

Hemorragia digestiva por úlcera gástrica penetrada en bazo

Dres. PABLO MATTEUCCI * y JULIO DE LOS SANTOS **

Creemos de interés presentar un caso de grave hemorragia digestiva provocada por la penetración en el parénquima esplénico de una úlcera gástrica. Aunque infrecuentes, pueden verse perforaciones ulcerosas en la arteria esplénica o sus ramas; las mismas determinan hemorragias graves o masivas. De mayor rareza es la complicación que describiremos, sobre la cual no hemos encontrado ninguna referencia en la literatura nacional.

OBSERVACION

Historia 18.535. Fraternidad. Mujer de 75 años, diabética, con antecedentes de infarto de miocardio 3 años atrás, y cinco ingresos en los últimos 18 meses por hemorragias digestivas, que ingresó por hematemesis y melenas el 30 de noviembre de 1970. Se le hizo reposición de sangre (1,500 litros), sueros, tratamiento médico, cesando la hemorragia. Un gastroduodeno post-hemorrágico (fig. 1-2) mostró la existencia de un grueso nicho en cara posterior de estómago, alto, sobre gran curva; existía otro prepilórico, también sobre curvatura mayor.

Los exámenes de laboratorio mostraron: Hemograma: GR 1.700.000; HB 35 %; VG 0,96; GB 9.600; Glicemia gm. 2.20 ‰; Urea 0,54 ‰; VES 1ª hora mm 60.

El día 7 de diciembre de 1970 nueva hemorragia, con grave descompensación hemodinámica. Previa reposición y mejoría del estado general de la paciente, se intervino de urgencia.

Operación: (Dres. Matteucci, F. Schneeberger y A. Firiz. Anestesiista Br. D'Albora). Mediana supraumbilical, estómago lleno de sangre. Se encontraron una úlcera de cara anterior de duodeno; otra prepilórica penetrada en páncreas, y un grueso nicho de gran curva, posterior, penetrado en bazo, de donde se desprendió el estómago, quedando el fondo ulceroso sangrante en la cara esplénica. Se pudo lograr la hemostasis con tres puntos de lino en X, en el bazo. Se hizo gastrectomía en gotiera sobre la gran curva, y anastomosis sobre pequeña curva a cielo abierto, oral parcial, retrocólica.

Operación bien tolerada; en el postoperatorio hizo una flebitis de su M.I.I. que cedió con tratamiento médico. Alta el 28 de diciembre de 1970. Actualmente, luego de cinco meses de operada, tolera todo tipo de alimentación, habiendo aumentado tres kilos.

Anatomía patológica. El estudio macroscópico (fig. Nº 3) mostró una lesión ulcerosa de mm. 5 x 7 en duodeno, otra de mm. 10 x 15 en región antropilórica y una tercera de la cual sólo se ve el reborde ulceroso en el extremo superior de la pieza. Histológicamente

son tres lesiones ulceradas con amputación de la capa muscular, tejido conjuntivo fibroso en el fondo y exudado fibrinosoleucocitario en superficie. Lesiones de peri y endovascularitis. En suma: tres úlceras crónicas sin elementos de malignidad.

COMENTARIO

Esta paciente llegó a nosotros con el rótulo de "neoplasma gástrico" y varios ingresos por hemorragias en los meses previos. Ni ella ni sus familiares permitían una intervención quirúrgica, si les fuese planteada la indicación. Al repetirse la hemorragia y agravarse considerablemente su estado logramos la autorización para operarla, siendo nuestro diagnóstico el de úlcera péptica sangrante.

En la operación, el tipo y localización de la lesión causante de la hemorragia nos obligó a una serie de maniobras de interés, que analizaremos:

—La congestión y edema localizados, y la periesplenitis nos llevaron rápidamente al diagnóstico de que la causante de la hemorragia era la úlcera alta; las otras eran crónicas, no presentando elementos de actividad.

—Al movilizar el estómago, desprendimos el fondo del borde ulceroso, el que quedó sangrando difusamente y en napa. En este momento comprobamos que la úlcera estaba penetrada en parénquima esplénico, y la movilización del bazo sería dificultosa por la intensa periesplenitis. Felizmente logramos la hemostasis sin necesidad de esplenectomizar, con algunos puntos en X con lino sobre el lecho ulceroso, apoyándonos en la fibrosis periulcerosa que daba amarre a los puntos.

