

HEMORRAGIAS GASTRODUODENALES GRAVES POSTOPERATORIAS *

Dres. MARIO C CAMAÑO
y JUAN C CASTIGLIONI BARRIERE

I) INTRODUCCION

La hemorragia digestiva, originada en ulceraciones gastro-duodenales, en el postoperatorio de intervenciones realizadas sobre cualquier sector del organismo, es una complicación grave, poco frecuente y con elevada mortalidad.

Es un hecho conocido de tiempo atrás (4, 5), que el "stress" operatorio puede provocar la aparición de úlceras agudas o la reactivación de una úlcera crónica en el sector gastroduodenal del tubo digestivo.

En nuestro medio se han ocupado del tema R. Praderi (16), y con anterioridad Carrera (3) y Ardao (1).

En el presente trabajo se analizan los hechos salientes de tres observaciones de uno de los autores (M. C. C.), de pacientes tratados en el Servicio de Urgencia del Hospital Pasteur, entre mayo y octubre de 1965 y se hacen consideraciones sobre la etiopatogenia, diagnóstico y tratamiento de dicha complicación.

II) CAUSISTICA

CASO N° 1. B. J. A., 47 años. Sala 15. Hospital Pasteur. Historia N° 23.530. Dr. Camaño. Resección de intestino delgado por heridas múltiples de arma blanca (29-V-65). Evolución sin incidentes hasta el quinto día. Al quinto día, melenas profusas, repetidas y signos de anemia aguda. Tratamiento médico con reposición de volemia (3.500 c.c. de sangre). Diez horas después, hematemesis. Fallece a las 12 horas de iniciado el cuadro, en anemia aguda. **Necropsia** (Dr. Arzuaga): Estómago e intestino lleno de sangre. Úlcera duodenal crónica.

Trabajo de la Clínica Quirúrgica del Prof. Dr. Walter R. Suñet.

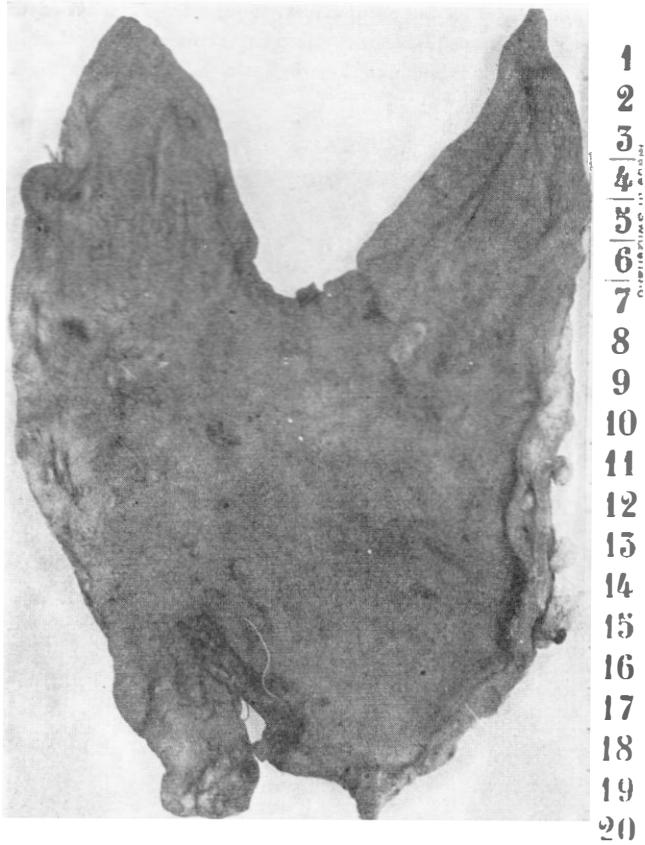


Fig. 1. Pieza de resección gástrica mostrando múltiples lesiones superficiales. Caso 2

