

Hemorragia digestiva por úlcus crónico gastroduodenal

Dres. Francisco Di Leoni, Carlos Leoni y Roberto Perdomo *

Se analizan 50 observaciones de hemorragia por úlcera crónica gastroduodenal (26 duodenales y 24 gástricas). De los sangrados graves (21 casos), 14 fueron por lesiones gástricas y sólo 7 duodenales. En más del 50 % de los casos no hubieron síntomas prodrómicos, pero casi siempre (44 en 50) existieron antecedentes de sufrimiento gastroduodenal crónico. Hubo un franco predominio de la localización gástrica, cuando la hematemesis fue el síntoma principal. El procedimiento hemostático más usado fue la gastrectomía subtotal. La mortalidad operatoria global fue del 16 % y del 26 % para las hemorragias graves.

Palabras clave (Key words, Mots clés) MEDLARS: Peptic ulcer hemorrhage/diagnosis, surgery.

La hemorragia digestiva constituye una frecuente y muy a menudo grave complicación del úlcus crónico gastroduodenal.

Se trata de un aspecto bien conocido, en general, por el cirujano y en nuestro medio es muy bien manejado este tipo de urgencia (1, 2). No obstante lo cual consideramos siempre de candente actualidad y de real interés examinar los hechos tal como ellos se dan entre nosotros.

Analizamos los datos más significativos en relación a este estudio realizado sobre 50 observaciones recogidas al azar en el Archivo del Hospital de Clínicas.

FRECUENCIA

Las hemorragias en general son predominantemente de origen duodenal del mismo modo como son predominantes las úlceras en esa localización. (Cuadro 1).

Pero si se tienen en cuenta los casos de hemorragia grave solamente, hay un predominio de la localización gástrica como origen de la misma. (Cuadro 2)

Clínica Quirúrgica "F" (Prof. Dr. Luis A. Praderi). Hospital de Clínicas "Dr. Manuel Quintela", Montevideo.

CUADRO 1

LOCALIZACION ULCEROSA

(Para todas las intensidades o grados de hemorragia)

	Duodeno	Estómago	
Bulbar	25		
Post-bulbar			
Curva menor		17	
Prepilórica		6	
Pilórica		1	
Totales	26	24	50 casos

CUADRO 2

LOCALIZACION ULCEROSA

(Sólo para las hemorragias graves)

	Duodeno	Estómago	
Bulbar (cara posterior, borde sup.)	6		
Post-bulbar			
Curvatura menor		10	
Prepilórica		4	
Totales	7	14	21 casos

PATOLOGIA

De acuerdo a los protocolos operatorios y anatómopatológicos revisados, se observa que los mecanismos de sangrado más frecuentes en la hemorragia grave comprometen los gruesos vasos arteriales o se refieren al tejido de granulación intra y periulceroso.

En las hemorragias graves (en curso), se suelen ver:

—arteria coronaria estomáquica o gastroduodenal sangrando en el fondo de la úlcera;

Presentado como Tema Libre al XXV Congreso Uruguayo de Cirugía, el 2 de diciembre de 1974.

* Médicos Auxiliares y Profesor Adjunto de Clínica Quirúrgica.

Dirección: Francisco Llambí 1373 ap. 2, Montevideo (Dr. Di Leoni).

- arteria con coágulo fresco sangrando en el fondo;
- sangramiento en napa del tejido de granulación.

Posthemorragia grave:

- arteria del fondo con trombosis y organización de la luz.

CLINICA

En general hay sufrimiento previo referido al aparato digestivo alto (44 observaciones en 50). (Cuadro 3)

Se destacan entre los antecedentes la existencia de otros episodios de sangrado, respondiendo al aforismo que dice "lo que ha sangrado, sangrará".

CUADRO 3

ANTECEDENTES

—De clara filiación ulcerosa	18 casos
* síndrome ulceroso típico	11
* hemorragia previa	13
* perforación previa	2
* síndrome pilórico previo	2
* operados por U.C.G.D.	1
* diagnóstico radiológico	11
—De sospecha (dispepsia hiperesténica)	19
—Síntomas atípicos (dolorosos o dispépticos)	7
—Sin antecedentes	4
—No se recabaron datos	2

En conclusión de lo expuesto precedentemente puede expresarse, que cuando una hemorragia digestiva alta no tiene antecedentes, si bien no es posible descartar el ulcus crónico gastroduodenal, es adecuado orientarse a pensar en otras causas, entonces más probables.

