

Tratamiento quirúrgico de las gastritis hemorrágicas agudas

Dr. MANUEL O. DURAN

Afortunadamente, la mayoría de las gastritis hemorrágicas agudas, responden a un oportuno y bien planificado tratamiento médico. Este consiste fundamentalmente en: 1) supresión de toda droga agresiva a la mucosa gástrica, 2) reposición de la volemia, 3) dextranos, 4) anticolinérgicos, antihistamínicos y sedantes, 5) protectores de la mucosa y 6) enfriamiento gástrico.

En nuestra experiencia, así como en la de varios autores, entre ellos Palmer (8), Ferguson y col. (3), sólo requieren cirugía del 10 al 15 % de las gastritis sangrantes agudas.

Se debe intervenir ante el fracaso del tratamiento médico, y si la hemorragia es clasificada como grave, es conveniente hacerlo dentro de las 48 a 72 horas de comenzado el sangramiento. Consideramos la hemorragia como grave, cuando está presente el síndrome de hipovolemia clínica y se obtiene un hematócrito de menos del 30 %, una hemoglobina de menos de 7 grs., un hemograma con menos de 3.000.000 por mm.³ de hematíes y una diuresis horaria menor de 50 cms.³. Todo ello está indicando una pérdida de la volemia de un 10 % al menos (11).

Efectuada la laparotomía y gastrotomía exploradora y no hallado tumor o úlcera crónica que justifique la hemorragia, varias tácticas se pueden emplear y que se analizarán a continuación; pero es interesante destacar antes, que en algunas oportunidades y por causas aún no muy bien aclaradas, el cirujano puede no observar en el mismo acto quirúrgico, el sangrado de la mucosa, la que aparenta normalidad. Ello no invalida el plan quirúrgico proyectado, si la indicación está dada por los estudios preoperatorios.

Frente a la negatividad del hallazgo, especialmente años atrás, muchos cirujanos optaban, después de infructuosa búsqueda, por cerrar la laparotomía. Estadísticamente, según Drapanas (3), esta actitud trae en un 58 % de las veces una nueva hemorragia, o la persistencia de la misma y un 46 % de mortalidad consecuyente.

La llamada "gastrectomía a ciegas" fue, quizá, lo que más se haya empleado y se siga empleando aún, en las gastritis hemorrágicas. Si bien Waddel (11) demostró que la antrectomía trae aparejada una importante reducción del flujo sanguíneo en el estómago residual, según nuestra experiencia y la de otros autores, frecuentemente los enfermos sufren una nueva

hemorragia a breve plazo o continúan sangrando. En una compulsa bibliográfica que comprende el estudio de 81 casos, Drapanas (3) halla el fracaso de la táctica en 52 % de los mismos representado por una nueva hemorragia inmediata, además se acompañaba con un 30 % de mortalidad.

La gastrectomía total, si bien teóricamente es lo más seguro, por la imposibilidad de una nueva hemorragia, no debe realizarse salvo en contadísimas excepciones. Por otra parte dado que la mayoría de las gastritis hemorrágicas obedecen a causas accidentales, el sacrificio de un estómago, por lo demás sano, está pocas veces justificado. Claro está, que el problema es distinto cuando se deba tratar una mucosa crónicamente enferma.

Sullivan (9), en 1964, fue el primero en indicar la vaguectomía y piloroplastia en pacientes con riesgos aumentados, en el tratamiento quirúrgico de esta afección. El porcentaje de recidiva hemorrágica, aplicando este proceder no alcanza al 15 %, sangramiento, por otra parte, que nunca es grave y de fácil tratamiento médico. La táctica propuesta por este autor fue adoptándose paulatinamente por varios centros quirúrgicos, pues tiene la atrayente ventaja de conservar un estómago sano que está sufriendo un "accidente" hemorrágico y su escasa morbimortalidad, que según Sullivan (10) es aproximadamente del 9 %.

La asociación de vaguectomía y antrectomía o hemigastrectomía nos da, indudablemente, mayor seguridad en cuanto a la posibilidad de un nuevo episodio hemorrágico. Waddel (12) cree, según la comentáramos, que el efecto benéfico de la antrectomía, es debido a la reducción del flujo sanguíneo en el estómago restante, originado por la gran depresión de la secreción ácida. Tal proceder, según la mencionada estadística de recopilación de la literatura hecha por Drapanas (3), sólo trajo un 15 % de recidiva hemorrágica y un 20 % de mortalidad.

