

# HEMOSTASIA DIRECTA, OPERACION DE DRENAJE Y VAGUECTOMIA EN LA HEMORRAGIA GRAVE POR ULCERA DUODENAL \*

## Consideraciones sobre mortalidad

Dres. FEDERICO GILARDONI,\*\* MARIO C. CAMAÑO \*\*\*  
y VLADIMIR GUICHEFF \*\*\*\*

La úlcera duodenal es la causa más común de hemorragia digestiva que debe enfrentar el cirujano de urgencia. Es un capítulo de interés permanente, dado que el tratamiento quirúrgico con cualquier procedimiento en período hemorrágico multiplica la mortalidad observada en período de elección. En nuestro medio se deben destacar las investigaciones de Larghero que culminan con su trabajo "Hemorragias graves del tracto digestivo superior" y el Relato de Bermúdez al Congreso Argentino de Cirugía.

Hasta hace pocos años nadie dudaba que la gastrectomía subtotal era el mejor procedimiento para el tratamiento de la hemorragia grave por úlcera duodenal. Actualmente es un punto en discusión.

En 1958 una comunicación de Weinberg y un trabajo de Smith y Farris, iniciaron una nueva etapa en el tratamiento de esta afección preconizando la hemoestasia directa del vaso sangrante, la vaguectomía y operación de drenaje gástrico. Estos autores con nuevas publicaciones y otros como Dorton, Foster y Dunphy con series muy importantes hacen notar que el procedimiento es efectivo y de baja mortalidad.

Trabajo conjunto de la Clínica Quirúrgica "B" (Prof. J. A. Piquinela) y de la Clínica Quirúrgica (Prof. W. Suiffet).

\*\* Asistente de Clínica Quirúrgica "B" (Prof. J. A. Piquinela).

Asistente de Clínica Quirúrgica (Prof. W. Suiffet).

\*\*\*\* Adjunto de Clínica Quirúrgica "B" (Prof. J. A. Piquinela).

En 1967, en la Sociedad de Cirugía del Uruguay, las Clínicas Quirúrgicas del Prof. Piquinela y del Prof. Suiffet, presentan su experiencia sobre 30 observaciones de hemorragias graves por úlcera duodenal con el método mencionado. Se siguió trabajando en este sentido, totalizando actualmente los integrantes de ambas clínicas 70 observaciones. Ellas corresponden a la experiencia de 20 cirujanos en su actividad hospitalaria y extrahospitalaria, en pacientes operados en el curso de la hemorragia. En esta ponencia damos preferencia al estudio de la mortalidad que se eleva a un 7,1 %, con sus causas primarias y coadyuvantes.

Son ventajas que se atribuyen al procedimiento: su simplicidad, el hecho de tratarse de una intervención de menor magnitud que la gastrectomía y que evita la disección circunferencial de duodeno. Si tiene menos riesgo operatorio puede influir en una decisión quirúrgica precoz, sobre todo en enfermos graves ante los que se puede vacilar si hay que realizar una operación de mayor jerarquía como lo es la gastrectomía.

Akin y Sullivan (1) y Hamilton y col. (12) realizando este procedimiento han tenido un porcentaje elevado de recidivas de la hemorragia en el postoperatorio inmediato (15 y 33 % respectivamente) y piensan que la gastrectomía es un procedimiento hemostático más seguro. En nuestra serie esta complicación se eleva a un 5,7 %.

En algunas oportunidades la gravedad y severidad de la complicación desborda la opción entre gastrectomía o vaguectomía para exigir procedimientos menores a los mencionados. Por esta razón para no circunscribir el tema sustrayéndolo de la realidad, incluimos enfermos a los que no se pudo asociar vaguectomía. La mortalidad gravitó pesadamente en estas circunstancias.

