

## Hemorragia digestiva masiva por ulcus duodenal \* \*\*

Su tratamiento por hemostasia directa, vagotomía y piloroplastia

Dres. JULIO MAÑANA,\*\*\* VLADIMIR GUICHEFF \*\*\*\*

y FEDERICO GILARDONI \*\*\*\*\*

### INTRODUCCION

Nuestro trabajo consiste en la presentación de 15 casos de enfermos que presentaron hemorragia digestiva masiva y a los cuales se les ha ofrecido como solución la vagotomía con piloroplastia, conducta quirúrgica que creemos adecuada, dada la gravedad de la afección que presentaban. Es decir, que frente a la conducta de resección gástrica, que implica un elevado porcentaje de mortalidad operatoria, se les ofreció a estos enfermos una intervención quirúrgica que por la relativa facilidad con que puede practicarse, el riesgo menor que se les hace correr a los enfermos, y los resultados inmediatos y alejados favorables, creemos que sea la de elección.

Se les practicó una vagotomía, piloroplastia y hemostasis directa del lecho ulceroso en algunas oportunidades, operaciones que gozan de los atributos antes dichos.

Nuestra intención es dejar establecido la necesidad de un tratamiento urgente previo de reposición en estos enfermos, para una intervención quirúrgica que debe realizarse precozmente.

Presentaremos entonces 15 casos de hemorragia digestiva grave, pertenecientes a los diferentes cirujanos de la Clínica Quirúrgica "B", del Prof. Piquinela, en pleno período hemorrágico. Todos fueron intervenidos con criterio de cirugía de emergencia. Con criterio de detener una hemorragia, de cohibir el vaso sangrante que la estaba ocasionando.

Hablar de cirugía en período hemorrágico es hablar de un capítulo en el pro-

nóstico de estos enfermos y es el de la mortalidad operatoria. Todos los cirujanos conocen en cuanto se grava la estadística en esta etapa, cuando se realiza cirugía de exéresis.

A título de ejemplo y como datos más significativos citamos a Brook y Moore (1) que presentaron un estudio realizado en el Peter Bent Brigham, donde se realizaron gastrectomías de elección y gastrectomías en período hemorrágico. Las cifras que dan estos autores son más que elocuentes. Mientras que en cirugía de elección en este medio hospitalario tan técnicamente avanzado, la mortalidad operatoria fue del 1 %, cuando se trataba de cirugía en período hemorrágico la mortalidad se elevó hasta un 25 %.

Colcohch y Bentley (2) afirman este concepto tan conocido por todos, así como Welch, quien en la discusión del trabajo presentado por Stewart (16) hace resaltar que la mortalidad operatoria en la resección gástrica en la hemorragia digestiva por úlcera duodenal, en los enfermos de más de 60 años llegó hasta un 30 %, en el Massachusetts Hospital. En nuestro Hospital de Clínicas la mortalidad por ulcus duodenal en cirugía en frío cuando se hace resección gástrica llega a 5,4 %; no tenemos la mortalidad en cirugía de exéresis en período hemorrágico, pero debe sobrepasar al 30 %.

### RESUMEN Y COMENTARIO DE LOS CASOS PRESENTADOS

*Edad.*— Ha variado en los casos presentados de los 16 a los 88 años. Cinco enfermos tenían de 16 a 30 años, 5 eran mayores de 60 y 5 pertenecían a la edad media de la vida. Demás está en decir la

\* Trabajo de la Clínica Quirúrgica del Prof. José Piquinela.

\*\* Presentado a la Sociedad de Cirugía del Uruguay el 24 de mayo de 1967.

\*\*\* Jefe de Sala de Clínica Quirúrgica.

\*\*\*\* Adjunto de Clínica Quirúrgica.

\*\*\*\*\* Asistente de Clínica Quirúrgica.

importancia de la edad en estos enfermos que tienen una hemorragia digestiva. En los enfermos mayores de 60 años, la mortalidad es el doble que por debajo de esta edad, jugando en el pronóstico vital un rol muy importante.

**Sexo.**—De los 15 casos estudiados, 11 eran hombres y 4 eran mujeres.

**Antecedentes personales.**—En 14 casos había antecedentes de ulcus, por el anamnesis o radiológicos. En 1 caso no existían antecedentes y fue el episodio rojo el que abrió la escena. Por lo general lo frecuente es que siempre haya antecedentes. Esto es muy importante porque en el 97 % de las veces el diagnóstico está hecho con anterioridad; todo el problema entonces se circunscribe a la terapéutica, de una reposición volémica urgente y de una intervención de emergencia.

