

PUNTO DE VISTA QUIRURGICO EN LAS HEMORRAGIAS INTESTINALES CON EXCEPCION DE LAS ESOFAGOGASTRODUODENALES

Dr. MARTIN MIQUEO NARANCIO

El cirujano puede ser llamado a intervenir en las hemorragias intestinales en dos circunstancias diferentes:

- a) Cuando la hemorragia es masiva y grave, aun mismo fulminante, configurando un caso de urgencia inmediata.
- b) Cuando la hemorragia es de menor entidad, única o repetida; cuando es única y de poca entidad el enfermo no configura un caso de urgencia. Cuando las hemorragias son repetidas y por el hecho de su repetición ponen en peligro la vida del enfermo a breve plazo, nos encontramos ante un caso de urgencia retardada.

A) HEMORRAGIAS MASIVAS

Al examinar por primera vez a un enfermo con una hemorragia intestinal masiva, el cirujano encuentra a un paciente con una sintomatología clínica bien conocida, dentro de la cual se destacan dos principales características:

- a) Shock.
- b) Exteriorización de la hemorragia.

El estado de shock, con su cortejo sintomático bien conocido, es tanto más intenso cuanto más grandes sean los factores que pasamos a detallar:

- 1) Volumen de la hemorragia.
- 2) Repetición de la hemorragia y reservas del enfermo en ese momento.
- 3) Make-up psicológico del enfermo.
- 4) Exteriorización de la hemorragia por el valor simbólico de la sangre perdida (roja o negra).

La exteriorización de la hemorragia se produce siempre tarde o temprano, y es la regla en las hemorragias masivas. La sangre perdida en el tubo digestivo puede exteriorizarse a través de la boca, del ano, o de ambos orificios. La exteriorización de la sangre bajo forma de hematemesis sitúa la hemorragia en el segmento esófagogastroduodenal y por ello tiene un definido valor diagnóstico; estas hemorragias no encuadran dentro del presente tema. La inversa, exteriorización de sangre sólo por el ano, no tiene el mismo valor diagnóstico por cuanto las hemorragias masivas gastroduodenales, sobre todo duodenales, pueden exteriorizarse por vía baja solamente.

Ante un enfermo en estas condiciones, el cirujano con el diagnóstico seguro de hemorragia gastrointestinal debe recorrer las siguientes etapas:

- a) diagnóstico de altura de la hemorragia;
- b) diagnóstico de causa de la hemorragia;

y puede encontrarse en dos situaciones diferentes:

- a) presencia de antecedentes;
- b) ausencia de los mismos.

Ya dijimos que la hematemesis sitúa la hemorragia en el segmento esófagogastroduodenal del tubo digestivo; no nos ocuparemos de dichas hemorragias. En ausencia de hematemesis la hemorragia puede producirse desde el duodeno hasta el ano. Cuando la hemorragia es masiva, la sangre emitida es roja en general, pero esta observación no nos ayuda a localizar exactamente el sitio del sangrado.

Cuando existen antecedentes definidos, el diagnóstico topográfico de la hemorragia se ve facilitado, pero ello no es tampoco absoluto por cuanto la presencia simultánea de dos enfermedades, aunque rara, no es imposible.

Así, por ejemplo, en el curso de ciertas enfermedades médicas pueden producirse hemorragias masivas a cualquier altura del tubo digestivo; dichas hemorragias forman parte de un cortejo sintomático definido y no son del resorte del cirujano. Es el caso de la fiebre tifoidea, enfermedades eruptivas, intoxicaciones especialmente por el fósforo y el arsénico, ictericia grave, leucemias, etc., etc.

Otras veces existen antecedentes digestivos que inclinan a pensar en la enfermedad primaria como causa de la hemorragia: úlcera duodenal ya diagnosticada o antecedentes ulcerosos netos o presuntivos, cánceres colónicos, tumores benignos del tracto intestinal, C. U. C., poliposis y/o diverticulosis colónica, etc.