## OBSERVACIONES

OBS. 1. J. D. L., hombre de 77 años. Historia clínica N° 236.605, Hospital de Clínicas. Hemorragia grave persistente de tres días de evolución. Ingresa. Sin antecedentes digestivos orientadores. Primera hemorragia. E.C.G.: infarto de miocardio y extrasístoles ventriculares. Hematemesis y melenas repetidas en sala. Se opera a las 48 horas con P.A. 0. Reposición masiva. Anestesia local. Antropiloro-duodenotomía. Úlcus calloso de D1 que no sangra. Vómitos e inundación brónquica. Anestesia general. Aparece enorme enfisema retroperitoneal. Cianosis, paro cardíaco. Masaje a tórax abierto (neumotórax hipertensivo) y muerte. Necropsia: enfisema mediastinal y ruptura de lóbulo superior izquierdo pulmonar. Sangre administrada. 15 volúmenes.

OBS. 2. A. C., 74 años. Historia clínica N° 235.557, Hospital de Clínicas. Hemorragia digestiva de quince días de evolución. Primera hemorragia. Hemorragia masiva persistente, se opera a los tres días del ingreso sin diagnóstico inicial. Anestesia local. Sangre en colon y últimas asas ileales. Tumorcación de ángulo derecho de colon adheridos a vesícula y duodeno. Cecostomía. En postoperatorio, colon por enema normal y nicho duodenal. Datos clínicos orientadores. A los dos meses, nueva hemorragia grave y operación. Anestesia general. Voluminoso pseudotumor inflamatorio del páncreas cefálico que retrae mesocolon y colon, y dos ulcus gigantes de duodeno I. Antropiloroduodenotomía. Hemostasis directa que provoca estenosis duodenal. Cierre y gastroduodenostomía (Jabulay). En postoperatorio evisceración, bronconeumonía y muerte al mes. No volvió a sangrar. Necropsia: desaparecieron las úlceras gigantes de D1; existe una pequeña úlcera en ángulo 1-2 duodenal. Volúmenes recibidos de sangre, 17.

OBS. 3. L. A., 68 años. Hospital Pasteur. Sala 23. Hemorragia grave de ocho días de evolución. Primera hemorragia. Antecedentes de ardor epigástrico. Hemorragia cataclísmica. Se opera a las pocas horas del ingreso. Sangre O Rh negativo. Anestesia general. Antropiloroduodenotomía, ulcus calloso de D1. Hemostasis directa con estenosis de la luz duodenal. Cierre longitudinal. Gastroenterostomía. A los cinco días, reoperación por falla de la comisura gástrica de la antropiloroduodenotomía. Fallece por pérdida masiva de contenido gástrico. Recibió en total 6 volúmenes de sangre.

OBS. 4. F. S. R., 58 años. Historia clínica N° 18.796, Hospital Pasteur, Sala 21. Hemorragia grave. Primera hemorragia. Etilismo. Sin historia que oriente en el diagnóstico. Gran obeso. A los nueve días recidiva cataclísmica, sin pulso ni P.A. Ulcus calloso postbulbar. Hemostasis directa. Píloroplastia H. M.. Postoperatorio: dehiscencia de la poliroplastia y parotiditis supurada. Reoperación gastrectomía y duodenostomía. A los cinco días hipertermia 40°, shock y grave complicación pulmonar derecha total. Fallece luego de un vómito e inundación traqueobrónquica. Sangre recibida en total, 24 volúmenes.

OBS. 5. F. V., 57 años. Historia clínica N° 177.294, Hospital de Clínicas. Hematemesis repetida. Hemorragia cataclísmica. Primera hemorragia. Enfisematoso, bronquítico crónico. Operación inmediata. Ulcus calloso de borde superior y cara posterior de bulbo. Hemostasia directa por sutura del reborde ulcero. Píloroplastia H. M. y vaguotomía. Postoperatorio: hemorragia grave. Reoperación al cuarto día. La úlcera sangra activamente en los bordes y están sueltos los puntos de sutura ulcerosa. Nueva sutura del reborde del gran cráter de 2 cm., con cromado y músculoplastia. Píloroplastia H. M. y gastrotomía. Recidiva grave de la hemorragia al décimo día, que obliga a una gastrectomía con exclusión. Insuficiencia ventilatoria, estando tres días muy grave en el Engstroom. Evisceración: hemorragia profusa por el drenaje subhepático y la herida. Fístula digestiva por falla de la sutura gastroyeyunal. Muerte. Sangre total recibida, 24 volúmenes.