**Episodios hemorrágicos.**—En 10 casos fue una hemorragia digestiva grave o no yugulada en las 48 horas previas. En 5 casos ya habían presentado en años anteriores otros episodios hemorrágicos que nunca requirieron intervención de urgencia.

**Entidad de la hemorragia.**—En los 15 casos fue muy severa, todos pertenecían a los grupos III y IV de clasificación de Dorton. Para dar idea de la entidad de la misma debemos acotar, que el enfermo que recibió menos sangre fue la Obs. 14 que recibió 1.000 c.c., en la evolución postoperatoria realizó una dehiscencia de la herida, que finalmente motivó su fallecimiento. En la serie de 110 casos presentados por Stewart (16) el promedio de sangre recibida por cada enfermo fue de 2.500, el que recibió menos fue de 800 y el que recibió más fue de 8.500. En nuestros casos el que recibió menos fue 1.000 c.c., el más 5.000 c.c. y promedialmente 3.000 c.c. Insistimos sobre la reposición de la volemia en forma importante a base de sueros y sangre y no menos de 4.000 c.c. en las dos primeras horas. Debe siempre lograrse una presión venosa aproximadamente de 12 cm. de agua. Pero la reposición tiene que seguir en el acto operatorio. Nuestros enfermos recibieron promedialmente 1.500 c.c. por este concepto. Consideramos que fue insuficiente. Para la reposición de la volemia en el intraoperatorio, es necesario tener presente que de una manera standard, en un procedimiento operatorio

tal como lo es la vagotomía y piloroplastia, se pierden líquidos en un 24 % del volumen plasmático, en 15 % de glóbulos rojos, y en un 15 % de líquido extracelular [Carrico y col. (3)]. Complementando tal concepto, Pfaff y col. dicen que durante tal operación el paciente debe recibir entre 500 y 1.000 c.c. de líquido por hora de duración de intervención.

**Estudio radiológico intrahemorrágico.**—En 13 casos no se realizó, puesto que el diagnóstico de ulcus duodenal ya se conocía de antes. En 2 casos sí, con las precauciones que todos conocen. El estudio radiológico intrahemorrágico en la hemorragia digestiva grave puede ser obviado cuando sospechamos la lesión ulcerosa, ya que pocas veces se puede llegar a diagnóstico etiológico por el mismo. Esto se hace en el 97 % de los casos en base a una correcta anamnesis.

**Indicación quirúrgica.**—La indicación quirúrgica debe surgir desde el momento en que se hace diagnóstico de hemorragia digestiva grave por ulcus duodenal. Estamos de acuerdo con la mayoría de los autores en que estos enfermos deben ser intervenidos de urgencia, ya que nunca se sabrá de que modo otra hemorragia grave la mortalidad de los mismos, sea cual fuere la entidad de ella. Somos intervencionistas porque efectuamos un procedimiento menor que la gastrectomía, que baja la cifra de mortalidad de un 30 % a un 6 %.

**Anestesia.**—En 14 casos se utilizó anestesia general. En un caso (Obs. N° 11) fue necesario intervenir, dada la edad del paciente (88 años) y la gravedad de la situación, con anestesia local.

**Hallazgos operatorios.**—*Referentes a la localización del ulcus.* Debemos decir que en 13 casos se hallaba en la primera porción del duodeno, 10 de ellos en la cara posterior y 3 en la cara anterior del mismo. En 2 casos se hallaba localizado en el ángulo duodeno III. Es de fundamental importancia para el cirujano la localización del ulcus, ya que a veces se crean condiciones técnicas operatorias de difícil solución. Cuando la lesión se halla lejos del sitio habitual (duodeno I) cambia totalmente el problema técnico, que cuando se halla en otra localización. Mientras que en el primer caso la gastropiloro duodenostomía, da acceso al mismo, pudiendo el ciru-

jano actuar sobre él, en el segundo caso el cirujano al verse obligado a actuar sobre el sitio de la instalación del úlcus, debe cambiar la técnica sistematizada, realizando una duodenostomía que le permita abordar la lesión ulcerosa.

*En cuanto a si la lesión ulcerosa sangraba en el acto operatorio.* Debemos decir que: en 7 casos se vio la fuente hemorrágica surgir del lecho ulceroso; en 7 casos la úlcera no sangraba al ser observada a través de la gastropiloro-duodenostomía; y en 1 caso no sangraba por hallarse el fondo ulceroso ocupado por un coágulo, que al ser removido puso de manifiesto la hemorragia digestiva.

A destacar en todos los casos estudiados, es que en todos ellos había sangre en el estómago o en el duodeno, lo que indica al cirujano que la hemorragia es reciente.

