

Hemorragias digestivas

Tratamiento quirúrgico

Dr. LUIS A. PRADERI *

Las hemorragias digestivas constituyen situaciones clínicas diarias, de todos conocidas pero que aún en la actualidad con todos los recursos mantienen tasas de mortalidad apreciable. En lo que a tratamiento y conducta se refiere, aún existen frecuentes problemas de difícil o discutida solución y escuelas que apoyan diferentes procedimientos quirúrgicos, con criterio exclusivo. Es por lo tanto útil, hacer algunas precisiones y destacar algunos conceptos.

Excluimos en este trabajo las hemorragias en la hipertensión portal, en situaciones raras o de excepción y las hemorragias digestivas postoperatorias.

El tratamiento quirúrgico se basa en un tripo fundamental:

- A) Diagnóstico correcto.
- B) Oportunidad operatoria.
- C) Elección del procedimiento quirúrgico.

A) DIAGNOSTICO CORRECTO

Mucho se ha adelantado en este aspecto en los últimos años, como ya quedó demostrado en el desarrollo de esta Mesa. Gracias a los estudios en agudo, empleando primero la endoscopia (1), el estudio radiológico común (21) o mediante la técnica de doble contraste y la angiografía selectiva (14), se puede alcanzar, en centros bien equipados y bien coordinados el 80-90 % de diagnósticos positivos, precisando la localización o topografía de la hemorragia y por ende, en la mayoría de los casos, su etiología. En algunos centros han llegado a la cifra record de 98 % (4).

La radiología gastrointestinal en agudo se ha probado inocua; en grandes estadísticas no hay evidencia de aumento de la hemorragia ni de renovación del sangrado. Según Nahum y col. (19) no pudo realizarse en un 10 % de los casos por shock incontrolable o falta de cooperación del paciente.

B) OPORTUNIDAD OPERATORIA (2)

Es quizás el concepto más difícil de transmitir, y donde pesa más la clínica y la experiencia del cirujano. Recordar que todo paciente con hemorragia digestiva debe permanecer, desde el inicio, bajo vigilancia de un equipo, equipo médico-quirúrgico (8). De esa manera se evita:

- 1) Operar enfermos no preparados.
- 2) Operar sin diagnóstico.

- 3) Operar tardíamente.
- 4) Realizar procedimientos quirúrgicos inadecuados.

C) ELECCION DEL PROCEDIMIENTO

Es fundamental no sólo tener presente las diversas tácticas y técnicas, sino adecuarlas al paciente y al momento del episodio hemorrágico. Es por lo tanto inseparable y condicionado al concepto anterior.

Vamos a referirnos primero a las hemorragias esofago-gastroduodenales, o sea del tracto digestivo superior, en sus formas graves, donde el elemento hemorragia es el que destaca en el cuadro clínico. Las hemorragias altas son las que con frecuencia llegan a grados severos (8) y crean problemas terapéuticos urgentes.

Según Muñoz Monteavaro y col., en nuestro medio, el sector alto del tubo digestivo, en frecuencia, sangra tres veces más que el sector bajo (18).

Las hemorragias intestinales puras o bajas son generalmente poco importantes y la terapia quirúrgica puede diferirse.

HEMORRAGIAS ALTAS ESOFAGO-GASTRO-DUODENALES

Analizaremos cuatro capítulos fundamentales que consideramos como *elementos pronósticos* y que son los que tiene que manejar, balancear o equilibrar el cirujano, para decidir su tratamiento y su procedimiento.

1º) *Etiología* o causa determinante y localización.

2º) *Patogenia* o mecanismo del sangrado.

3º) *Evolución* o sea duración del sangrado, intervalos libres, etc. Esquematizamos tres formas:

- a) Sin pausa, sangrado continuado más de dos días (9).
- b) Intervalos de un día, destacando que cuando se reinicia, el tercer día es el día crítico, concepto de la vieja escuela que hace prevalecer los elementos clínicos.
- c) Intervalos de dos o más días; en el 50 % la evolución es favorable, no reinician el sangrado.

4º) *Respuesta al sangrado* que se modifica en función de tres elementos que tenemos que tener siempre presentes: el terreno, la edad del paciente, y los elementos de laboratorio.

* Profesor de Clínica Quirúrgica. Fac. Med. Montevideo.