OBS. 6. G. C., 57 años. Historia clínica N° 25.506, Hospital Pasteur. Hemorragia grave de 15 días de evolución. Primera hemorragia. Diagnóstico radiológico de úlcus duodenal. Bronquítico crónico. Anemia aguda amarillenta. Reposición y operación. Úlcus calloso posterior y anterior de D1 de 5 x 2,5 cm. Hemostasia directa y cierre de la úlcera. Píloroplastia H. M. y vaguectomía. Al cierre, paro cardíaco. Masaje cardíaco externo inefectivo. toracotomía, masaje cardíaco recuperando el ritmo. Ventilación pulmonar inadecuada. Muerte al mes por daño encefálico. No volvió a sangrar. Sangre recibida, 12 volúmenes.

OBS. 7.—Paciente de 61 años. Historia clínica N° 252.663, Hospital de Clínicas. Gran obesa: 140 kgr. A los ocho días de estar internada por un problema neurológico (ausencia epiléptica), melenas e hipotensión que se repite durante tres días. Sin antecedentes ulcerosos. Hipertensa no controlada. Operación: úlcera plana de ángulo 1-2 duodenal que no sangra. No sutura de la úlcera. Píloroplastia H. M. y vaguectomía. Horas después, muerte súbita. No hay necropsia. Sangre recibida, 11 volúmenes.

OBS. 8.—C. P., 57 años. Historia clínica N° 167.053, Hospital de Clínicas. Ingresó por hemorragia cataclísmica sin pulso ni P.A. No se pudo controlar totalmente el shock. Hemostasis directa de úlcus calloso de D1, píloroplastia H. M. y vaguectomía. Esplenectomía por desgarró esplénico. En postoperatorio, anemia aguda, distensión abdominal, melenas y muerte a las 96 horas. Necropsia: hemoperitoneo con abundantes coágulos en hipocondrio izquierdo. sangre abundante en intestino delgado y colon y dehiscencia parcial de la píloroplastia. Sangre recibida, 4.000 c.c.

OBS. 9. Paciente de 28 años. Historia clínica N° 77.503, Hospital Evangélico. Sometido a prolongada corticoterapia por problema oftalmológico. Ingresó por hemorragia grave. Melenas. Hematemesis abundante que se repite. Se opera a las 72 horas. Úlcus duodenal crónico de cara anterior de duodeno 1. Uleerectomía. Píloroplastia H. M. y vaguectomía. Reoperación al quinto día por evisceración, falleciendo a consecuencias de sus complicaciones sépticas y metabólicas. Sangre recibida, 8 volúmenes.

## MORTALIDAD

### *Causas primarias y factores coadyuvantes*

#### Hemostasia directa y derivación sin vaguectomía:

Operados	4
Fallecidos	4 (100 %)

#### Hemostasia directa, derivación y vaguectomía:

Operados	70
Fallecidos	5 (7,1 %)

**Causas primarias de muerte en hemostasia directa, derivación sin vaguectomía asociada:**

- Obs. 1. Ruptura pulmonar en la anestesia, neumotórax hipertensivo, enfisema mediastinal y retroperitoneal. Paro cardíaco.
- Obs. 2. Evisceración y grave complicación pulmonar bilateral en el postoperatorio de la reoperación (necropsia).
- Obs. 3. Falla de la antropiloro duodenotomía (reoperado).
- Obs. 4. Falla de la piloroplastia (reoperado).

**Causas primarias de muerte en vaguectomizados:**

- Obs. 5. Recidivas iterativas postoperatorias de la hemorragia (dos reintervenciones).
- Obs. 6. Paro cardíaco operatorio. Ventilación inadecuada.
- Obs. 7. Muerte súbita pocas horas después de la operación. Hemoperitoneo. Recidiva de la hemorragia ulcerosa y dehiscencia de piloroplastia (datos necróticos).
- Obs. 8. Evisceración (reoperado).