Resulta de interés destacar la frecuencia con que el episodio hemorrágico se instala bruscamente y sin prodromos (cuadro 4), aunque la mayoría de los pacientes tienen antecedentes de sufrimiento crónico gastroduodenal según se desprende de lo visto previamente.

CUADRO 4

SINTOMAS PRODROMICOS DE LA HEMORRAGIA

—Con síntomas prodromicos agudos o subagudos:	
* pacientes con antecedentes de sufrimientos digestivos crónicos	18
* sin antecedentes de sufrimiento digestivo ...	2
—Instalación brusca sin prodromos:	
* con antecedentes de sufrimiento digestivo crónico	26
* sin antecedentes	2
—No se recabaron datos	2

El comienzo de la hemorragia digestiva por hematemesis y sus caracteres de color rojo y abundancia tienen gran significación y sugieren gravedad de la situación y mayor posibilidad de topografía gástrica de la lesión ulcerosa.

Por otra parte, ello obligó al tratamiento quirúrgico de urgencia en la mayoría de los casos (9 en 13 pacientes de nuestra serie).

Las deposiciones negras o rojo-oscuras líquidas, abundantes, son igualmente reveladoras de hemorragia digestiva grave y su valor topográfico se inclina decididamente hacia el origen duodenal del sangrado si se presenta pura, es decir, no asociada a hematemesis.

Cuando la hematemesis es escasa y se asocia a melenas, de volumen variable, las posibilidades topográficas (gástrica o duodenal) se asemejan.

Predominó en estas dos últimas eventualidades la terapéutica quirúrgica diferida (25 en 37 pacientes en esta situación). (Cuadro 5).

CUADRO 5

RELACION HEMATEMESIS-MELENA

	Topografía		Operación	
	Duodenal	Gástrica	Urgencia	Elección
—Hematemesis pura		3	3 gast.	1 duod.
—Hematemesis roja y/o abundante más melenas	1	8	6 — 5 gast. — 1 duod.	3 gast.
—Hematemesis escasa y melena de volumen variable	12	12	8 — 5 gast. — 3 duod.	16 — 7 gast. — 9 duod.
—Melenas puras de volumen variable	10	3	4 — 2 gast. — 2 duod.	9 — 1 gast. — 8 duod.

CUADRO 6
PROCEDIMIENTOS UTILIZADOS

	Gastrect. subtotal	Otra técnica	Total
Operaciones urgentes:			
* Ulcus gástrico	12 observ.	2	14
* Ulcus duodenal	6	1	7
Operaciones diferidas:			
* Ulcus gástrico	8	0	8
* Ulcus duodenal	20	1	21

El tiempo transcurrido entre el comienzo de la hemorragia digestiva e ingreso al hospital, considerando la gravedad del cuadro, demuestra que la consulta precoz, antes de las 12-24 horas, generalmente significa un episodio de magnitud alarmante siendo la mayoría de estos enfermos operados de urgencia.

La razón inversa es también porcentualmente cierta, para los casos de consulta diferida por días o semanas.

El 80 % de las hemorragias graves consultaron dentro de las 12 horas de instaladas, contra sólo un 20 % de las hemorragias leves, en igual lapso.

TRATAMIENTO

De los procedimientos de terapéutica quirúrgica utilizados, la gastrectomía subtotal de urgencia ha sido la operación más frecuente y es indudablemente la más segura técnica de hemostasis.

También ha sido, por amplio margen, la técnica preferida en las intervenciones diferidas, según se desprende del cuadro 6:

En casos desesperados por las condiciones de terreno y operados en pleno shock se intentaron procedimientos hemostáticos de fortuna. De los dos pacientes indicados, portadores de úlcera gástrica, en uno se realizó ligadura de la arteria pilórica y coronaria estomáquica más

gastroenterostomía y, en otro, gastrotomía y transfijión del lecho ulceroso más ligadura de la coronaria estomáquica. Ambos fallecieron.

En el cuadro 7, se relaciona la mortalidad con el momento de la intervención.

Se observa la mayor mortalidad global de las operaciones de urgencia y su posible relación con la "espera" mientras la hemorragia prosigue o recidiva precozmente.

COMPLICACIONES

En 32 pacientes (64 %) se vieron complicaciones diversas (cuadro 8):

De lo que precede destacamos:

—La frecuencia de las complicaciones, en varios enfermos abarcaron más de uno de los sectores indicados.

—Que influyen nítidamente en el pronóstico vital, y

—Que por su frecuencia y gravedad sobresalen las complicaciones generales que afectan al aparato respiratorio.

La mortalidad global fue de 8 pacientes o sea 16 %.

Para la hemorragia grave considerada aisladamente, se eleva a 26 %.