1º) Etiología y localización.

Haremos una rápida revisión en frecuencia decreciente en cada grupo.

a) Hemorragias esofágicas o cardiales.

Várices esofágicas, generalmente por hipertensión portal. En esta localización predominan netamente; es importante operar con diagnóstico preoperatorio (5); el hallazgo imprevisto de várices esofágicas en el acto operatorio plantea un engorroso problema de conducta al cirujano.

La etiología ya ha sido tratada exhaustivamente por el Dr. Muñoz Monteavaro, de allí que la excluiremos de este trabajo.

Úlceras esofágicas únicas o múltiples, sobre epitelio esofágico o sobre ectopías de mucosa gástrica (úlceras de Barrett). La hemorragia no es la complicación frecuente; generalmente diagnóstico tardío; pueden dar hemorragias severas.

Esofagitis por reflujo no suele ser el síntoma dominante. He tratado solamente un caso: mujer joven con hernia hiatal por deslizamiento, reflujo intenso y sangrado importante durante la noche (amanecía la almohada teñida en sangre roja mezclada con saliva). La corrección quirúrgica del reflujo mejoró en forma transitoria el sangrado; luego, a raíz de una tromboflebitis de miembro inferior se descubrió trastorno de crisis sanguínea. El reflujo era solo una causa desencadenante.

Esofagitis cáustica, sangran al principio, antes de instalarse la estenosis; por lo general se yugula con tratamiento médico y destransitación por gastrostomía o yeyunostomía.

Cáncer de esófago o cardíaco la hemorragia es rara (18). La ulceración aórtica, cataclísmica o fulminante (13) da poca oportunidad al tratamiento.

b) Hemorragias gástricas.

Úlcera crónica domina la escena y no merece comentarios pues es de todos conocida.

Lesiones agudas. Esta denominación empleada por Gutiérrez (8) y otros, la consideramos útil pues agrupa diferentes entidades, desde la exulceratio de Dieulafoy hasta las úlceras de stress (úlceras de Cushing, úlceras de Curling) y las gastritis hemorrágicas, de etiopatogenia no bien conocida y de frecuencia creciente, sobre todo en determinados ambientes, y en franco predominio sobre la úlcera gástrica y duodenal en algunos períodos del año.

Cáncer gástrico es poco frecuente; obliga a tomar decisión urgente.

Tumores benignos sangran más frecuentemente que el neoplasma, pero a diferencia de ellos no suelen ser hemorragias severas.

Hernia diafragmática. Anemizan por sangrado escaso o poco pero continuo; no dan hemorragias importantes. La corrección de la hernia y del reflujo normalizan la situación en forma espectacular, como hemos tenido oportunidad de comprobarlo en numerosos casos. El sangrado abundante debe orientarnos a la búsqueda de una lesión péptica asociada gástrica o duodenal.

Úlcus péptico o de neoboca hemorragias súbitas, impestivas, de gran entidad, con poco cortejo clínico, conducen a la intervención urgente en la mayoría de los casos.

Síndrome de Mallory-Weiss, su localización predominante en la mucosa gástrica, nos inclinó a ubicar este síndrome en este grupo.

c) Hemorragias duodenales.

Úlcus duodenal. En estadísticas de servicios quirúrgicos el úlcus duodenal sigue siendo la causa más frecuente de hemorragia digestiva (8); en los servicios de Gastroenterología pueden predominar las úlceras agudas y las várices esofágicas como veremos al fin de nuestra serie.

Los *divertículos duodenales* rara vez sangran; no es el responsable el divertículo, en general es una úlcera duodenal o duodenitis asociada. En mi experiencia solo en una oportunidad el divertículo en segunda porción duodenal, era el responsable de la hemorragia; fue preciso resecarlo.

Las *hemorragias de origen biliar* (hemobilias) o de *origen en la papila* son poco frecuentes (13, 21).

Con respecto a las *aneurismas de aorta o sus ramas*, ulcerándose en duodeno y evidenciándose por hemorragia digestiva, recuerdo dos casos: uno de ellos aneurisma alto de aorta abdominal, abierto en tercera porción duodenal, que determinó grave hematemesis y melenas, a lo cual sobrevivió la enferma y permitió en una segunda instancia realizar cirugía directa sobre la aorta. El segundo caso era un falso aneurisma de la arteria mesentérica superior por herida de bala, que se abrió a los seis meses en tercera porción duodenal, y que fue corregido quirúrgicamente, con curación del enfermo.