*Oportunidad operatoria.*— Todos nuestros pacientes fueron intervenidos antes de haber transcurrido las primeras 48 horas a partir del episodio rojo que puso en peligro su vida.

*Táctica quirúrgica que se adoptó.*— En los 15 casos se realizó vagotomía y piloroplastia. En 3 casos hubo necesidad de agregar otros procedimientos. En la observación N° 1 se efectuó una colecistostomía por litiasis vesicular asociada, y en las Obs. 10 y 14 se efectuó la resección de la úlcera, ya que ésta se hallaba en la cara anterior del duodeno. En 7 casos se actuó sobre el úlcus. Al efectuar la gastropiloro-duodenostomía y exponer la lesión ulcerosa, se recurrió al cierre del cráter ulceroso y colocar un fragmento de músculo (músculo recto por lo general) en los puntos anudados que cerraban la úlcera. Es decir, que se efectuó lo que se denomina musculoplastia.

*Evolución.*— La evolución fue buena en 14 casos. Un caso falleció al 6° día sin haber repetido su hemorragia, la causa de su fallecimiento la motivó una reintervención por dehiscencia de la herida operatoria producida al 5° día de su postoperatorio.

*Complicaciones.*— Como complicación a destacar es de señalar la evisceración dentro de la primera semana; en dos pacientes nuestros se dio esta complicación; es de imaginar cuanto grava el pronóstico de estos pacientes esta temible complicación.

No hemos presentado en los 15 casos estudiados, porque no entran dentro del título del tema, dos casos que merecen consideraciones especiales, pero que sirven para ilustrar la gravedad de esta enfermedad y los riesgos que corren estos pacientes. No se realizó en ellos, dada la gravedad de los enfermos, la vagotomía y teniendo sólo que realizar la simple duodenostomía.

*En el primer caso* se trataba de un enfermo al que sólo se le pudo efectuar duodenostomía, puesto que hizo una complicación anestésica (rotura del árbol respiratorio) y fallece instantáneamente en un enfisema generalizado.

*El otro enfermo* tenía 72 años y era portador de una tuberculosis pulmonar bilateral. Ingresó por melenas importantes, se operó dadas las escasas reservas del paciente, con anestesia local, pasando desapercibida la lesión duodenal en el acto operatorio, e interpretándose la hemorragia como de origen colónico. Al mes repite la hemorragia, ya ahora se había precisado su origen duodenal, y se le practicó hemostasia directa como procedimiento mínimo. Fallece a consecuencia de la evolución de los trastornos metabólicos, derivados de una evisceración. El hecho más importante a destacar en este enfermo, es que en el estudio necrópsico se pudo comprobar que su lesión ulcerosa estaba totalmente cicatrizada.

## CONCLUSIONES

La mortalidad fue de un 6 %. La consideramos elevada, tendría que ser llevada a las cercanías del 0.

Todos estos pacientes deben ser operados de urgencia.

No realizar gastrectomía; ya que si en nuestra estadística la mortalidad es alta, habla ella por sí sola de la gravedad de esta afección. Es significativo que en las series en las cuales se realizó cirugía de exéresis, la mortalidad se situó por encima de 18 %.

La reposición volémica preoperatoria debe ser intensa. Creemos que en nuestros casos, por distintos motivos fue insuficiente. Estos pacientes deben ser operados con control de presión venosa, arterial y gasto urinario. Hay que reponer estos pacientes

sin miedo al fallo cardíaco. Para reafirmar este concepto transcribimos lo que dicen Lambert, Johnson y Peters (6), que en experiencias en animales anestesiados inyectaron un equivalente a 33 litros de suero balanceado para un hombre de 70 kilogramos en 3 horas, sin haber mayores alteraciones de la presión arterial venosa y el gasto cardíaco aumenta de 0,1 a 0,17 por kilogramo por minuto. Ya nos hemos referido a Carrico y col. y a Pfaff y col. sobre este tópico. Estamos por una intensísima reposición, la volemia debe ser mantenida a cualquier precio, aunque sangre un vaso del calibre de la gastroduodenal. Las dehiscencias de las anastomosis, de la cicatriz operatoria, el fallo renal, la insuficiencia hepática, el shock irreversible, etcétera, se deben en la mayoría de los casos a que no se repuso la volemia del paciente correctamente.

