

# Hemorragias masivas de origen gastro-duodeno-yeyunal

## Tratamiento de las originadas en ulceraciones pépticas

Dres. Juvenal Botto, Nisso Gateño Yaffe, Juan C. Pino e Hipólito Berriel

Se estudian 75 enfermos operados por hemorragias masivas gastroduodenoyeyunales. De ellos se analizan 59 casos correspondientes a enfermedad ulcerosa péptica en las que se hizo 54 gastrectomías subtotales con una mortalidad del 7.4 %.

Palabras clave (Key words, Mots clés) MEDLARS: Hemorrhage Gastrointestinal.

### INTRODUCCION

El advenimiento y asentamiento de la cirugía funcional del estómago, respetuosa de la integridad anatómica del mismo, junto con los estudios estadísticos comparativos que muestran la bondad de esta cirugía así como la menor morbimortalidad en comparación con los procedimientos de resección, nos han llevado a analizar nuestra conducta frente a las hemorragias digestivas masivas producidas por complicación de la enfermedad ulcerosa gastroduodenal.

Este primer trabajo, evaluativo de nuestra conducta hasta hace muy poco tiempo, pretende ser la base seria de un replanteo posterior.

### MATERIAL Y METODOS

La casuística es personal y está integrada por enfermos operados por dos de los autores (J.B. y N.G.) en diferentes sitios de trabajo, seguidos personalmente por ellos.

Se analizan 75 hemorragias digestivas masivas e iterativas por lesiones gastro-duodenoyeyunales ulceradas, operadas de urgencia.

Los enfermos se ajustan a la definición de hemorragia masiva, pues todos tuvieron en algún momento de su evolución un desequilibrio hemodinámico severo, requirieron una reposición de sangre mayor de 1500 cc, y los hematocrito siempre fueron menores de 30.

Departamento de Cirugía de la Asociación Española 1ª de Socorros Mutuos. Montevideo.

Las hemorragias siempre fueron reiteradas operándose en la mayoría de los casos por continuidad del sangrado.

Pocos enfermos beneficiaron de la radiología y también fueron pocos los que beneficiaron de la fibroscopía pues esta serie data de tiempo atrás, en que no contábamos con el método.

De los 75 casos se descartan 16 por corresponder a patología no ulcerosa:

Cáncer gástrico .....	8
Cáncer papilo-duodenal .....	1
Erosiones agudas ...	5
Divertículos yeyunales .....	2

Los 59 casos restantes corresponden a:

Ulcus duodenal .....	43
Ulcus gástrico .....	14
Ulcus de la neoboca .....	2

La reposición de sangre necesaria osciló desde 1500 cc. a 7000 cc.

### PROCEDIMIENTOS QUIRURGICOS

Gastrectomía subtotal .....	54
Por ulcus duodenal .....	43
Por ulcus gástrico .....	11
Gastrectomía total (por ulcus gástrico)	1
Degastro-gastrectomía (por ulcus de neoboca) .....	1
Ulcerectomía (por ulcus gástrico) .....	2
Ligaduras pediculares (por ulcus gástrico)	1

Son 60 procedimientos pero en un caso, luego de una ulcerectomía, (ulcus gástrico), se debió hacer una gastrectomía total de necesidad por peritonitis.

La técnica de gastrectomía más usada fue la de Hoffmeister-Finisterer (51 casos) usándose en pocos casos (3) la reconstrucción tipo Billroth I (2 en escalera y 1 según técnica de Von Haberer).

En 8 casos se usó la duodenostomía de seguridad sobre sonda, por duodeno difícil.

Presentado como Tema Libre al 31º Congreso Uruguayo de Cirugía. Montevideo, 1980.

Ex Profesor Agregado, Docente Adscripto y Asistentes de Clínica Quirúrgica.

Dirección: Carlos Anaya 2881. Montevideo. (Dr. N. Gateño)

## MORTALIDAD

Sobre 59 casos de enfermedad ulcerosa existieron 7 muertes lo que constituye un 11.86 %.

De estas 7 muertes, 4 corresponden a gastrectomía subtotales, 1 a una degastrectomía, 1 a gastrectomía total y 1 a una ligadura pedicular por ulcus gástrico.