Los tumores duodenales son situaciones de excepción; en la literatura nacional se citan angiómas y tumores raros (13).

2º) Patogenia.

Mecanismo del sangrado.

Nos ayuda a sospechar la evolución y el ritmo de la hemorragia e inclusive la conducta quirúrgica a adoptar.

Hemos dividido los mecanismos en cuatro grupos:

1) *Erosión vascular*. Es la forma de sangrar el úlcus gastroduodenal, por erosión lateral o sección completa de una arteria incluida en la perivisceritis.

En este mecanismo debemos incluir el sangrado del neoplasma gástrico (13) y las várices esofágicas por erosión venosa.

2) *Estasis*. En los casos de estenosis o de síndromes pilóricos, donde se asocia la retención de contenido gástrico la infección determinando hemorragias que suelen no ser de gran entidad.

3) *Gastritis o duodenitis*. En general por causas infecciosas o tóxicas. Constituye la situación de solución más discutible, más polémica, como luego veremos.

4) *Causas extragástricas.* En este grupo es la hipertensión portal, la insuficiencia hepato-cítica, las alteraciones de la crisis sanguínea, etc. las responsables de la hemorragia.

De lo dicho surge una verdadera *terapéutica patogénica*; el cirujano debe tener presente la fisiopatología, conduciéndolo a la elección de determinado procedimiento.

Se definen cuatro grupos de situaciones patogénicas:

Grupo A. Cuando se produce por erosión vascular son útiles los procedimientos de hemostasis directa; sea mediante ligadura de la arteria o resección de la úlcera. Tipo *ulcus gastroduodenal* o *ulcus de neoboca*.

Grupo B. Cuando se produce por éstasis, deben elegirse las derivaciones; solo en segundo término los procedimientos de resección.

Grupo C. Cuando la hemorragia está determinada por causas locales, tipo gastritis, suele ser eficaz en primera instancia, el tratamiento médico. Si la hemorragia persiste las derivaciones y las exéresis.

Grupo D. Si la causa es extragástrica, recurrir primero al tratamiento médico, luego la cirugía actuará sobre las determinantes, tipo hipertensión portal.

) Evolución.

La evolutividad del sangrado permite clasificar tres situaciones según su amenaza vital (2):

1) *Hemorragias únicas*, generalmente bien toleradas, son las más frecuentes; la mayoría no requiere intervención de urgencia; se yugulan con tratamiento médico. Permiten estudio completo del enfermo y tratamiento definitivo y radical, pasada la situación de urgencia.

2) *Hemorragias cataclísmicas*, felizmente poco comunes, corresponden a gran pérdida. La descompensación rápida con desequilibrio cardiorrespiratorio, anoxia, etc., obligan a intervenir en forma inmediata, aun antes de lograr la compensación ideal.

3) *Hemorragias recidivantes*, son las más difíciles de diagnosticar en su causa, su topografía y la posibilidad de hemostasis espontánea. El mecanismo de la recidiva puede explicarse por coágulo precario, o por hematoma que se abre secundariamente. Es a este grupo, tan frecuente, que el equipo debe dedicar una vigilancia más estricta, para resolver la decisión quirúrgica y donde *la experiencia se constituye en el elemento más valioso e insustituible.*

4º) Respuesta al sangrado.

Tres elementos a estimar:

a) *Terreno.* Balancear siempre la agresión quirúrgica y los riesgos de recidiva de la hemorragia. Se definirá así la magnitud del procedimiento a emplear.

b) *Edad.* Se debe ser más intervencionista en el viejo (7, 9, 13, 21) pues la anoxia es menos tolerada, hay más riesgo de coma y la hemostasia espontánea es más difícil pues los mecanismos pueden estar modificados o de-

teriorados. También hay más riesgo de isquemia coronaria. En suma, no debemos esperar las últimas etapas, de cambios irreversibles.

c) *Laboratorio.* Nadie duda de su valor, pero no debemos dejar prevalecer los datos de laboratorio (2, 13) frente a la situación clínica.