El primer grupo correspondió a pacientes tan graves que no fue posible o aconsejable realizar vaguectomía.

Se realizó necropsia en el 33 % de los casos.

*Edad.*— Todos fueron mayores de 50 años a excepción de un paciente de 28 años. Cuatro pacientes entre 50 y 60 años y otros cuatro entre 60 y 80 años. En condiciones normales en operaciones de cirugía mayor, la mortalidad es cinco veces más elevada en pacientes que sobrepasan los 60 años (6). Si se agrega la complicación hemorrágica, la mortalidad se eleva considerablemente. En estos pacientes son frecuentes las enfermedades asociadas y no toleran hipovolemia ni hipotensión al no disponer de la respuesta vasoconstrictora propia de los jóvenes. Es muy difícil que una persona de edad o un hipertendido o con lesiones vasculares miocárdicas, renales o encefálicas, tolere una hemorragia grave con sucesivas caídas tensionales. En estos enfermos con flujo reducido al mínimo en vasos parcialmente ocluidos por placas de ateroma, las caídas tensionales pueden resultar de gravísimas consecuencias. Serán más capaces de resistir una operación con buena reposición que una pérdida masiva (15, 27).

*Enfermedades asociadas.*

- Respiratorias: con las complicaciones que mencionaremos más adelante. Enfisema y bronquitis (Obs. 5 y 6). Tuberculosis extensa bilateral (Obs. 2). Ruptura de pulmón en la anestesia por probable lesión preexistente (Obs. 1).
- Obesidad (Obs. 4 y 7). En estos dos pacientes la gran obesidad contribuyó claramente en el retardo operatorio y en las dificultades técnicas.

- Hipertensión arterial (Obs. 7) y enfermedades cardiovascular (Obs. 1), renales, hepáticas. La información al respecto se obtiene de la completa documentación de Larghero, que debe ser motivo obligado de consulta.
- Enfermedades neurológicas (Obs. 7) como condicionantes de la lesión ulcerosa o del empuje en vieja úlcera.

*Estado del paciente al llegar al cirujano o a la intervención.*

Todos ellos fueron pacientes muy graves por la complicación hemorrágica; los 9 fallecidos recibieron promedialmente 15 volúmenes de sangre cada uno, cifra que está muy por encima de la cantidad recibida por los que tuvieron buena evolución. Sangrados en blanco, en colapso, hemorragia cataclísmica. Con hemorragias de larga duración y con repetidas caídas tensionales y repetidas hematemesis. O con recidiva grave de la hemorragia y reintervención. U operados a las pocas horas del ingreso por el carácter de la hemorragia, pero la mayoría de éstos con hemorragias de larga duración. Los pacientes que no fueron operados al ingreso, cursaron su hemorragia en Sala entre 48 y 72 horas hasta el momento de la intervención, que fue decidida por la persistencia o agravación de la misma. La demora en la indicación operatoria debe atribuirse a diversas razones. Influyo en esto la falta de diagnóstico positivo, la gran obesidad y la esperanza del cese de la hemorragia. El primero es un factor importante de retardo en la indicación operatoria y es imperativo al ingreso tomar rápidas medidas para obtener datos sobre la causa y el curso de la hemorragia.

Los enfermos de cualquier edad con hemorragia prolongada, con hipovolemia, anoxia e hipotensión de larga duración, son siempre de muy mal pronóstico. El retardo operatorio, o sea la indecisión prolongada con respecto a la conducta quirúrgica, debe jugar un papel importante en la mortalidad. En nuestro medio, Larghero aconseja la decisión urgente, con mayor razón si existen factores agravantes, edad y taras vasculares. Vavra y col. (26) en sus series observan que este factor interviene nitidamente en la mortalidad. Brooks y Eraklis (3) concluyen que "la hemorragia masiva que se demora más allá de las 24 ó 36 horas, predispone a problemas de coagulación sanguínea, acidosis y agravación de la descompensación pulmonar preexistente".