—La resección gástrica debió hacerse atípica, con una gotiera sobre gran curva, y reconstruirse el tránsito con una anastomosis de necesidad oral parcial sobre pequeña curva, an'soperistáltica, transmesocólica, realizada a cielo abierto.

En cuanto al origen de sus úlceras, reintrogando a la enferma luego de operada, pudimos saber que sus sufrimientos databan de pocos años atrás, coincidiendo con la ingestión de antirreumáticos y corticoides. Esta medicación se había suprimido un año atrás, luego de un episodio hemorrágico. A nuestro modo de ver, la etiología ulcerosa pudo ser, en una enferma sin antecedentes de sufrimientos dispepticos, la arterioesclerosa y además la secundaria a la ingestión de medicamentos irritantes de la mucosa gástrica.

Presentado a la Sociedad de Cirugía el 7/VII/71.

* Asistente de Clínica Quirúrgica "A" Prof. H. Ardao. Carlos Berg 2442/501.

Asistente del Dpto. de Anatomía Patológica.

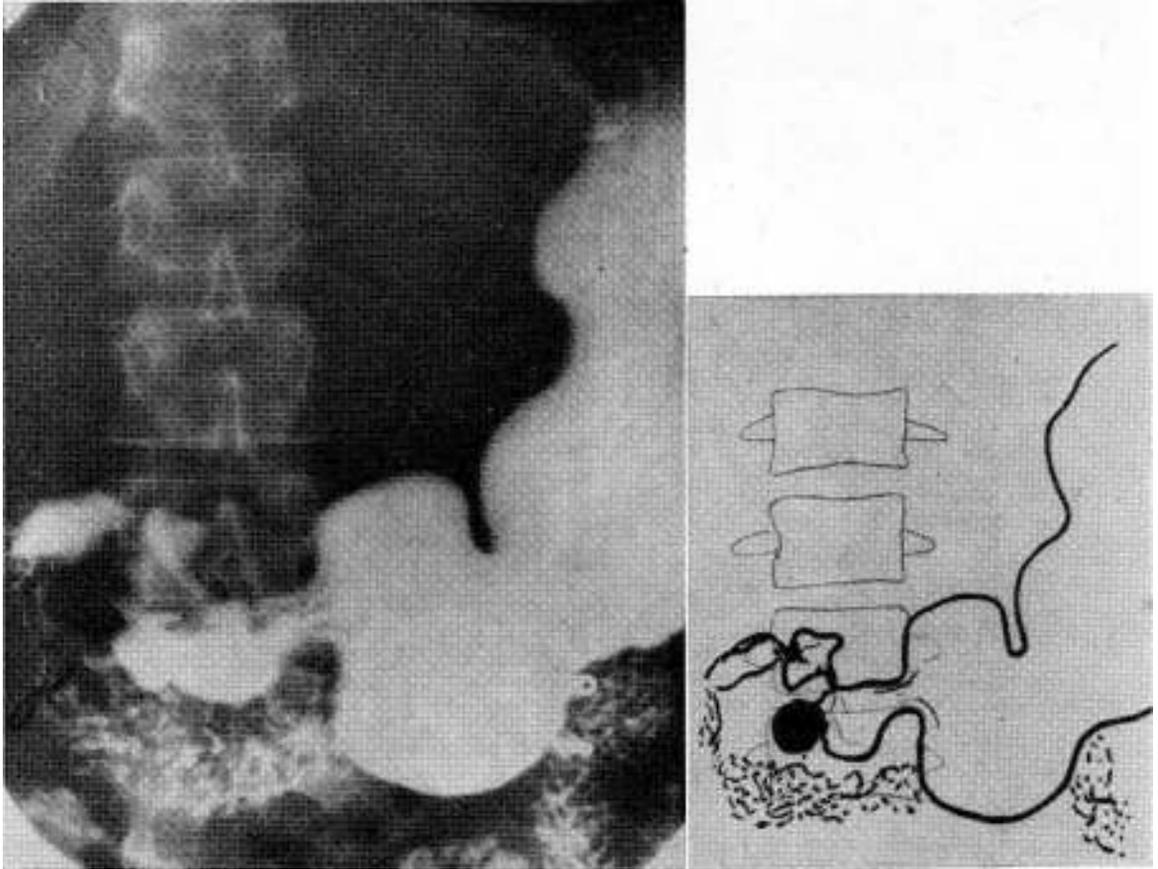


FIG. 1.—Gastroduodeno (y su correspondiente esquema) evidenciándose la deformación del bulbo duodenal y el nicho prepilórico de gran curva.