La mortalidad global de la gastrectomía subtotal intrahemorrágica por enfermedad ulcerosa fue de 4,4 en 54 (7,4 %), 3 en 43 por ulcus duodenal (6,97 %) y 1 en 11 por ulcus gástrico (9,09 %).

## COMENTARIOS

Dentro de las causas de hemorragias masivas gastroduodenoyeyunal la más importante es la enfermedad ulcerosa péptica. Y en la tocante a las localizaciones, la más importante es la úlcera duodenal de cara posterior.

Nos referiremos a este tipo de úlceras, grandes, fibrosas, en general exteriorizadas, que presenta problemas importantes para la decisión de la táctica.

En su evolución crónica, con empujes ciclicos, llega a ulcerar gruesos vasos arteriales, ramas de la arteria gastroduodenal y el propio tronco de la misma. Estos vasos, con dilataciones aneurismáticas, y rodeados por un denso tejido fibroso cicatrizal, no se cohiben espontáneamente y crean serios problemas para la hemostasis quirúrgica.

El primer punto a considerar es la hemostasis quirúrgica. Es el primer gesto que el cirujano debe realizar.

Lo hacemos sistemáticamente aplicando la maniobra descrita por Nario en 1943: sección de la cara anterior del duodeno y hemostasis por sutura directa de la arteria que sangra mediante puntos transfixiantes en equis hecho con agujas biseladas (4).

Este abordaje lo efectuamos con una amplia antropiloro duodenotomía. Una vez efectuada la hemostasis se definirá el procedimiento a seguir. Evidentemente la gastrectomía con resección de la lesión ulcerada con abandono del fondo de la misma, si está exteriorizada, es la operación más sencilla para detener la hemorragia y la que mejor pone a cubierto de la recurrencia de la misma.

No obstante esto debe contraponerse con las cifras de mortalidad de la gastrectomía intrahemorrágica que va del 10 % al 30 %, según los autores (1, 2, 3). Creemos que se debe adoptar una actitud ecuaníme o ecléctica. Ni una defensa a ultranza ni una postura alusiva al respecto. Es indiscutible que se trata de una operación gravada de alta morbimortalidad, aunque en nuestra serie ella sea aceptable. Por otra parte se debe admitir que son muchos los casos en que no se puede hacer otra cosa que una gastrectomía. Impuesta por las propias características anatomopatológicas (grandes ulcus, marginados, que hacen un duodeno difícil de suturar y/o plastiar en el caso que se de-

cida completar la hemostasis con un procedimiento de denervación gástrica).

Es para estos casos en que la gastrectomía se impone, que se debe recordar los detalles técnicos que a nuestro juicio hacen descender la morbimortalidad de esta intervención.

### a) Manejo y disección del duodeno difícil

Cada vez que el proceso patológico ha retraído el duodeno o lo sitúa profundamente en el abdomen o cuando el paciente es obeso, una vez liberada la cara anterior del duodeno, se aconseja la maniobra de decolamiento retroduodenopancreático. Con ello superficializa el duodeno y sus lesiones agregadas.

El proceso de descubrir y liberar el duodeno tiene que cumplir ciertos requisitos. Hay que liberar sucesivamente y en este orden en lo posible, la cara anterior, el borde inferior, la cara posterior y el borde superior.

Para descubrir la cara anterior del duodeno hay que levantar el hígado, separar la vesícula y descender el colon transversal y su ángulo derecho. Será más laborioso si existe una fístula en tránsito.

A continuación se disecciona el borde inferior del duodeno desde el píloro hasta el ángulo duodenal I y II.

Disecar la cara posterior. En ella ha desaparecido la zona avascular que permite el pasaje de un instrumento romo y el despegamiento por detrás del bulbo duodenal. En la maniobra de avance puede abrirse la úlcera si está perforada en el páncreas: ha desaparecido la pared posterior del duodeno la úlcera es un cráter en el páncreas.

Con frecuencia hay que progresar en un plano que se encuentra siempre y que se haya situado en la propia pared duodenal. Se separa así un manguito mucoso muscular que en esa zona ulcerosa es lo único que resta de la pared posterior del duodeno.