Una vez analizados estos cuatro puntos fundamentales, vamos a plantear las situaciones en particular, limitándonos por razones de extensión y de tiempo a las más frecuentes o más polémicas.

Úlcus duodenal.

Recordar que el mecanismo habitual es por erosión arterial, generalmente de intensidad mediana y que en un alto porcentaje de casos cede espontáneamente o con tratamiento médico.

Cuando se prolonga el sangrado, el tercer día es el crítico, es decir cuando el cirujano debe imponerse.

En los procedimientos se discuten los clásicos de resección (gastropilorectomía con resección o con exclusión), frente a los conservadores del tipo de la piloroduodenotomía, que permite en muchos casos la hemostasia directa, complementado por vaguectomía y piloroplastia.

Evidentemente que no he de definirme por una u otra posición, pues no son antagónicas; considero que el cirujano debe tener los dos grupos de procedimientos in mente y realizar la elección supeditándola al tipo de enfermo, forma de sangrado, terreno, edad e inclusive a otros factores mal considerados secundarios, es decir experiencia del cirujano, condiciones de equipamiento, etc.

En la Argentina en estadísticas recientes (8) de cirujanos de diversos centros, se inclinan la mayoría por la resección, pues la consideran más segura, más eficaz y sobre la cual tienen más experiencia.

Úlcus gástrico.

Recordar también que su mecanismo es por erosión arterial, que la intensidad suele ser de grado mediano, y que no debe esperarse para actuar luego del segundo episodio del sangrado. (No esperar segunda recidiva). La táctica quirúrgica es más unánime, pues la operación de base es la gastrectomía; la resección es la hemostasia más segura y permite extirpar una lesión de dudosa naturaleza.

Los procedimientos de hemostasia directa viven de las contraindicaciones de la exéresis.

Los problemas se plantean en las úlceras de localizaciones altas, yuxtacardiales; se puede recurrir a la hemostasia directa o quizás mejor la gastrectomía en gotera.

Lesiones agudas.

Creo que esta denominación es la más amplia (8) y acertada, englobando entidades que responden a distintas causas, con diferente anatomía y fisiopatología. La frecuencia de estas

lesiones es variable; en la recopilación argentina, según V. Gutiérrez (8) en su completo relato al Congreso Argentino de Cirugía de 1973, llegan al 14,5 %. Los franceses las sitúan entre el 10 y 20 % (21). Son las que ofrecen más problemas de conducta y cuya mortalidad puede oscilar entre el 26 y 70 %. Frente a este tipo de lesiones, dada la indemnidad de las capas externas del estómago y duodeno, su visualización es preciso hacerla por gastrotomía exploradora.

Esta etapa de la intervención, la *exploración operatoria*, cobra más valor que en otras entidades, de allí que nos extenderemos sobre ella.

Dos circunstancias merecen destacarse:

a) Cuando las lesiones asientan en la parte cardial o yuxtacardial, la gastrotomía clásica sobre el antro o el píloro resulta insuficiente. Se justifica en esos casos la realización de una segunda gastrotomía alta (21) o la exploración mediante un espéculo vaginal. Esta segunda gastrotomía tiene la ventaja de permitir actuar sobre la lesión para realizar la sutura y hemostasia directa.

b) Cuando no se evidencia el origen del sangrado; debe recordarse que en un alto porcentaje la lesión puede estar ubicada en el duodeno postbulbar.

En suma la exploración operatoria debe ser exhaustiva y minuciosa a pesar de la premura del caso. Ignorar la existencia de la lesión por exploración incompleta, hace inútil la intervención y hace fracasar toda terapéutica.

Estas dificultades, sumadas a problemas asociados como el paciente en intoxicación etílica, o en grave estado general, han llevado a indicar la endoscopia durante la laparotomía (16), con múltiples ventajas, como lo ha señalado la Dra. Ferraz.

La conducta a seguir frente a estas lesiones agudas pueden constituir problemas de difícil solución (17).

A los efectos de tratamiento hemos dividido estas lesiones en tres grupos:

1) Exulceraciones múltiples.

Cuando hay diagnóstico previo endoscópico que muestra exulceraciones diseminadas en la mucosa gástrica, el tratamiento médico suele ser eficaz.