CASO N° 2. J. C., 55 años. Sala 15, Hospital Pasteur. Historia N° 23.776. Dr. Camaño. Craneotomía y evacuación de hematoma extradural izquierdo (22-IX-65). Reoperado; craneotomía exploradora derecha (23-IX-65). El enfermo sigue en coma, con signos de sufrimiento del tronco cerebral. El séptimo día melenas repetidas y signos de anemia aguda. Repite al día siguiente. **Tratamiento:** Reposición de volemia con 4.000 c.c. de sangre. Al noveno día, dada la intensidad y persistencia de la hemorragia, se decide la intervención con diagnóstico de úlcera gastroduodenal sangrante. **Operación** (Dr. Camaño, 1-X-65): Exploración por antipiloroduodenotomía, muestra úlceras agudas múltiples a nivel del cuerpo gástrico. Gastrectomía subtotal. **Evolución:** No hay signos de nueva hemorragia. Continúa en coma. Se agrava y fallece al cuarto día de la reintervención. **Necropsia** (Dr. Silva): Gastroenteroanastomosis en buenas condiciones. No hay sangre ni lesiones en el remanente gástrico.

Meningitis supurada. Absceso temporoparietal izquierdo. Examen histológico del estómago (Br. Toledo Correa): Mucosa gástrica atrófica con múltiples úlceras agudas superficiales, extensas, que llegan hasta la muscularis mucosa (pieza reseca) (fig. 1).

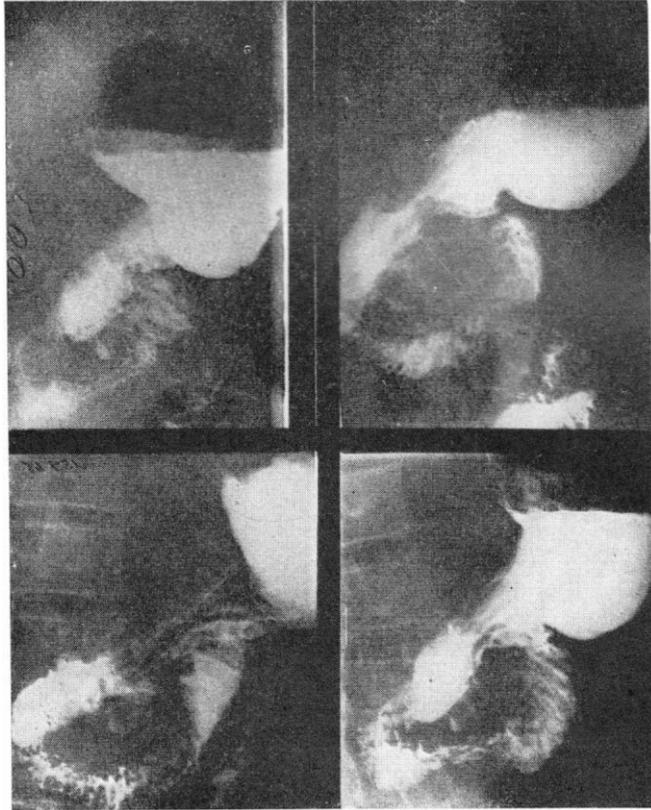


Fig. 2.—Control radiológico gastroduodenal postoperatorio. Caso 3.

CASO N° 3.— E. G., 61 años. Sala 21, Hospital Pasteur. Historia N° 23.649. Prostatectomía (24-IX-65). Al décimo día, melenas que se repiten los días siguientes. Al ingreso: hematemesis y signos de anemia aguda. Antecedente de sufrimiento ulceroso típico desde hace tres años, que cedió hace un año. **Tratamiento:** Reposición de volemia con 5.500 c.c. de sangre antes y durante la operación. Dada la persistencia de la hemorragia, se decide la intervención a las 8 horas de su ingreso. **Operación** (6-X-65, Dr. Camaño): Exploración: úlcera de cara anterior de duodeno penetrada en vesícula biliar. Gran úlcera de cara posterior penetrada en páncreas, con la arteria gastroduodenal san-

Cuadro 1

Observación	Operación previa	Hemorragia	Causa	Tratamiento		Evolución
				Médico	Quirúrgico	
B. J. A., 47 a. Sala 15. H. N° 23.530.	Resección intestinal.	Melenas. hematemesis. 5º día.	Úlcera duodenal crónica.	Sangre 4.000 c.c.		Fallece al 6º día.
J. C., 55 a. Sala 15. H. N° 23.776.	Evacuación hematoma extradural.	Melenas. hematemesis. 7º día.	Úlceras gástricas. agudas.	Sangre 4.000 c.c.	Gastrectomía subtotal. 9 día.	Fallece al 13º día. Meningitis supurada.
E. G., 61 a. Sala 21. H. N° 23.649.	Prostatectomía.	Melenas. hematemesis. 10º día.	Úlcera duodenal crónica.	Sangre 5.000 c.c.	Sutura de la úlcera. Vagotomía. Piloroplastia.	Buena.

grando en su fondo. Procedimiento: gastropiloro duodenotomía. Ligadura de la úlcera. Píloroplastia tipo Finney. Vagotomía. **Evolución:** Sin complicaciones. No volvió a sangrar (fig. 2).