La experiencia del cirujano es un factor indiscutible en el resultado. En este sentido, la vaguectomía y derivación, siendo menos operación que la gastrectomía, parecería ofrecer a estos pacientes tan graves una solución de menor riesgo, lo que influye en la decisión quirúrgica precoz a medida que se adquiere confianza en el procedimiento.

*Errores técnicos.*— En la Obs. 3 la falla de la comisura gástrica de la antropiloroduodenostomía debe atribuirse al cierre imperfecto y apresurado de la misma en paciente grave.

La anestesia local (Obs. 2) impidiendo la exploración correcta en abdomen de paredes tensas y resistentes hizo que se ignorara un ulcus duodenal con pseudotumor pancreático, retrayendo mesocolon y colon y confundiendo con tumor de colon. Este paciente falleció a consecuencia de complicaciones surgidas en la reintervención ulterior.

La ligadura del vaso, que sangra o que no sangra en ese momento y no sólo del reborde ulceroso, es una medida importante para evitar la recidiva hemorrágica. En este sentido insisten Foster y col. (11). De los dos pacientes fallecidos por hemorragia recidivante (Obs. 5 y 8), existe seguridad de que en uno de ellos no se realizó hemostasia correcta del lecho ulceroso.

*Reintervenciones.*— En la serie total de hemorragias graves se reoperaron 7 pacientes falleciendo 5 (mortalidad por reintervenciones, 71 %). Las dos sobrevividas que aquí no figuran corresponden a dos recidivas hemorrágicas postoperatorias solucionadas con gastrectomía. Los casos fatales correspondieron a reintervenciones por recidiva hemorrágica en dos casos y por falla de la piloroplastia o antropiloroduodenostomía en otros dos casos y a una evisceración en un caso.

Reintervenciones .....	7
Muertes .....	5
Mortalidad .....	71 %

En los 4 pacientes que no se realizó vaguectomía se reoperaron 3 y en los 70 con vaguectomía asociada debieron reintervenirse 4.

*Recidiva de la hemorragia.*— Hubo cuatro recidivas hemorrágicas postoperatorias luego de hemostasia directa y vaguectomía y una quinta recidiva donde no se actuó sobre el duodeno en la intervención primaria habiéndose errado la lesión duodenal. En un paciente la recidiva fue de carácter iterativo y obligó a dos reintervenciones, realizándose en la última gastrectomía que no logró el cese de la hemorragia. En otro paciente no sometido a reintervención continuó sangrando la úlcera duodenal, lo que se comprobó en la necropsia, asociándose a esta causa de muerte hemoperitoneo y dehiscencia de piloroplastia. No hubo recidiva inmediata de la hemorragia en los no vaguectomizados, en el escaso tiempo que sobrevivieron.

Serie de pacientes .....	70
Recidiva hemorrágica del postoperatorio inmediato .....	4
Por ciento .....	5,7
Sobrevidas .....	2
Muertes .....	2

Esta complicación significó la muerte en el 50 % de los casos en que apareció. La gastrectomía solucionó el problema en el otro 50 %.

*Fallas de sutura visceral.*—En tres pacientes falló la sutura de la antropiloro duodenotomía o de la piloroplastia. En las Obs. 3 y 4 fue la complicación principal exigiendo reintervención operatoria, y en la Obs. 8 fue hallazgo necrótico con hemoperitoneo y recidiva hemorrágica asociadas. No existieron sobrevidas a esta complicación.

Hemostasia directa y derivación sin vaguectomía .....	4
Fallas de sutura .....	2
Sobrevidas .....	0
Muertes .....	2

Hemostasia directa, derivación y vaguectomía .....	70
Fallas de sutura .....	1
Sobrevidas .....	0
Muertes .....	1

Dos pacientes fallecieron a consecuencias de *paro cardíaco operatorio*, uno al término de la operación con hemorragia prolongada, anemia aguda amarillenta, ventilación inadecuada en el acto operatorio y evidencias electrocardiográficas de infarto miocárdico en evolución (Obs. 6); y otro por ruptura pulmonar, neumo a tensión y enfisema mediastinal (Obs. 1).