Sin embargo en este grupo se incluyen úlceras de stress, de diferente etiopatogenia, evolutividad y respuesta al tratamiento. Goodman y Osborne (6) intentan una división según aparición, causas determinantes y aspecto macro y microscópico:

a) Neurogénicas, después de traumas u operaciones intracraneanas. Frecuentemente se perforan.

b) Ulceraciones tipo Curling o de los quemados; pueden ser fúndicas o también duodenales; generalmente infectadas de aspecto redondeado y profundas. Aparecerían entre el 1, 2 ó 3,5 % de los quemados (20, 21).

c) Ulceraciones iatrogénicas, postesteroides; suelen tratarse o prevenirse por tratamiento protector, etc.

d) Ulceraciones postraumáticas o postshock.

Con respecto a la respuesta al tratamiento hay diversas opiniones; Lucas y col. (17) en una serie de 300 casos de úlceras agudas 38 no respondieron al tratamiento médico; Gurvain y col. (7) en un análisis de 30 úlceras de stress se inclinan por la intervención pues sobreviven 64 % frente a un 5 % de no operados.

Cuando no hay diagnóstico previo la intervención no debe demorarse. Se discuten dos conductas: la conservadora, que consiste en la hemostasia directa por vía mucosa, completada por vaguectomía y piloroplastia o antrectomía o la conducta reseccionista.

Según las estadísticas mundiales que reúnen experiencia de muchos centros parece inclinarse la opinión por la conducta conservadora. Se basan en que la gastrectomía subtotal puede ser insuficiente y continuar sangrando en el estómago residual.

Sin embargo hay argumentos fisiopatológicos en favor de una u otra posición. Los adeptos a la gastrectomía admiten que luego de la resección, se produce una vasoconstricción en el estómago residual determinando la hemostasia (8).

Gutiérrez (21), en recopilación bibliográfica, compara la mortalidad con gastrectomía total del 32 % frente al 26 % cuando se emplea vaguectomía y piloroplastia.

La gastrectomía total es de rara indicación (21); puede plantearse como reintervención luego de una subtotal, si se prueba que en estómago residual persiste la hemorragia (endoscopia), en casos desesperados.

Se practicaría por vía abdominal pura, con criterio de exéresis de órgano. Las gastrectomías polares superiores (21) son también de indicación poco común.

Recordar entre estas indicaciones el síndrome de Zollinger Ellison.

Los conservadores (12) consideran que se produce una abertura de los shunts arteriovenosos en la pared gástrica (8) y eso determina una disminución notable del sangrado. La resección gástrica aumenta la morbimortalidad (12).

Nuestra opinión es que se debe elegir el procedimiento según las diferentes circunstancias; los cirujanos capacitados para realizar los dos tipos de procedimiento, optarán por uno u otro según el tipo lesional (única-múltiple), topografía, gravedad del enfermo, edad, facilidad o inconvenientes en la resección (obesos), etc.

2) Hemorragia en napa. Gastritis hemorrágicas.

El proceso suele ser muy extendido, no hay ulceraciones definidas, o estas son muy difusas, donde la hemostasia directa es impracticable.

Cuando el tratamiento médico resulta inefectivo se puede recurrir a la vaguectomía y piloroplastia.

3) No hay evidencia de lesión responsable de la hemorragia.

Es el caso en que la abertura del estómago en el acto operatorio, no demuestra lesión.

Años atrás algunos cirujanos aconsejaban en estos casos la gastrectomía en blanco; hoy en base a un mejor conocimiento de la fisiopatología y a otros recursos médicos, se considera que la gastrectomía sin lesión evidente no debe realizarse.

No tenemos experiencia en el uso de drogas tipo levarterenol en instilación intraperitoneal o intragástrica (15).

No hemos tenido que recurrir nunca a la intervención para gobernar hemorragias en tratamiento anticoagulante. Humbert y col (10) señalan la necesidad de intervenir en 9 casos de 70 pacientes sangrando, en esas circunstancias.

Síndrome de Mallory-Weiss.

Si bien se considera que la hemorragia, a veces en forma masiva puede originarse por laceración o desgarro mucoso esofágico o gástrico (1), es en esta última más fácil por la menor resistencia de su mucosa a la distensión (3). No tenemos experiencia personal en esta situación; el Dr. Valls y col. (22) presentaron en la Sociedad de Cirugía el análisis de 2 casos.

Neoplasma gástrico.