III) COMENTARIO

Una de nuestras observaciones (caso N^o 2) corresponde a una historia típica de úlcera de Cushing (5). Otra siguió a una operación sobre el aparato urogenital, que ha sido señalado como el sector que con mayor frecuencia da origen a esta complicación (2, 16, 17). La tercera siguió a una resección intestinal.

Nuestros casos tienen en común el antecedente de un "stress" quirúrgico. Es de notar la inespecificidad de la operación primaria que originó la complicación, acorde con lo observado por otros autores (2, 11).

La hemorragia se presentó en los tres casos como melena severa, entre el quinto y décimo día, apareciendo tardíamente la hematemesis.

En todos los casos el cuadro clínico correspondió al de una hemorragia grave o masiva, según el criterio de Larghero (14), Dorton (6) y Stewart (18).

La lesión causal fue una úlcera duodenal crónica en dos casos, única en una ocasión, doble en la otra. La restante correspondió a ulceraciones múltiples agudas y superficiales del estómago (figs. 1 y 2). Ello está de acuerdo con lo antedicho sobre los tipos de lesión gastroduodenal que puede provocar el "stress".

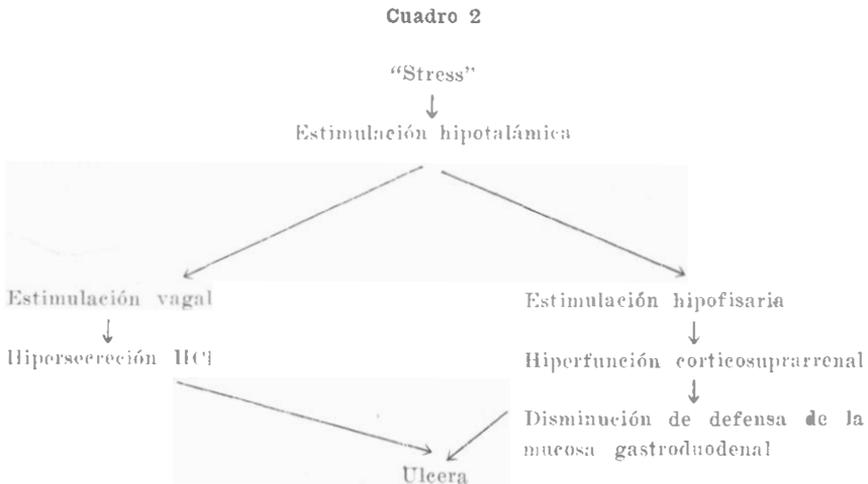
IV ETIOPATOGENIA

El mecanismo por el cual el "stress" provoca la aparición de úlceras agudas o la reactivación de úlceras crónicas, no está totalmente aclarado. Muchos investigadores han buscado establecer una relación clara entre "stress", esteroides adrenales, secreción gástrica y úlcera gastroduodenal. Aunque existen discordancias, los hechos más aceptados en el momento actual son:

- 1) Existe en el postoperatorio un aumento de los esteroides adrenales circulantes (9).
- 2) Hay en el postoperatorio una moderada, pero real, hipersecreción clorhidropéptica del estómago (7, 8, 12).
- 3) La acción estimulante de los esteroides sobre la secreción gástrica es discutida, pero la mayoría de los autores no han observado hipersecreción por su administración aguda o crónica (7, 8, 12).

- 4) Los esteroides suprarrenales provocarían una disminución de las defensas de la mucosa gastroduodenal frente a la agresión, debida a la falta de respuesta inflamatoria (8) y a una disminución de la cantidad y viscosidad del mucus gástrico (13).
- 5) La hipersecreción existente en el postoperatorio de diversas operaciones, no existe, y es sustituida por una marcada hiposecreción en el postoperatorio de la vagotomía. Basado en ello, Dragsted (7) propone que la "hipersecreción de stress" es mediada por el vago.