RESUMEN

Se presenta una observación de hemorragia digestiva grave, provocada por la perforación de una úlcera gástrica en parénquima esplénico. Se hacen consideraciones sobre la táctica y técnica quirúrgica empleadas.

Se trata de una afección muy rara, sin referencias en la literatura médica nacional.

RÉSUMÉ

Présentation d'un cas d'hémorragie digestive grave, provoquée par la perforation d'un ulcère gastrique dans le parenchyme splénique. Considérations sur la tactique et la technique chirurgicales utilisées.

Il s'agit d'une affection très rare, dont il n'est pas fait mention dans les annales médicales nationales.

SUMMARY

Serious digestive hemorrhage was caused by the perforation of a gastric ulcer in the parenchima of the spleen. Surgical tactics and techniques employed are discussed.

This disease is extremely rare and there are no precedents to be found in national medical literature.

DISCUSION

DR. SUIFFET:

El trabajo que ha presentado el Dr. Matteucci es muy interesante. Nosotros ya teníamos conocimiento de esta observación por conversaciones personales con el doctor, a propósito de su encuesta sobre experiencia en este punto.

Hay dos aspectos que queremos comentar. El primer aspecto es lo que respecta a la topografía. La paciente tenía tres úlceras gastroduodenales. Podrá corresponder este tipo de lesión a una enfermedad llamémosles ulcerosa, extendida, como es posible observar. Pero lo que llama la atención es la topografía de la úlcera que provocó la complicación y las dificultades técnicas. Al respecto nosotros queríamos hacer mención, que es una enferma sometida a terapéuticas con corticoides. La topografía de las lesiones ulcerosas en el estómago, asentadas en las caras del fundus, del cuerpo y de la curva mayor y en la zona yuxtacardial, no alcanzan al 5 % del total de las lesiones localizadas en el estómago.

Pero desde que se ha iniciado la terapéutica por corticoides esa proporción, seguramente en el futuro, cuando se hagan relevos estadísticos al respecto, va a