Recordar que sangra por lesión arterial y que puede ser en napa en la masa tumoral. Decidida la intervención, la elección del procedimiento no ofrece discusión en la mayoría de los casos. Cuando la lesión es reseccable, se debe hacer gastrectomía de necesidad, reduciendo si las condiciones del enfermo no lo permiten, el criterio de cirugía ampliada u oncológica. Cuando la lesión es irreseccable recurrir a las resecciones atípicas o a las ligaduras de pedículos.

HEMORRAGIAS DIGESTIVAS BAJAS

De acuerdo a su presentación clínica, tres grupos:

1) Sintomática de una lesión o afección local.

Es el caso de las hemorragias que acompañan a la invaginación intestinal, al divertículo de Meckel, al infarto intestino mesentérico, etc.

Suelen no ser graves por sí mismas, y el diagnóstico y la terapéutica corresponden a la lesión causal con la urgencia determinada por la complicación.

2) Intercurrente en una afección general.

Tipo fiebre tifoidea, insuficiencia hepatocítica, arteriosclerosis senil. Suelen yugularse con tratamiento médico y tienen valor pronóstico como complicación.

3) Síntoma emergente.

Domina el cuadro clínico, de entidad importante; prácticamente se ve solo en la colopatía diverticular (1,5 % del total de hemorragias digestivas según Muñoz Monteavaro, Mazulla y Niski) (18). Con mucha menos frecuencia en los neoplasmas de colon y recto (1 en 11 según Muñoz y col.) (18).

En la colopatía diverticular debe realizarse primero tratamiento médico que suele ser eficaz; en segundo término la derivación mediante colostomía transversa. Hemos tenido éxito en forma espectacular con el empleo de la colostomía (11). Rara vez es necesaria la exéresis de urgencia.

Personalmente, en nuestra serie de neoplasmas de recto, en 3 oportunidades debimos recurrir a la resección o amputación por hemorragias severas y recidivantes (3,7 %).

Análisis de la estadística del Servicio de Gastroenterología del Prof. Muñoz Monteavaro.

Hospital de Clínicas.

Serie de 585 casos de hemorragias digestivas.

El análisis de esta serie nos pone acorde con las consideraciones estadísticas que ya se han hecho en los diversos temas de esta mesa redonda. Han recibido tratamiento médico exclusivo 469 casos, y tratamiento quirúrgico 116, o sea el 19,8 %.

Por *ulcus duodenal* se operaron 18 casos en 90, o sea el 20 %, quiere decir que las hemorragias por úlcera duodenal que tuvieron que ser operadas es un porcentaje relativamente pequeño. Claro está que esto hay que considerarlo en función de que se analizan enfermos que ingresan a un Centro de Gastroenterología; no es una estadística global de un hospital donde existen servicios médicos y servicios quirúrgicos.

De esos 18 casos que se operaron, a 5 se le practicó vaguectomía con piloroplastia, y en 13 se realizó gastrectomía subtotal. Analizando esta serie en el curso de los años se ve que en los últimos existe una evidente tendencia a realizar vaguectomía con piloroplastia, sobre las operaciones de exéresis.

Con respecto al *ulcus gástrico* se operaron 20 casos en 51, o sea el 39 %. Se realizaron en todos gastrectomías con yeyunostomías.

En las *várices esofágicas* se operaron 50 en 128, o sea el 39 %, y se realizaron distintos tipos de derivación que ya fueron analizados y considerados exhaustivamente por el Prof. Muñoz Monteavaro.

Con respecto a la mortalidad de esa serie, la mortalidad global es del 15,7 %; en no operados (56 casos), mortalidad del 11,9 %, mientras que en los operados (37 casos) alcanzan al 31,8 %. Excluidos los casos con várices esofágicas la mortalidad es del 7,6 %, es decir es una cifra relativamente baja comparada con otras estadísticas mundiales. En várices esofágicas (58 casos), la mortalidad alcanzó el 45,7 %, 52 % en los operados y 41 % en los no operados.

Con respecto a la úlcera gastroduodenal, fallecieron 7 casos, lo que representa un porcentaje del 4,9 %. Se analizan también 11 casos fallecidos por hemorragias digestivas de causa no bien determinada: cirrosis portal 3; neoplasma de vesícula 1; cirrosis biliar 1; shock 3; infarto de miocardio 3.