El siguiente esquema, sin ser absoluto, muestra una probable relación de los hechos que llevarían a la "úlceras de stress":



V) DIAGNOSTICO Y TRATAMIENTO

Frente a un paciente operado que en el curso del postoperatorio presenta hematemesis y/o melenas, con síntomas de anemia aguda, descartada la hipertensión portal y en ausencia de terapéutica anticoagulante, el diagnóstico clínico primario debe ser: hemorragia grave por ulceración gastroduodenal. La existencia de diagnóstico o historia previa de úlcera (caso N° 3), hacen prácticamente absoluto ese diagnóstico.

En el caso N° 1, en el cual la autopsia mostró una úlcera duodenal crónica, este diagnóstico no se hizo, por lo cual el enfermo no fue llevado a una reoperación que podría haber cambiado su evolución.

Las consideraciones teóricas sobre si la lesión es aguda o crónica, única o múltiple, superficial o profunda, sólo pueden diferir o contraindicar erróneamente, la reintervención que se impone, como en cualquier hemorragia digestiva masiva.

Las estadísticas consultadas (2, 11, 16) muestran que la sobrevivencia de los pacientes que reciben sólo tratamiento médico es muy baja y a veces nula. De ello surge que el tratamiento quirúrgico precoz, precedido de una reposición adecuada de la volemia, es el que ofrece mayores posibilidades de sobrevivencia.

Un estado general pobre, la edad avanzada, taras cardiovasculares, azoemia elevada, reacción pobre de la médula ósea, son factores que no contraindican la operación, sino que, por el contrario, refuerzan la indicación quirúrgica frente a una hemorragia digestiva grave (14). Creemos que el hecho de que el enfermo haya sido recientemente sometido a otra operación, puede ser considerado en el mismo sentido.

Sólo la detención de la hemorragia puede evitar el daño irreversible de los parénquimas nobles causado por la anemia aguda.

El tratamiento quirúrgico clásico de la situación que consideramos, es la gastrectomía subtotal (2, 3, 11, 15, 16). Recientes adquisiciones en el tratamiento de la úlcera gastroduodenal sangrante, ofrecen otras posibilidades (6, 10).

Pensamos que el tipo de intervención puede adecuarse a la lesión causal y a su mecanismo de producción.

Frente a la úlcera crónica o aguda, única de estómago, la gastrectomía subtotal es la indicación más lógica.

Cuando las lesiones son agudas y múltiples, de preferencia ellas asientan en la región antropiloro-bulbar, por lo que la resección puede ser lo adecuado (14).

El factor vagal en la patogenia de la úlcera de "stress" y la imposibilidad de descartar lesiones agudas del cuerpo y fundus gástrico, hacen pensar que una vagotomía asociada a la resección, puede brindar mayor seguridad en estos casos.

En las hemorragias por gastritis y duodenitis erosivas difusas, según Sullivan (19) y Farris y Smith (10), la vagotomía con piloroplastia es un procedimiento eficaz. Sullivan comprobó en diez de estos casos la detención prácticamente instantánea de la hemorragia al realizar la vagotomía.

Estos autores proponen la misma terapéutica para los casos en que la exploración externa y a estómago abierto no muestra lesión, prefiriéndola a la llamada "gastrectomía a ciegas".

Cuando la lesión causal es una úlcera duodenal crónica, los autores consultados (2, 3, 11, 15, 16) proponen la gastrectomía subtotal.

En el caso que tratamos, con buena evolución (caso N° 3), se realizó hemostasis directa de la úlcera y luego piloroplastia y vagotomía.

En un paciente grave, disminuido por la operación previa, y más aún frente a un "duodeno difícil", este tipo de intervención tiene menos dificultades y es menos agresiva que la resección.

Varios autores sostienen que este procedimiento es el de elección en la úlcera duodenal sangrante. En sus series él ha tenido menor morbimortalidad o igual o mayor eficacia que la habitual para la gastrectomía subtotal (6, 10, 20).

SUMARIO

1) Se presentan tres casos de hemorragia digestiva grave postoperatoria por úlcera gastroduodenal.