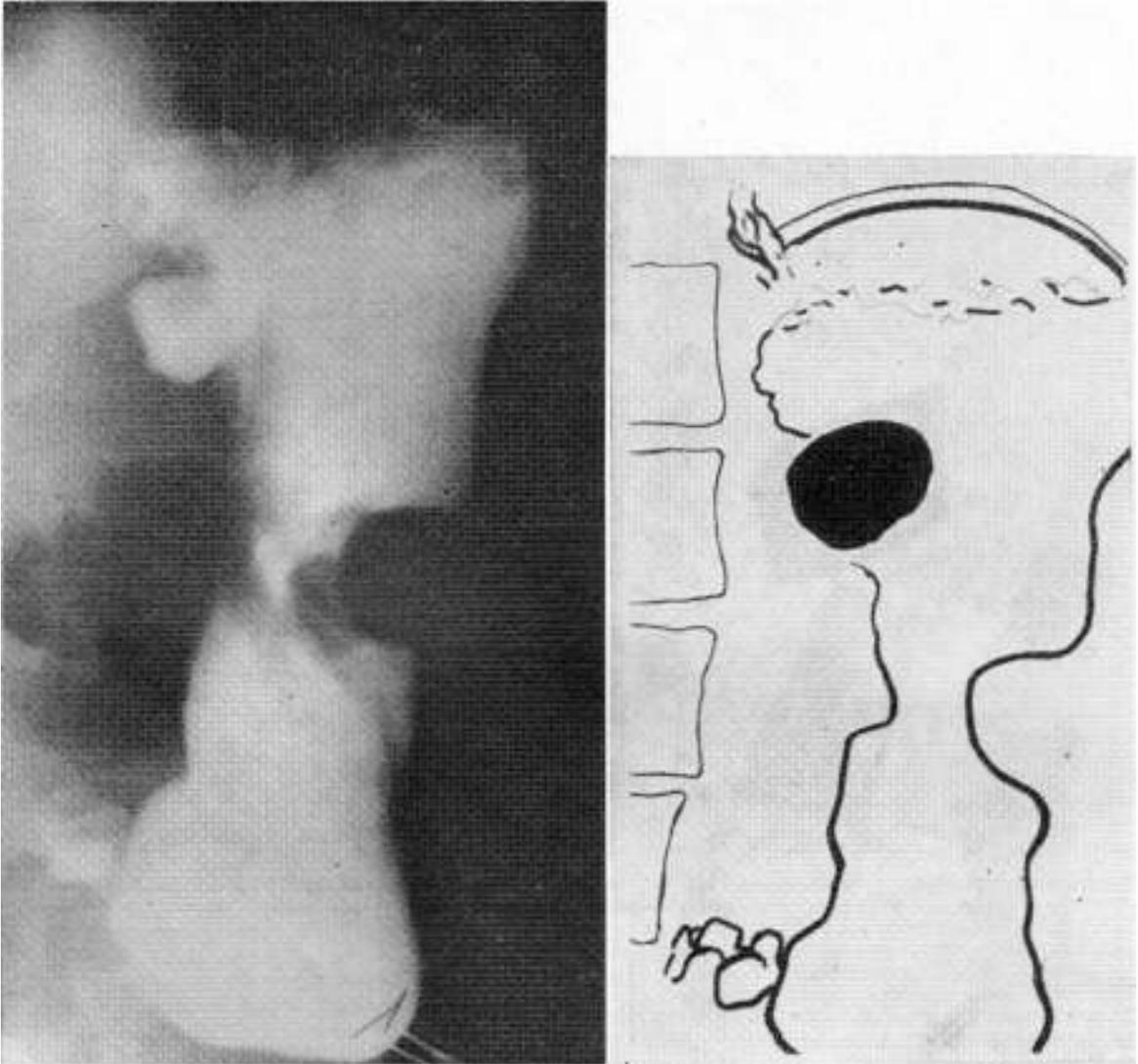


FIG. 2.—Gastroduodeno (y su esquema) en una incidencia de perfil, percibiéndose el grueso nicho en la parte alta, y cara posterior del estómago.

variar. Nosotros hemos observado varios casos de úlceras de estómago situadas en la cara del cuerpo gástrico, sobre todo posterior, o en la gruesa tuberosidad, sobre todo en pacientes sometidos a la terapéutica por corticoides intensa. Y al respecto hemos visto lesiones de diámetro cercano o más de 5 cm. de la cara posterior del cuerpo gástrico penetradas en el páncreas y sobre el pedículo esplénico, desde luego sin llegar al contacto con el bazo. Nosotros consideramos que por lo general, cuando hay una topografía así, lo más grave es el diagnóstico con el carcinoma, y segundo, si el paciente está sometido a terapéuticas por corticoides la topografía puede ser explicada por la terapéutica realizada.

Los problemas más difíciles son en lo que respecta al diagnóstico intraoperatorio, si se trata de un neoplasma. En este caso tenía otras dos úlceras, pero a veces es muy difícil saber si la enferma tiene un neo-

plasma o no. Nosotros hemos hecho incluso biopsias variadas en el contorno de la lesión, puesto que de ser una lesión neoplásica obliga a una intervención tremendamente grave o por lo menos de mayor morbimortalidad.

La técnica quirúrgica indiscutiblemente ha sido una técnica de oportunidad, de necesidad, pero, sin quererle augurar nada inconveniente a la paciente, y por ende al cirujano, hay que estar prevenido porque se le conservó una parte importante de la masa celular parietal y de la curva menor, obligado por las circunstancias desde luego, y sobre una paciente que tiene una enfermedad ulcerógena de fondo, o que va a necesitar seguir siendo tratado con corticoides. De manera que por eso decimos, sin tratar de augurar ningún malestar en el futuro, es una cosa muy importante a considerar.



FIG. 3.—Fotografía de la pieza operatoria abierta por la pequeña curva. Se aprecia en 1) el borde ulceroso del nicho cuyo fondo quedó adherido al bazo; en 2) la úlcera prepilórica; y en 3) la duodenal.