En dos pacientes la *evisceración* desempeñó un papel importante en la muerte, asociándose con grave complicación pulmonar en uno de ellos (antiguo bacilar) (Obs. 2), y en otro asociándose a desequilibrio metabólico en paciente joven que estaba sometido a intensa y prolongada terapéutica cortisónica.

*La complicación pulmonar.*—De los 9 casos fatales, en 5 hubo graves problemas respiratorios (55 %) que fueron en 4 casos factores determinantes primarios o coadyuvantes de la muerte. En un paciente (Obs. 1), operándose con anestesia

ocal. se inicia anestesia general, comprobándose de inmediato cianosis, enorme enfisema retroperitoneal y paro cardíaco. La toracotomía evidencia un neumotórax hipertensivo y la necropsia una ruptura de lóbulo pulmonar superior por probable desgarramiento de vesícula de enfisema. Como se ve en esta observación y como lo hace notar Kinney (14), en cualquier intervención la presión positiva intrapulmonar puede producir ruptura de la superficie de un pulmón ya lesionado por una patología preexistente, con neumotórax hipertensivo, presentándose dificultad ventilatoria y colapso cardiovascular, lo que debe ser sospechado y tratado rápidamente para evitar la evolución fatal.

En la Obs. 4, una grave complicación pulmonar derecha fue factor coadyuvante de la terminación del enfermo. En la Obs. 2, dicho paciente era portador de una extensa tuberculosis fibrosa bilateral. Un síndrome bronconeumónico con evisceración fueron las causas de muerte. El paciente de la Obs. 5, enfisematoso y bronquítico crónico, desarrolla en el postoperatorio por la que debió realizarse ventilación mecánica durante tres días, la que fue efectiva, siendo otra la causa directa de muerte. En el caso de la Obs. 6, con paro cardíaco al cese de la operación, el cirujano observa a tórax abierto la dificultad en la ventilación pulmonar.

La escasa reserva respiratoria que se observa habitualmente en las personas de edad, puede obligar, desde las terapéuticas más simples conocidas para mejorar la ventilación hasta la traqueotomía o reanimación mecánica ventilatoria, si son necesarias como medidas salvavidas.

En la serie de Brook y Erakis (3), 14 de las 19 muertes tenían antes de la operación severa enfermedad pulmonar y en pacientes mayores de 65 años, en 43 casos de hemorragia masiva que amenazaban la vida hubo 10 muertes, 9 de las cuales fueron por enfermedad cardiopulmonar y 6 murieron por insuficiencia pulmonar e infección agregada secundaria a aspiración o infección.

#### INDICACION PARA EL TRATAMIENTO QUIRURGICO URGENTE

En varios enfermos la indicación surgió por *hemorragia recidivante* al sexto o séptimo día del ingreso en pacientes con hemorragia detenida. Esta situación, reconocida por su gravedad, obliga a una decisión quirúrgica rápida, previa reposición.

La mayoría de los enfermos que ingresaron por *hemorragia masiva persistente*, se operaron en plazos variables cuyo promedio se aproxima a las 24 horas del ingreso. Si pese a la ad-