En síntesis la conducta terapéutica se puede resumir:

I) ACTITUD ECLECTICA, no sistemática (21). El criterio del cirujano debe avalar los diferentes elementos pronósticos, ya considerados, para elegir momento oportuno y procedimiento o táctica operatoria.

II) TEMER LA RECIDIVA MAS QUE LA CONTINUIDAD. Vigilar el ritmo del sangrado, respuesta al tratamiento médico. La hemorragia recidivante debe operarse.

III) SABER APROVECHAR EL INTERVALO LIBRE. Evitar la intervención en el paciente descompensado.

IV) OPERAR EN FORMAS MUY INTENSAS DE COMIENZO Y DESPUES DE PRIMERA RECIDIVA.

RESUMEN Y CONCLUSIONES

Las hemorragias digestivas constituyen un tema en permanente revisión, pues los resultados terapéuticos siguen demostrando una tasa de mortalidad apreciable.

El tratamiento debe ser conducido por un equipo medicoquirúrgico y seguir su evolución, incluso en los periodos de internación en los Centros de Tratamiento Intensivo.

Se dividen las hemorragias en dos grandes grupos:

—*Altas o esofago-gastro-duodenales* con frecuencia importantes; plantean problema terapéutico urgente.

—*Bajas o intestinales puras* frecuentemente poco importantes; terapia quirúrgica diferida.

Para decidir oportunidad operatoria y procedimiento quirúrgico se deben tener presentes 4 grupos de elementos: A) Etiología (frecuencia y localización). B) Patogenia o mecanismo del sangrado. C) Intensidad. D) Respuesta al sangrado, según edad, terreno, etc.

Aconsejamos una actitud ecléctica, no sistemática; los procedimientos conservadores frente a los reseccionistas no son antagonicos; la opción más favorable surgirá de la más equilibrada y razonada consideración de la situación clínica, siempre prevalente sobre los elementos paraclínicos.

RÉSUMÉ ET CONCLUSIONS

Les hémorragies digestives sont un thème sur lequel on revient sans cesse car on constate toujours un taux appréciable de mortalité dans les résultats thérapeutiques.

Le traitement devra être dirigé par une équipe de médecins et chirurgiens, et suivi même dans les périodes d'internement dans les Centres de Traitement Intensif.

Les hémorragies se divisent en deux grands groupes:

—*Hautes ou esophago-gastro-duodénales*, très fréquentes elles impliquent une thérapeutique d'urgence.

—*Basses ou intestinales pures*, en général peu fréquentes, la thérapie chirurgicale est différée.

L'intervention et la méthode chirurgicale seront décidées en fonction de quatre groupes d'éléments: A) Etiologie (fréquence et localisation). B) Pathogénie ou mécanisme du saignement. C) Intensité. D) Réaction au saignement en fonction de l'âge, du terrain, etc.

Nous conseillons une attitude éclectique et non systématique. In n'ya pas antagonisme entre les procédés conservateurs et de résection. La meilleure option dépendra d'une estimation équilibrée et raisonnée de la situation clinique qui prévaudra toujours sur les éléments para-cliniques.

SUMMARY AND CONCLUSIONS

The subject of digestive hemorrhages demands permanent revision for results of therapy still show a high deathrate.

Treatment should be under the care of a medico-surgical team which should follow evolution, even during periods in Intensive Care Units.

Hemorrhages can be divided into two large groups:

—*High or esophago-duodenal hemorrhages* which are generally serious and demand urgency therapy.

—*Low or purely intestinal hemorrhages* which are often of minor importance and only demand deferred surgical therapy.

Decision as to opportunity for surgery and surgical procedure involve consideration of 4 groups of elements: A) Etiology (frequency and location); B) Pathogeny or bleeding mechanism; C) Intensity and D) Reaction to bleeding according to age, location, etc.

Attitude before hemorrhages should be eclectic and not systematic; comparison between conservative and resectionist procedures shows that they are not antagonistic; a careful consideration of clinical situation, which should always prevail over paraclinical elements, will indicate which is the most favourable option.