En presencia o ausencia de tales antecedentes, y en ausencia de hematemesis, el cirujano debe descartar de inmediato la presencia de lesiones anorrectales, sobre todo hemorroides, lo cual puede hacerse de inmediato. Por lo tanto, en presencia de hemorragia masiva intestinal que se presume baja, el examen del perineo y región anorrectal a la inspección, tacto rectal y anoscopia es obligatoria.

Descartadas las lesiones anorrectales, y dado que tratamos en este capítulo de hemorragias masivas que ponen en inmediato peligro la vida del enfermo, el cirujano debe recorrer las siguientes etapas diagnósticas:

- a) Sondeo gástrico. La presencia de sangre en el estómago sitúa la lesión en el segmento esófagogastroduodenal. La ausencia de sangre al sondeo gástrico no es igualmente conclusiva, pues el estómago que sangra se vacía con gran rapidez, como lo puede certificar todo cirujano que tenga una discreta experiencia con intervenciones en hemorragias gastroduodenales.
- b) Examen radiológico intrahemorragico de G. D.
- c) Examen radiológico intrahemorragico de colon por enema.

- d) Rectosigmoidoscopia que puede diagnosticar lesiones situadas en la parte más baja del tubo digestivo y lesiones difusas de colon como en el caso de la C. U. C.

Todos estos exámenes, por sí mismos y por las circunstancias en que se piden, deben ser efectuados por especialistas con amplia experiencia en la materia y nunca por idóneos.

En general no es costumbre del cirujano pedir estos exámenes ante la primera hemorragia por intensa que ella sea; si se trata de una hemorragia fulminante, la propia condición del enfermo los excluye. El cirujano se limita, en el primer momento, a tratar el shock y reponer la masa sanguínea, pero no debe vacilar en recorrer las etapas diagnósticas arriba mencionadas si existe certeza o presunción de la continuación de la hemorragia. La certeza la da la continuada exteriorización de la misma, aunque la simple exteriorización no constituye certeza absoluta de que la hemorragia continúa; a la exteriorización hay que agregar los caracteres de la misma (sangre roja, rutilante o negra) y la concomitancia de datos generales (shock hemorrágico repetido a pesar de transfusiones). La presunción deriva de la continuación del shock a pesar de transfusiones repetidas, del recuento en serie de los glóbulos rojos y del hematócrito y, sobre todo, para nosotros tiene gran valor la elevación persistente y continuada de la tasa de urea en suero sanguíneo. Todos estos datos combinados llevan al diagnóstico de continuación de la hemorragia aunque ésta no se exteriorice.

B) HEMORRAGIAS NO MASIVAS, UNICAS O REPETIDAS

Todo lo dicho anteriormente con motivo de las hemorragias digestivas masivas, puede ser repetido aquí; la diferencia estriba en que no existe tanta urgencia y, por lo tanto, los exámenes pueden ser efectuados en el momento que mejor convenga al enfermo.

Sin embargo, creemos de nuestro deber llamar la atención del médico sobre el peligro que entrañan las hemorragias repetidas. Para que la mejoría se produzca es necesario que las re-

servas del organismo sean aún grandes; la repetición de las hemorragias es un factor aún más importante que la abundancia de las mismas. Si están separadas por varios días de intervalo, las reservas han tenido tiempo de reconstituirse; si son muy repetidas, la muerte puede sobrevenir a raíz de una hemorragia insignificante que no afectaría en lo más mínimo a un individuo normal. Así pues, en caso de hemorragias no masivas pero repetidas, el cirujano puede proceder sin apresuramientos, pero debe hacerlo sin dilaciones.

C) CONDUCTA QUIRURGICA

Todo cirujano con experiencia en esta clase de hemorragias sabe perfectamente que las veces que ha tenido que intervenir de urgencia enfermos con hemorragias bajas de tubo digestivo es insignificante si se las compara con las veces que ha tenido que intervenir por hemorragias altas en las mismas circunstancias de urgencia inmediata.

Pero existen ocasiones en que el cirujano se ve forzado a intervenir de extrema urgencia ante el fracaso del tratamiento médico y la inminencia de muerte si no se controla la hemorragia. Cuando así sucede, dos circunstancias diferentes pueden presentarse:

- a) Que se haya llegado al diagnóstico topográfico y/o causal de la hemorragia.
- b) Que no se haya llegado a dicho diagnóstico.