Los efectos positivos de la vaguectomía en la gastritis hemorrágica son debidos a:

1) Abre los cortocircuitos ("shunts") arteriovenosos submucosos, con lo que se obtiene la disminución de la perfusión mucosa de un 70 al 80 %, según Olsen y colaboradores (6). Ferguson y Clark (3) y Barlow (1) han demostrado, experimentalmente, que inyectando por las arterias gástricas de animales microesferas de vidrio de 160 micrones de diámetro, sólo se pueden recuperar en el sistema venoso, cuando se efectúa vaguectomía, al abrir ésta los cortocircuitos ("shunts"), permitiendo el pasaje de las microesferas. Caso contrario, quedan retenidas en las arteriolas precapilares. Olsen (7), sin embargo, sostiene que dicho efecto es efímero, ya que no duraría más de 30

Presentado al XXIV Congreso Uruguayo de Cirugía. Montevideo, 1973. (Tema libre).

* Profesor Auxiliar de Cirugía de la Universidad Nacional de Buenos Aires. Jefe de División de Cirugía del Hospital Teodoro Alvarez. Buenos Aires, Argentina.

minutos. Nylander (6), por el contrario, afirma que se pueden demostrar los "shunts" abiertos, al menos por cuatro semanas.

2) Con la ayuda de la histoquímica, tinciones especiales y la fluoreceína, se ha podido demostrar en ratas, que después de la vaguectomía y en forma rápida, se agotan los depósitos de las aminas vasoactivas (histamina y serotonina) en la mucosa gástrica (3,5).

3) Superado el episodio hemorrágico, la hipoclorhidria que trae aparejada la vaguectomía, agrega un mecanismo más de defensa frente a una eventual poussée de la enfermedad.

NUESTRA CONDUCTA ACTUAL FRENTE A LAS GASTRITIS HEMORRAGICAS QUIRURGICAS

Basados en los conceptos anteriormente expuestos y frente a una gastritis hemorrágica en el que el tratamiento médico ha fracasado, se está actualmente avalado al emprender el tratamiento quirúrgico, por un criterio racional.

Se deben considerar dos aspectos del problema: 1) Corroboración diagnóstica. 2) Adecuación de la operación al riesgo del enfermo y al tipo de lesión.

1) *Corroboración y complementación diagnóstica.* — Si bien mediante el estudio clínico, radiológico y endoscópico preoperatorio, se llega a un diagnóstico correcto del tipo de lesión en la mayoría de los pacientes, ello no excluye deba certificarla mediante amplia piloroantrotomía, y las biopsias extemporáneas que el cirujano juzgue necesarias. Asume importancia, en este momento, constatar el tipo de gastritis y la extensión de la misma, pues en el caso de gastritis crónica nos inclinamos a la resección amplia, si por el contrario se trata de una verdadera gastritis aguda hemorrágica y no una "poussée" hemorrágica de una gastritis crónica, efectuamos operaciones conservadoras.

Por otra parte es de rigor, en este momento, investigar toda lesión asociada (úlceras crónicas, pólipos, hernia hiatal, tumores, etc.), pues pudieron pasar desapercibidas en estudios previos y tienen fundamental importancia, porque influirían en la táctica quirúrgica a adoptarse en definitiva.

2) *Adecuación de la operación al riesgo del enfermo y al tipo de lesión.* — En enfermos de gran riesgo y basados en los principios fisiopatológicos estudiados, estamos autorizados a efectuar vaguectomía y piloroplastia independientemente del tipo de gastritis que se trate.

En enfermos en buen estado general, compensados y sin taras orgánicas, tendremos más opciones, de acuerdo con lo más arriba estudiado:

a) Gastritis aguda, generalmente por iatrogenia o idiopáticas, en enfermos sin antecedentes: vaguectomía y piloroplastia amplia.

b) Gastritis aguda, con lesiones exulcerativas extensas: vaguectomía y hemigastrectomía.

c) Reactivación hemorrágica de una gastritis crónica: gastrectomía subtotal amplia.

d) Lesiones asociadas: úlcera gástrica crónica, úlcera de duodeno, etc., se procederá en consecuencia de la misma y según preferencia del cirujano actuante.