Desde luego que uno estas consideraciones las hace después de haber meditado, escuchado y conversado incluso antes a propósito del caso. Pero creo que merece sacar experiencia y conclusiones, me parece que en una situación similar sería muy conveniente agregarles una vagotomía a este enfermo.

Desde luego que las circunstancias del momento operatorio en esta situación pueden ser no favorables para eso, pero si es posible hacerla puede ser una de las maneras de evitar la posibilidad de la recidiva de la enfermedad en el estómago o en la boca anastomótica, siempre y cuando ella sea debida a una enfermedad ulcerógena no causada por los corticoides. Si está causada por los corticoides la vagotomía no hace la profilaxis porque la acción nefasta de los corticoides sobre la mucosa gástrica no es debido a la hipersensibilidad de la masa celular parietal, sino a la perturbación de los mecanismos de producción del mucus secretado a nivel de las células mucosas del estómago.

De cualquier manera es un caso extremadamente interesante y que plantea una conducta que es conveniente meditarla por si uno se enfrenta a esta situación en otra oportunidad. Nada más señor Presidente.

DR. MARELLA:

Nos parece que la presentación de este caso por el Dr. Matteucci tiene varios aspectos que quisiera resaltar.

En primer lugar la multiplicidad de las lesiones ulcerosas que puede ser catalogada como enfermedad ulcerosa.

El segundo punto importante es la variedad, la localización de la lesión ulcerosa. Como dijo el Prof. Suiffet las lesiones que están en esta situación deben hacer pensar muy seriamente en la posibilidad de neoplasma, y por eso las dudas que pueden surgir en una situación de éstas, cuando uno se encuentra con que si esto es un neoplasma o no es un neoplasma. Naturalmente que aquí había otras úlceras, lo que hacía inclinar a darle una etiología a las lesiones.

El tercer punto de la solución quirúrgica que le dio el Dr. Matteucci de que pudo despegar la úlcera sin provocar una hemorragia que exigiera una esplenectomía, lo cual indudablemente lo agrava al pronóstico de estos enfermos.

El cuarto punto es la solución de emergencia que le dio haciendo una gotera a expensas de la gran curva, al revés de lo que se hace siempre.

Nosotros coincidimos con el Dr. Suiffet que en esta situación hubiera sido conveniente agregarle a este enfermo una vaguectomía.

Es un caso muy interesante; no conocemos ningún caso similar a esta situación.

DR. VACCAREZZA:

Tuvimos un caso de bastante similitud al que operó el Dr. Matteucci. Ahora, estaba más relacionado con lo que estaba diciendo el Dr. Suiffet, referente al problema diagnóstico. Hubo errores clínico, radiológico y quirúrgico, probablemente porque el enfermo falleció, a pesar de que el diagnóstico de causa de muerte fue delirium tremens porque era un alcoholista sumamente intenso; pero como no se hizo necro y yo tengo el concepto de que cuando uno opera un enfermo grave y fallece y no se hace necro, el responsable es primeramente el cirujano y después serán las causas médicas.

Era un enfermo que tenía tres úlceras también, estaba diagnosticado por un radiólogo competente como carcinoma gástrico invasor que tomaba prácticamente gran parte del estómago, desde la parte alta de pequeña curva, gran curva y la porción antral. Cuando se fue a la intervención quirúrgica nosotros íbamos con un plan de hacer probablemente una gastrectomía total; comenzamos a ver que eran lesiones diferentes, que estaban separadas por sectores absolutamente sanos. Hicimos una gastrotomía, miramos las lesiones y nos parecieron macroscópicamente que eran úlceras. Una estaba horadando la arteria esplénica, provocando brutal hemorragia digestiva.

Después la anatomía patológica demostró que no era un cáncer, que eran tres úlceras distintas en distinto periodo de actividad. La más antigua de todas, la de la parte alta del estómago, después había otra en el sector antral, y otra en el sector duodenal. Fue muy complejo porque las dudas que planteó acerca del diagnóstico, que fue errado por la historia clínica que tenía, que lo interpretamos como un neoplásico por la radiología y por la propia anatomía quirúrgica que nos hizo dudar muchísimo.