1) EXISTE DIAGNOSTICO TOPOGRAFICO Y/O CAUSAL.

En este caso el cirujano puede ir por la incisión que mejor convenga a abordar la región en cuestión, a diagnosticar o a certificar el diagnóstico de lesión causal. La exéresis de la lesión causal es el tratamiento de elección con reconstrucción en un tiempo o en dos de la continuidad digestiva, *siempre que el estado general del enfermo y local de la lesión así lo permita*. Un divertículo de Meckel que sangra, un tumor benigno de intestino delgado o grueso, un cáncer colónico poco exteriorizado pueden y deben ser extirpados si el enfermo puede tolerar di-

cha exéresis. En estos casos la intervención debe ser rápida, y sobre todo en el caso de cáncer colónico, debe tenerse en cuenta que el objetivo principal de la cirugía de urgencia es salvar la vida del enfermo en ese momento. Por lo tanto, creemos que, en estas circunstancias, las exéresis extendidas con duraciones de tres y cuatro horas están formalmente proscriptas y que la reconstrucción de la continuidad digestiva dependerá de la altura de la lesión y de la facilidad con que ésta pueda ser llevada a cabo. Dentro de esta última condición cabe fundamentalmente, no sólo lo que los libros digan, sino la experiencia personal del cirujano en anastomosis digestivas.

La exéresis de un sigmoide con diverticulitis que sangra, es ya más discutida; la extensión de la diverticulosis juega aquí un rol importante, pues es imposible prácticamente decir cuál es el divertículo que sangra. En cuanto a la C. U. C. la hemorragia es sólo un factor dentro de un complejo conjunto sintomático que debe ser evaluado por especialistas en la materia antes de emprender una operación extendida que puede acarrear la muerte fulminante del enfermo por factores otros que la hemorragia en sí misma.

En los casos en que, por las circunstancias arriba mencionadas, la exéresis de la lesión causal no pueda ser efectuada, el establecimiento de un ano contra-natura por encima de la lesión es la conducta generalmente adoptada en la espera, pero no la certeza, de que la desfuncionalización del segmento distal acarree el cese del sangrado.

2) NO EXISTE DIAGNOSTICO TOPOGRAFICO NI CAUSAL

Cuando no existe diagnóstico topográfico ni causal, y en ausencia de hematemesis o sangre en el estómago, dos circunstancias se pueden presentar:

a) *No existe diagnóstico ni siquiera presunción.*— En razón de su indudable frecuencia mayor y de su indudable gravedad mayor, el segmento esófagogastroduodenal debe ser explorado primero por el cirujano. En ausencia cierta de lesiones en el segmento alto del tubo digestivo, el cirujano procederá a explorar en segundo término los segmentos bajos del tubo digestivo.

b) *Existe presunción de hemorragia baja.*— En este caso el cirujano debe dirigir su exploración al colon y piso inframe-

socolónico por incisión mediana infraumbilical prolongada o no al segmento supraumbilical. La exploración del intestino delgado es, en general, sencilla y el diagnóstico de una lesión sangrante allí localizada (tumor benigno o maligno, divertículo de Meckel) es en general fácil de establecer y de tratar. La exploración quirúrgica del intestino grueso con el propósito de diagnosticar una lesión hemorrágica es un tanto más difícil, sobre todo si se trata de pólipos no localizados previamente o de diverticulosis colónica. Dos circunstancias pueden presentarse:

- a) Se establece un diagnóstico.
- b) No se establece un diagnóstico.

Si se establece un diagnóstico, la lesión causal es tratada por exéresis o por derivación de acuerdo a las condiciones generales y locales que ya expusimos; si no se establece un diagnóstico, lo que es prácticamente exclusivo del intestino grueso ya que las lesiones del delgado son más fácilmente diagnosticables, el cirujano establecerá una derivación externa del intestino grueso situada lo más alta posible con el propósito de desfuncionalizar la parte del intestino grueso que presuntivamente es la fuente de la hemorragia.