2) Se hacen consideraciones sobre la probable patogenia de la "úlcera de stress".

3) Se propone un tratamiento quirúrgico, adecuado en cada caso al tipo de lesión y su mecanismo de producción.

BIBLIOGRAFIA

1. ARDA●. H. A.— Las reintervenciones diagnósticas. "Bol. Soc. Cir. Uruguay", 30: 237; 1959.
2. BEIL, A. R.; MANNIX, H. and BEAL, J. M.— Massive upper gastrointestinal hemorrhage after operation. "Amer. J. Surg.", 10 : 324; 1964.
3. CARRERA, I. T. Hemorragia grave en un ulceroso duodenal después de simpaticectomía. "Bol. Soc. Cir. Uruguay", 22: 409; 1951.
4. CURLING, T. B.— On acute ulceration of the duodenum in cases of burns. "Med. Chir. Tr. London". 25: 260; 1842. [Citado por Beil y col. (2).]
5. CUSHING, H.— Peptic ulcers and the interbrain. "Surg. Gynee. Obst.", 55: 1; 1932.
6. DORTON, H. E. and HYDEN, W. H.— Acute massive duodenal ulcer hemorrhage. Direct suture control and vagotomy-pyloroplasty. "Arch. Surg.", 83: 428; 1961.
7. DRAGSTED, L. R.; RAGINS, H.; DRAGSTED, L. R. (II) and EVANS, S. O.— Stress and duodenal ulcer. "Ann. Surg.", 144: 450; 1956
D RYE, J. C. and SCHOEN, A. M.— Studies on the mechanism of activation of peptic ulcer after non-specific trauma. "Ann. Surg.", 147: 73 ; 1958.
9. ESTABROOK, R. A.; MARKS, L. J.; LONERGAN, J. C.; MURTAUGH, J. F. and STROBL, V. E.— The effect of surgical operation on the adrenocortical response to ACTH. "Ann. Surg.", 150: 941; 1959.
10. FARRIS, J. M. and SMITH, G. K.— Vagotomy and pyloroplasty for bleeding duodenal ulcer. "Amer. J. Surg.", 105: 3 ; 1963.

11. GILCHRIST, R. K. and DE PEYSTER, F. A.—The surgical treatment of massive postoperative peptic hemorrhage. "Ann. Surg.", 147: 728; 1958.
12. HIRSCHOWITZ, B. I.; STREETEN, D. H. P.; LONDON, J. A. and POLLARD, H. M.—Effects of eight-hour intravenous infusions of ACTH the adrenocortical steroids in normal man. I: Basal gastric secretion and plasma and urinary pepsinogen. "J. Clin. Invest.", 36: 1171; 1957.
13. HIRSCHOWITZ, B. I.; STREETON, D. H. P.; POLLARD, H. M. and BOLDT, H. A.—Role of gastric secretions in activation of peptic ulcers by corticotropin. "J. A. M. A.", 158: 27; 1955.
14. JARGHERO YBARZ, P. "Hemorragias graves del tracto digestivo superior". Imp. Rosgal, Montevideo, 1960.
15. MARELLA, M.—Comentario al trabajo de R. C. Praderi (16). "Bol. Soc. Cir. Uruguay", 32: 77; 1961.
16. PRADERI, R. C. Hemorragias gastroduodenales por úlceras provocadas por el "stress" operatorio. "Bol. Soc. Cir. Uruguay", 32: 62; 1961.
17. RAINS, A.; EDWARDS, P. D. and BROOKES, U. Acute gastroduodenal episode following operation for another condition. "Brit. J. Surg.", 45: 72; 1957.
18. STEWART, J. D.; COSGRIFF, J. H. and GRAY, J. G. Experiences with the treatment of acutely massively bleeding peptic ulcer by blood replacement and gastric resection. "Surg. Gynec. Obst.", 103: 403; 1956.
19. SULLIVAN, R. C.; RUTHERFORD, R. B. and WADDELL, W. R. Surgical management of hemorrhagic gastritis by vagotomy and pyloroplasty. "Ann. Surg.", 159: 554; 1964.
20. WEINBERG, J. A. Treatment of the massively bleeding duodenal ulcer by ligation, pyloroplasty and vagotomy. "Amer. J. Surg.", 102: 158; 1961.