La evolución fue mala y el enfermo falleció al séptimo u octavo día. El siquiatra dijo que falleció de delirium tremens; nosotros no tenemos necro, no podemos asegurar si no fue por culpa nuestra.

DR. MAZZA:

Felicitemos al Dr. Matteucci por su brillante presentación, y como aporte a ella vamos a relatar un caso que tuvimos oportunidad de vivir hace aproximadamente 20 días con el Dr. Crestanello.

Se trataba de un paciente que 9 meses antes había sido intervenido por una hemorragia digestiva masiva que había motivado una intervención de urgencia en el curso de la cual se había comprobado un úlcus gástrico por lo que se le practicó una gastrectomía subtotal.

El paciente pasó bien 9 meses y bruscamente presenta una hematemesis masiva que se controla en una primera instancia con tratamiento médico. Cinco días después tiene una hemorragia digestiva casi fulminante y es intervenido de urgencia. En la intervención la apertura del muñón gástrico explorado cuidadosamente no muestra lesiones a nivel de la neoboca y en

la vecindad del cardias se extrae un pequeño fragmento de hilo y un coágulo, lo que produce una hemorragia cataclísmica cuyo origen era indudablemente la arteria esplénica. Se efectúa una sutura por vía endogástrica obteniéndose una hemostasis satisfactoria y el cierre del muñón gástrico.

Al 7º día el paciente fue dado de alta y al 8º día en la mañana tiene una pequeña hematemeses, y a la tarde un estado de colapso, sin hemorragia externa, pero que evidentemente iba por cuenta de una repetición de la hematemesis. En la mesa operatoria el enfermo puesto en decúbito dorsal tiene una hemorragia masiva que impide la intubación por parte del anestesista por lo cual se reabre el abdomen sin anestesia y se practica concomitantemente una traqueotomía.

La reapertura del muñón gástrico mostró esta vez una lesión ulcerada yuxtacardial en el fondeo de la cual nuevamente sangraba la arteria esplénica.

En el curso de esta nueva intervención, aclaro que la hemorragia se producía esta vez en una zona en la misma vecindad del cardias. En esta segunda intervención se practicó una nueva sutura hemostática endogástrica y una ligadura de la arteria esplénica con conservación del bazo. El enfermo falleció a las 48 horas en anuria; era un enfermo con una arterioesclerosis generalizada por, naturalmente, el colapso a que había estado sometido.

Con motivo de este caso nosotros conversamos con el Prof. Bermúdez y con integrantes de su clínica, quienes nos relataron la existencia de lesiones similares, una lesión gástrica por úlcus abierta en la esplénica, y una úlcera gástrica también abierta en la arteria esplénica.

DR. MATTEUCCI:

Agradezco a los colegas, especialmente al Prof. Suiffet con el cual ya habíamos tenido hace unos 8 ó 10 días una conversación. A raíz de la misma yo quiero aclarar que la enferma había recibido antirreumáticos varios meses previos a la intervención, pero luego se le había suprimido a raíz de otra hemorragia digestiva previa.

Yo no la vi últimamente a la enferma, pero fui al sanatorio y busqué su ficha y no constaba de que por lo menos en indicaciones médicas en los meses previos hubiese recibido corticoides; de todos modos, antes de publicar definitivamente este trabajo, ese detalle lo voy a tener en cuenta.

En cuanto a la realización de la vaguectomía asociada en realidad pudo haberse planteado y hecho, pero en ese momento la situación era muy grave y la operación se había prolongado ya, y habría sido muy difícil en ese momento.

En cuanto al dato que me aportó el Dr. Mazza se lo debo agradecer, no tenía conocimiento del mismo.

Al Dr. Vacarezza le tengo que decir que también en esta enferma se había hecho por otros médicos el diagnóstico de neoplasma e incluso una de las razones por las cuales los familiares se negaban a que yo la interviniera era que creían que era un neoplasma ya en la etapa irreseccable o intratable.

Y al Dr. Marella le tengo que contestar que el resultado anatomopatológico estudiado por el Dr. De los Santos, las dos úlceras duodenales y prepilóricas eran callosas crónicas y la única que estaba en actividad, que lo demostró la anatomía y la cirugía, era la alta en estómago, y le repito que la solución que se adoptó en ese momento fue debido a las circunstancias, ya que no pudimos salir de otra forma del paso.