Este manguito mucoso muscular es bastante fuerte. Permitirá hacer con él un buen cierre con una apropiada invaginación que la hace segura. Este cierre será continente a condición que se haga una buena anastomosis gastroyeyunal para restablecer el tránsito. Si no se cuidan los detalles, una inadecuada anastomosis puede dificultar la evacuación del asa diverticular y crear en ella un sistema de hipertensión que haga fallar la sutura. Por supuesto, además de los factores mecánicos influyen factores de nutrición vascular y de digestión pancreática clorhidropéptica. De cualquier manera, con la maniobra descrita, el cráter ulceroso queda atrás.

Se debe disecar entonces o a la vez, el borde inferior del duodeno. Ello exige precauciones, pues la úlcera puede invadir el pie del pedículo hepático.

Se aconseja no abordar el borde superior del duodeno por la vía anterior. Conviene progresar desde atrás y hacia delante y arriba. En el avance pueden hallarse los vasos pilóricos a veces trombosados que deberán ser ligados.

**b) Cierre del duodeno**

Se han descrito numerosas técnicas lo que habla de la dificultad existente.

Una vez liberado como fue descrito haremos la sutura a dos puntas, ya sea con surget o a puntos separados, siguiendo luego una correcta invaginación a dos puntas. Si no se ha podido liberar suficientemente la cara posterior del duodeno, rebatimos la cara anterior invaginándola.

**c) Duodenostomía**

Ante la duda, en el cierre del muñon duodenal no vacilamos en efectuar una duodenostomía sobre sonda Petzer o Folley, la que nos llevará a una fistula duodenal controlada, fácil de manejar en el pos-operatorio.

**d) Tipo de reconstrucción del tránsito**

En estos casos, con duodeno difícil de manejar siempre hacemos el tipo de anastomosis gastroyeyunal oral parcial transmesocólica según técnica de Hoffmeister Finsterer.

Referente al lugar de la cirugía funcional gástrica en las hemorragias masivas por ulceración péptica gastroduodenal se debe reconocer que son procedimientos gravados de menor mortalidad, con sólidos fundamentos fisiopatológicos y con indicaciones muy claras.

Por ello es que nuestra posición actual es estar preparados para efectuar esta cirugía funcional (fundamentalmente hemostasis del vaso que sangra y vagotomía selectiva proximal con reconstrucción del esfínter) cuando ello sea viable, manteniendo siempre el recurso de la gastrectomía intrahemorrágica para aquellos casos en que la anterior no puede ser efectuada.

**RESUME****Traitement des hemorrhagies massives d'origine gastro-duodéno-jejunaie. Provoques par ulcerations peptiques**

Les cas de 75 malades opérés par les auteurs avec hemorrhagies massives gastriques, duodenales et jejunales sont etudies parmi ces cas on analyse 59 correspondants à las maladie ulcereuse pour lesquelles il a été 54 gastrectomies subtotaies avec une mortalité de 7,4 %.

**SUMMARY****Massive hemorrhages of gastroduodenojejunal origin. Treatment of those originating in peptic ulcerations**

Study of 75 patients having undergone massive gastroduodenojejunal hemorrhages. 59 cases correspond to peptic ulcerous disease and were treated by sub-total gastrectomies with a mortality of 7.4 %.

**REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS**

1. FOSTER, J. H.; HICHCOCK, D. F.; DUNPHY, J. E. - Factors influencing mortality following emergency operations for massive upper gastrointestinal hemorrhage. Surg. Gynecol. Obstet., 117: 257, 1963.
2. LARGHERO YBARZ, P. - Hemorragias graves del tracto digestivo superior. Montevideo. Rosgal, 1960.
3. LEWISON, E. F. - Bleeding peptic ulcer. A collected review. Int. Abst. Surg., 90: 1, 1950.
4. NARIO, J. C.; DE CHIARA, J. C. - Hemorragia iterativa grave por ulcus duodenal. Gastrectomía intrahemorrágica. Bol. Soc. Cir. Uruguay, 14: 233, 1943.