ministración de sangre de entrada y luego volúmenes periódicos de 500 c.c. cada 8 horas, a las 24 horas sigue sangrando por la observación de los enemas o sonda gástrica, aunque pulso, presión arterial y aspecto clínico sean tranquilizadores, se debe tomar una decisión quirúrgica. La mortalidad empieza a pesar luego de estos plazos. Si el paciente pierde sangre con ritmo mayor de 500 c.c. cada 8 horas, es poco probable que la hemorragia ceda de modo espontáneo (9). Si en el curso de la internación aparecen hematemesis repetidas o hipotensión o signos de isquemia encefálica, la indicación es urgente. Pesan además en la decisión otros factores: la existencia o no de diagnóstico previo, la edad, las enfermedades asociadas, el tipo de grupo sanguíneo, criterio y experiencia del cirujano, el procedimiento quirúrgico y la localización de la úlcera. *La hemorragia incontrolable de entrada o luego de un período de tratamiento o cataclísmica*, donde el paciente no mejora con la reposición de sangre a chorro o mejora transitoriamente, este paciente está al borde de la muerte y esta situación puede aparecer como episodio inicial o como episodio final, al ingreso, a las pocas horas del ingreso o al tiempo del ingreso. Por esta razón, cualquier paciente que ingresa por hemorragia, por moderada que sea, debe ser vigilado estrechamente con controles muy próximos entre sí, disponiendo de abundante cantidad de sangre y sabiendo que en cualquier momento se debe disponer su traslado al centro quirúrgico con o sin diagnóstico lesional etiológico.

Dice Larghero: "El conocimiento de la existencia de taras vasculares y viscerales, hepáticas o renales, lejos de erigirse en argumento de contemporización imponen la intervención quirúrgica primaria. Si la edad se agrega a las taras, la exigencia de operación inmediata es entonces indiscutible; se puede contemporizar frente a la úlcera duodenal sangrante de mediana gravedad cuando el enfermo tiene menos de 30 años. Pero se debe operar sin demora a todo ulceroso que sangra si tiene más de 40 años. Y la operación es imperativa si la úlcera es de estómago. La conducta radical absoluta en el enfermo de más de 40 años se basa en que la úlcera es siempre callosa, la frecuencia de ulcus gástrico a esta edad es siempre mayor, la arteria que sangra es de más calibre, la resistencia a la hemorragia inferior a la del joven y los resultados funcionales de la resección gástrica son óptimos. Nuestra experiencia nos ha enseñado que la hipertensión arterial, la sospecha de lesión coronaria y la edad, juntos o separados, lejos de ser un argumento de contemporización frente a una hemorragia cataclísmica, debe imponer la operación inmediatamente después de repuesta la volemia por una transfusión masiva y acelerada".

Hay situaciones que se suman y agravan el pronóstico: la *hemorragia y perforación y hemorragia y estenosis*. Pero si una *hemorragia masiva es rápidamente controlada y detenida*, la indicación quirúrgica urgente se aleja, disponiéndose del tiempo necesario para estudiarlo y prepararlo para cirugía en frío en los días siguientes, recordando la posibilidad de recidiva cercana a la primera hemorragia.

## SOBRE LA TECNICA

Se realiza una antropiloro duodenotomía de 6 cm. o más y se explora a cielo abierto. Es común que la úlcera no sangre activamente en el momento operatorio, pero la sangre en estómago y yeyuno denuncian la hemorragia reciente.

El decolamiento duodenopancreático en los duodenos profundos fijados por la esclerosis, permite que la mano posterior eleve duodenopáncreas anteriorizando la lesión, pudiéndose trabajar con comodidad al acercar el cráter al cirujano. El índice por detrás de la lesión ulcerosa, además de cohibir la hemorragia, permite tener una idea a que profundidad se pasan los puntos de ligadura del vaso. Si la úlcera es anterior, se reseca. Los coágulos recientes deben removerse, tal como lo aconseja Dorton (8), para apreciar el vaso sangrante. En el lecho ulceroso se dan dos puntos en cruz con aguja gruesa. Si se dan muy profundamente, podrían herir elementos biliopancreáticos. Para Foster y col. (11), éste es uno de los tiempos obligados de realización de la técnica, incluso con lecho ulceroso no sangrante, y su omisión un factor de recidiva de la hemorragia. Estamos convencidos de que es así porque en dos recidivas postoperatorias hubo cierre del cráter sin ligadura del vaso responsable. Se cierra la lesión con puntos sobre el sector escleroso firme del cráter o reborde ulceroso, efectuados con aguja fuerte y material reabsorbible. Según Dorton (8), el uso de material no reabsorbible podría llevar a reulceración por reacción a cuerpo extraño. En presencia de cráter voluminoso los tiempos de la hemostasia directa deben realizarse completamente, incluso al precio de una estenosis duodenal, lo que significa el cierre de la duodenotomía y el abandono de la piloroplastia tipo Heinecke-Mikulicz para realizar una gastroyeyunostomía o gastroduodenostomía.