Lo otro a resaltar en nuestras conclusiones es la actuación directa sobre el úlcus sangrante, la resección de él si está en cara anterior, y la musculoplastia. Lo importante es la hemostasia directa del úlcus, luego cerrar la gastropiloro duodenostomía, con una piloroplastia a la forma de Heineke Miculik, preferimos para esto un biplano, uno de mucosa evertido con material reabsorbible y otro de seromuscular invertido con material irreabsorbible. Si las condiciones del paciente lo permiten, se termina la operación con una vagotomía con esófago "in situ". El tiempo de la vagotomía podrá hacerse previamente adecuando los tiempos a la resistencia física de los pacientes.

Insistimos debidamente en la correcta reposición volémica en el intraoperatorio y el postoperatorio.

Es de temer en estos enfermos la dehiscencia de la herida operatoria, por eso al tiempo quirúrgico del cierre de la pared hay que prestarle la importancia debida.

## RESUMEN

Se presentan 15 casos de úlcus duodenal sangrante, en los cuales se realizó hemostasia directa, piloroplastia y vagotomía.

Se hacen distintas consideraciones sobre ellos.

Se discuten y se hacen conclusiones.

## RÉSUMÉ

On présente 15 cas d'ulcères duodenals sanglants sur lesquels on réalisa hémostase directe, pyloroplastie et vaguectomie.

On fait des considérations distinctes sur chacun d'eux.

On discute et on tire les conclusions.

## SUMMARY

A survey 15 carried out of 15 cases of bleeding duodenal ulcer in which direct hemostasis, pyloroplasty and vagotomy were performed.

Following a discussion of the involved procedures, a number of conclusions are drawn.

## BIBLIOGRAFIA

1. BROOKS, J. and MOORE, F. Empiricism and Rationality in Duodenal Ulcer the Changing Emphasis. *Surg. Clin. N. A.*, 46, 2: 235, 1966.
2. COLCOCH-BENTLEY. La operación de elección para la úlcera duodenal. *Clín. Quir. N. A.* (edición español), junio de 1964; 653.
3. CARRICO, J., COHN, P. and SHIRES, W. What's new in Surgery. *Surg. Gynec. and Obst.*, 124, 2: 285, 1967.
4. DORTON, H. Vagotomía, piloroplastia y sutura. Una terapéutica efectiva y segura para la úlcera duodenal hemorrágica. *Anales de Cirugía* (versión castellana), IX, 4: 458, 1961.
5. GILARDONI, F. y GUICHEF, W. *Hemorragias digestivas masivas por ulcus duodenal*. Curso de Graduados Clínica Quirúrgica "B", Prof. Piquinela, 1966.
6. LAMBERT, J., JOHNSON, C. and PETERS, W. What's new in surgery. *Surg. Gynec. and Obst.*, 124, 2: 285, 1967.
7. LARGHERO, P. Hemorragias graves del tracto digestivo superior. *Suplemento de An. Fac. Med. Mon.*, 1960.
8. MAÑANA, J. *Hemorragias digestivas altas*. Tres tesis de adscripción, 1967. Fac. Med. Montevideo.
9. MAÑANA, J. Vagotomías y piloroplastia. Técnica quirúrgica. *Bol. Soc. Cir.*, 3-4: 196, 1962.
10. MAÑANA, J. *Vagotomías infradiaphragmáticas. Sus bases fisiopatológicas, sus indicaciones, sus resultados*. Cuatro tesis de adscripción, 1962. Fac. Med. Montevideo.

11. MAÑANA, J. La vagotomía y operación de drenaje gástrico en el ulcus duodenal difícil. *XIII Cong. Urug. Cir.*, año 1962.
12. MAÑANA, J. La vagotomía y operación de drenaje gástrico. A propósito de 30 observaciones. *XXXIV Cong. Arg. Cir.*, año 1963, tomo II.
13. MAÑANA, J. *La vagotomía y operación de drenaje gástrico en el tratamiento del ulcus duodenal. A propósito de 68 casos.* Reunión Conjunta de la Soc. de Gastroenterología de Montevideo y Buenos Aires, año 1964, Hospital de Clínicas de Montevideo.
14. MAÑANA, J. *Técnicas de la vagotomía y piloroplastia.* 9º Curso de Graduados de la Clínica Quirúrgica "B", año 1965, Hospital de Clínicas.
15. PIQUINELA, J. A. El tratamiento quirúrgico de la úlcera gastroduodenal. Estado actual del problema. *Día Méd. Urug.*, 391: 699, 1965.
16. STEWAR9, J. D., MASOVER, A. T., POTTR, W. H. and SCHAEER, S. M. Massive Hemorrhage from gastroduodenal Ulcer. *Surg.*, 24: 239, 1948.
17. WELCH, C. Subtotal Gastrectomy. For duodenal Ulcer. *Surg. Clin. N. A.*, 46, 2: 339, 1966.