BIBLIOGRAFIA

1. ABIGARD, M., FOURATI, R. et GAUCHER, P. Un progres important dans le diagnostic étiologique précoce des hémorragies digestives d'origine haute; la fibroscopie oeso-gastro-duodenal en urgence. *Tunis. Med.*, 49: 167, 1971.
2. CLAWEL, Ch. Stratégie et tactique en chirurgie abdominale d'urgence. Paris. *Masson*, 1955.
3. CHAPUIS, G., TABRIZIAN, M. and SAEGESSER, F. Spontaneous ruptures of the esophagus and stomach and the Mallory-Weiss syndrome. *Schweiz. Med. Wochenscht.*, 100: 1960, 1970.
4. DUPUY, P., CAZARD, G., RUEFF, B. et NAHUM, H. Corrélations radioendoscopiques en période d'hémorragie digestive haute. *Presse. Med.*, 79: 2309, 1971.
5. FULLER, F. W. The initial management of non-variceal upper gastrointestinal hemorrhage. *Surg. Gynec. Obstet.*, 137: 277, 1973.
6. GOODMAN, A. A. and OSBORNE, M. P. An experimental model and clinical definition of stress ulceration. *Surg. Gynec. Obstet.*, 134: 563, 1973.
7. GURVAIN, D. P. and PASSI, R. B. Acute stress ulceration with bleeding or perforation. *Arch. Surg.*, 103: 116, 1971.

8. GUTIERREZ, V. P. Hemorragias digestivas altas graves. *Revista Argentina de Cirugía. Relatos del XLIV Congreso Argentino de Cirugía. No extr.*, 1973.
9. HARKINS, H. N. and NYHUS, LI. M. Surgery of the stomach and duodenum. Boston, *Little, Brown*. 1962.
10. HUMBERT, J., SEE, E., THIROLOIX, P. et LE-NEGRE, J. Traitements anticoagulants et hémorragies digestives. *Ann. Med. Intern.*, 122: 1055, 1971.
11. KIRKPATRICK, J. R. Massive rectal bleeding in the adult. *Dis. Colon Rectum.*, 12: 248, 1969.
12. KUNZMAN, J. Management of bleeding stress ulcer. *Am. J. Surg.*, 119: 637, 1970.
13. LARGHERO, P. Hemorragias graves del tracto digestivo superior. *Sup. An. Fac. Med. Montevideo. Rosgal*, 1960.
14. LARRIEU, H., MALIAKAS, S., GRALL, A. et BARE, A. L'apport de l'artériographie en chirurgie digestive (en dehors de l'hypertension portale). Colloque Paris-Lille 1972: *Ann. Chir.*, 27: 6, 1973.
15. LE VEEN, H. H., DIAZ, C. and FALK, G. A proposed method to interrupt gastrointestinal bleeding. Preliminary report. *Ann. Surg.*, 175: 459, 1972.
16. LUCAS, Ch. E. and SUGAWA, Ch. Diagnostic endoscopy during laparotomy for acute hemorrhage from the upper part of the gastrointestinal tract. *Surg. Gynec. Obstet.*, 135: 285, 1972.
17. LUCAS, Ch. E., SUGAWA, Ch. and RIDDLE, J. Natural history and surgical dilemma of stress gastric bleeding. *Arch. Surg.*, 102: 266, 1971.
18. MAZULLA, F. y NISKI DE RYDEL, R. Etiología, diagnóstico y tratamiento de 256 hemorragias digestivas. Internados en la Clínica de Nutrición y Gastroenterología Prof. C. Muñoz Monteavaro. *Med. Urug.*, 109: 1967, 1968.
19. NAHUM, H., RUEFF, B. et CAZARD, G. L'examen radiologique oesogastroduodenal en période hémorragique; technique et indications (expérience de 300 malades). *Presse. Med.*, 78: 2414, 1970.
20. PESSEREAN, G., MONTEIL, R., PANTIN, R. et CARVAIS, J. Reflexions a propos de 32 hemorragies digestives chez les brulés. *Mem. Acad. Chir.*, 96: 218, 1970.
21. RETTORI, R. et OLIVIER, C. Les hémorragies graves du tractus digestif supérieur en pathologie d'urgence, hypertension portale exceptée. Problèmes diagnostiques et thérapeutiques. *J. Chir.*, 101: 28, 1971.
22. VALLS, A. y ESTAPE, G. Síndrome de Mallory-Weiss. *Cir. Urug.* (en prensa).