertamente una sorpresa inesperada para mí, y también para los cirujanos de la sala que le indicaron los exámenes por una cuestión de rutina, pero no porque sospecharan la existencia de una uremia, de acuerdo con la clínica.

Era una enferma despejada, completamente presente, sin ninguna alteración de su psiquismo, y sin otras manifestaciones ostensibles cardiovasculares, respiratorias, digestivas o neuromusculares que nos hicieran pensar en uremia.

La historia del Servicio de Medicina al cual fue pasada aprecia una serie de elementos propios del síndrome de uremia, pero habría que ver si puestos en las circunstancias de ignorar el caso de la azoemia, hubieran llegado a valorar suficientemente los síntomas que presentaba como para interpretarla "clínicamente" como uremia.

La evolución ulterior parece favorecer el diagnóstico de una posible azoemia extrarrenal, así como los demás datos del laboratorio. Sin embargo, no había tampoco ningún antecedente cercano que nos pudiese haber sugerido la idea de un cuadro de azoemia extra-renal.

Por lo tanto, en la realidad práctica de la clínica difícilmente nadie hubiera podido pensar con algún fundamento serio en el origen urémico de la hemorragia por una ulceración probable en el tractus digestivo.

No sabemos tampoco si esa fue la causa de la hemorragia pero lo que sí sabemos es que hubiéramos nosotros ignorado completamente este dato esencial si no fuera por el examen de laboratorio realizado.

Presento este caso como un ejemplo de la necesidad de estudiar a fondo los pacientes de hemorragia digestiva, no sólo por la clínica y la radiología, sino también por el laboratorio, y por todos los otros métodos que se crean necesarios.

Nuestro objeto está cumplido si alertamos mediante este caso respecto a la necesidad de realizar sistemáticamente la azoemia mediante la verificación del laboratorio, en los casos de hemorragias digestivas, examen que debe y puede realizarse en el curso del breve tiempo del preoperatorio si se plantea la operación.

No entramos a discutir aquí, ni la causa real de la hemorragia de esta enferma, ni el diagnóstico exacto del origen de la azoemia, sólo nos interesa destacar esta comprobación, para nosotros inesperada, de una hemorragia digestiva seria en una paciente en la cual el laboratorio revela una azoemia elevada, pero sin cuadro ostensible anterior ni actual de uremia renal o extra-renal.

Dr. José Pedro Otero. — Es indudable que lo que dice el Dr. De Chiara tiene una gran parte de verosimilitud. El Prof. Larghero, en su libro sobre Hemorragias digestivas, insiste bastante sobre la azoemia secundaria en las hemorragias digestivas. Nosotros no nos hemos formado una idea personal porque no hemos estudiado la urea de los enfermos operados por nosotros a causa de hemorragias digestivas; no tengo por lo tanto experiencia personal de lo que sucede habitualmente. Pero tengo el concepto de que es difícil asignar una azoemia tan elevada a la hemorragia misma, hemorragia que tendría que ser grave y repetida, lo cual no era el caso en esta enferma. No tenía ningún síndrome que pudiera comprometer su circulación, ni la eficiencia del riñón por su anemia o por su schok. El volumen globular al hematocrito era de 33 %, que corresponde a 3.300.000 G. R., o sea a una anemia no muy marcada. Glóbulos blancos 12.600. Eso era el 9 de febrero y la enferma había entrado el 3 de febrero. De manera que en primer lugar no me parece que una hemorragia que no sea muy marcada pueda llevar a tan grande azoemia sin otras razones. En cuanto al estado del riñón hay una prueba de Volhard del 17 de febrero con las siguientes cifras: hora 20, 200 - 1.011; 24, 220 - 1.001; 4, 300 - 1.009; 8, 175 - 1.001 y 21, 200 - 1.009. Yo interpreto esto como una isostenuria, es

decir que no hay ni aumento ni disminución de la densidad frente a la prueba; o como dice en el resumen de la historia, hay una falta de elasticidad del riñón, es decir es un riñón que no concentra bien o que no diluye bien. Por lo tanto, no sé hasta qué punto se puede decir que no hay lesión renal real. Ahora, el hecho de que la azoemia haya caído después de la hemorragia, puede ser debido a que el riñón en un momento determinado, por circunstancias agregadas, no es capaz de hacer el clearing de la sangre, pero después, pasadas esas circunstancias, puede compensar su déficit. De manera que lo que le quiero contestar al Dr. De Chiara es simplemente lo siguiente: En primer lugar, yo conocía perfectamente bien ese aspecto de la hemorragia digestiva en el sentido de que puede producir azoemia, pero no creo que se produzca una azoemia tan marcada con una hemorragia de mediana entidad y además se agrega el hecho de que la enferma tenía una lesión renal probable como se traduce por el estudio médico. Ahora, tampoco me pronuncié de una manera categórica como lo señala perfectamente el Dr. De Chiara en el sentido de que la hemorragia pudiese ser de un origen determinado. Pero es cierto que me incliné a pensar que probablemente la hemorragia era de origen urémico. Es decir pensé que la hemorragia podía deberse a una exulceración digestiva de origen azoémico, pero sin poderlo probar desde luego. Es cierto que puede ser simplemente un síntoma evolutivo de hemorragia, pero en este caso me llama mucho la atención la intensidad de la azoemia en una enferma con una lesión renal más o menos bien definida.