CONCLUSIONES

De este análisis de 50 observaciones de hemorragias por ulcus crónico gastroduodenal, extraemos las siguientes conclusiones:

1. En general la úlcera hemorrágica muestra un ligero predominio por la localización duodenal, en relación con la mayor frecuencia de esta topografía ulcerosa.

En los casos de hemorragias graves, sin embargo, resultó más frecuente la topografía gástrica.

2. Las características de la fuente en las hemorragias graves es la de la arteria sangrando en el fondo ulceroso o el sangramiento en napa del tejido de granulación.

3. Los pacientes hemorrágicos tenían antecedentes de sufrimiento ulceroso de tipo crónico, en la mayoría de los casos; destacándose la frecuencia de la hemorragia previa. En más

CUADRO 7

RELACION DE LA MORTALIDAD CON EL MOMENTO DE LA OPERACION

	Total	Fallecidos
Operación de urgencia (intrahemorrágica):		
—día del ingreso	9 obs.	1
—a las 24 horas	3	1
—a los dos días	1	0
—a los 3 días	4	2
—de 4 a 7 días	4	2
Operados posthemorragia:		
—del 10 al 50 día	29	2

CUADRO 8
COMPLICACIONES POSTOPERATORIAS

—Generales — 50 %.					
	Respiratorias	Cardiov.	Hepatic.	Renales	Total
Número	9	2	2	1	14
Fallecidos	3	1	0	1	4

—Visceroperitoneales — 37 %.			
	Preoperatorias *	Postoperatorias	Total
Número	3	10	13
Reintervenidos	3	1	4
Fallecidos	0	3	3

—Parietales — 13 %.					
	Hematoma	Supurac.	Dehiscenc.	Eviscerac.	Total
Número	3	7	1	2	13
Reintervenidos	0	0	0	1	1
Fallecidos	0	0	0		1

* Rotura esplénica: un caso; Lesión de asa delgada: un caso; Hemorragia peritoneal: un caso.

del 50 % de las observaciones, la hemorragia se instala en forma brusca, sin prodromos.

4. El estudio de la relación hematemesis-melena señala un franco predominio de la localización ulcerosa gástrica y de la necesidad de intervenir de urgencia cuando existía hematemesis pura roja o ésta era el síntoma principal.

5. Los pacientes que consultaron precozmente presentaban en su mayoría, situaciones de hemorragia grave y viceversa.

6. El procedimiento hemostático más utilizado fue la gastrectomía subtotal.

7. El retardo de la decisión operatoria, en las hemorragias graves, por más de 48 horas, muestra una significativa influencia en el pronóstico.

8. En el postoperatorio se muestra un número mayor de complicaciones graves de tipo general, fundamentalmente respiratorias.

9. La mortalidad global fue del 16 % ascendiendo al 26 % en el grupo de las hemorragias graves.

RÉSUMÉ

Hémorragie digestive par ulcère chronique gastroduodénal.

Analyse de 50 observations d'hémorragie par ulcère chronique gastroduodénal (26 duodénaux et 24 gastriques). Sur les 21 cas de saignement grave, 14 furent causés par des lésions gastriques et 7 seulement par

des lésions duodénales. Dans plus de 50 % des cas il n'y eut pas de symptômes prodromiques, mais par contre, des antécédents de douleur chronique gastroduodénale se rencontrèrent dans presque tous les cas (44 sur 50). La localisation gastrique domina nettement dans les cas où l'hématémèse fut le symptôme principal. La gastrectomie sub-totale fut le procédé le plus généralement employé. La mortalité opératoire globale fut de 16 % et de 26 % dans les cas d'hémorragies graves.

SUMMARY

Gastrointestinal bleeding due to chronic gastroduodenal ulcer.

Fifty cases of bleeding due to chronic gastroduodenal ulcer (26 duodenal, 24 gastric) are discussed. 21 of these cases corresponded to severe bleeding: 14 due to gastric lesions and only 7 due to duodenal lesions. Over 50 % of the cases did not show prodromic symptoms, but almost always (44 in 50) there was a history of chronic gastroduodenal ailment. When hematemesis was the main symptom, there was a clear predominance of the gastric location. The most used hemostatic procedure was subtotal gastrectomy. Operatory mortality was 16 %, and 26 % for severe hemorrhages.

REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS

1. LARGHERO P. Hemorragias graves del tracto digestivo superior. Montevideo, Rosgal, 1960.
2. PRADERI L. Hemorragias digestivas. Tratamiento quirúrgico. *Cir Urug*, 44: 299, 1974.