Para finalizar es oportuno señalar, que no obstante los adelantos de los últimos años, en este terreno, aún se observa en las estadísticas, una mortalidad más elevada que en la cirugía de la enfermedad ulcerosa, lo que habla de la necesidad de evitar la iatrogenia, desencadenante de la enfermedad en una elevada proporción de casos, de balancear cuidadosamente el proceder quirúrgico y profundizar aún más la investigación de esta grave enfermedad. A pesar de ello, en nuestras observaciones de los últimos cinco años y siguiendo las pautas más arriba enunciadas, hemos apreciado una evidente mejoría de los resultados.

RESUMEN

Se analizan los diversos procedimientos empleados para tratar las hemorragias por gastritis manteniendo la indicación de tratamiento médico en formas leves e indicando la necesidad de un diagnóstico preoperatorio de causal radiológico y endoscópico. De acuerdo al estado y a las características de la hemorragia y al enfermo se realizará vaguectomía asociada a una piloroplastia o antrectomía, o simplemente gastrectomía subtotal.

RÉSUMÉ

Analyse de divers procédés employés pour traiter les hémorragies dues à des gastrites: traitement médical dans les cas de peu de gravité et nécessité d'un diagnostic pré-opératoire causal radiologique et endoscopique. Selon ce diagnostic, selon les caractéristiques de l'hémorragie et du malade on effectuera une vaguectomie accompagnée d'une loroplastie, une antrectomie, ou simplement une gastrectomie sub-totale.

SUMMARY

An analysis was made of the different methods employed in treating hemorrhages due to gastritis, keeping to recommendation of medical treatment in mild cases, and the necessity of pre-operative diagnosis by means of radiological and endoscopic examination. According to the evidence obtained and the characteristics of the hemorrhage, the patient should be submitted to vagotomy with a pyloroplastia and antrectomy, or simply a sub-total gastrectomy.

BIBLIOGRAFIA

1. BARLOW, T. E., BENTLEY, F. H. and WALDER, D. N. Arteries, veins and arteriovenous anastomoses in the human stomach. *Surg. Gynec. Obstet.*, 93: 657, 1951.
2. DELANEY, J. P. Chronic alterations in gastrointestinal blood flow induced by vagotomy. *Surgery*, 62: 155, 1967.

3. DRAPANAS, T., WOOLVERTON, W., REEDER, J., REED, R. and WEICHERT, R. Experiences with surgical management of acute gastritis mucosal hemorrhage. A united concept in the pathophysiology. *Ann. Surg.*, 173: 629, 1971.
4. FERGUSON, H. L. and CLARK, J. S. Treatment of hemorrhage from erosive gastritis by vagotomy and pyloroplasty. *Am. J. Surg.*, 112: 739, 1966.
5. HUTSON, D. G., ZEPPA, R. and LEVINE, V. Effect of vagotomy in the content of serotonin and histamine in the gast. tract. *Surg. Forum*, 20: 315, 1969.
6. NYLANDER, G. and OLERUD, S. The vascular pattern of the gastric mucosa of the rat following vagotomy. *Surg. Gynec Obstet.*, 112: 475, 1961.
7. OLSEN, W. R., FOLEY, W. J. and SIMON, M. A. Vagotomy gastric blood flow and hemorrhage from gastritis. *Amer. J. Surg.*, 119: 183, 1970.
8. PALMER, E. D. Hemorrhage from erosive gastritis and its surgical implications. *Gastroenterology*, 36:856, 1959.
9. SULLIVAN, R. C., RUTHERFORD, R. B. and WADDELL, W. R. Surgical management of hemorrhage gastritis by vagotomy and pyloroplasty. *Ann. Surg.*, 159: 554, 1964.
10. SULLIVAN, R. C. and WADDELL, W. R. Accumulated experience with vagotomy and pyloroplasty for surgical control of hem. gastritis. *Amer. J. Surg.*, 116: 745, 1968.
11. VADRA, J., DURAN, M. O. y AYALA, J. Hemorragia digestiva alta. (Parte II). *Bol. y Trabaja. Acad. Arg. Cir.*, Vol. 56: 339, 1972.
12. WADDELL, W. R. and WILLIAMS, H. W. The effect of antrectomy on gastric blood flow. *Ann. Surg.*, 150: 529, 1959.