El procedimiento de Finney, que hemos utilizado en algunas oportunidades, logra una amplia exposición de D1 y D2 obviando los inconvenientes antes mencionados, lográndose un amplio pasaje gastroduodenal, pero con la desventaja que agrega dificultades a una ulterior resección gástrica (Piquinela, Suiffet).

La hemostasia directa es sencilla de realizar técnicamente, las dificultades surgen por los caracteres y topografía de la propia úlcera, úlceras pequeñas escondidas, de borde superior o inferior o cerca del ángulo 1-2 duodenal, donde no es posible dar puntos hemostáticos aislados en el lecho, debiéndose tomar al mismo tiempo el reborde ulceroso. O por una antropiloro-duodenotomía corta que da mala exposición a úlcera alejada del píloro o a la falta de decolamiento duodenopancreático y anteriorización de la lesión que hace que el cirujano trabaje con dificultad con campo operatorio en la profundidad.

El tiempo siguiente es el de la vaguectomía, luego de las precauciones obligadas de asepsia para evitar contaminar mediastino.

“Debe preferirse la gastrostomía temporaria a la aspiración por sonda nasogástrica, sobre todo en pacientes de más de 60 años; en oposición a esta última, no produce neumonitis por aspiración, mientras más avanzada sea la edad más importante es este factor. En mayores de 60 años la aspiración nasogástrica queda contraindicada porque la disminución de los reflejos faríngeos no protege contra la aspiración, la decompresión es más eficaz con menor longitud de sonda y mayor diámetro de ella” [Woodward (29)].

## RESUMEN Y CONCLUSIONES

En 70 pacientes operados en curso de hemorragia grave por ulcus duodenal, realizándose hemostasia directa, vaguectomía y operación de drenaje gástrico, fallecieron 5 (un 7,1 %).

En aquellos en que se realizó sólo hemostasia directa existió un 100 % de mortalidad.

La gravedad de la hemorragia influyó claramente en la mortalidad de ambas series.

De 9 muertes. 8 tenían entre 50 y 77 años.

Todos los enfermos fallecidos ingresaron en su primer episodio hemorrágico.

La falta de diagnóstico positivo y la obesidad influyeron en demorar una decisión quirúrgica precoz.

La falla de sutura visceral se observó en 3 pacientes, en 2 de ellos no se realizó vaguectomía. No hubo sobrevidas a esta complicación.

La recidiva hemorrágica del postoperatorio inmediato complicó el 5.7 % (4 pacientes) con una mortalidad del 50 %. El otro 50 % sobrevivió luego de la gastrectomía.

La mortalidad por reintervención quirúrgica se elevó a un 71 % (de 7 pacientes reoperados por recidiva hemorrágica, falla de sutura y evisceración hubo 5 muertes).

La ligadura del vaso responsable de la hemorragia, sangre activamente o no en la operación, es una medida importante para evitar la recidiva hemorrágica. Otros errores técnicos también influyeron en la mortalidad.

De 9 casos fatales, en 5 hubo graves problemas respiratorios (55 %) que fueron en 4 casos factores determinantes, primarios o coadyuvantes de la muerte.

Conociendo los factores que pesan en la mortalidad, se deberían tomar medidas para establecer un diagnóstico rápido y una operación precoz en estos enfermos tan graves cuya evolución depende del éxito de la primera intervención, realizando cuidadosamente los tiempos quirúrgicos con vistas a evitar complicaciones viscerales o parietales y reintervenciones que inciden en forma tan elevada en la evolución fatal.

## BIBLIOGRAFIA

1. AKIN, J. M. and SULLIVAN, M. B. (Jr.).—Pyloroplasty and Vagotomy: compromise procedure for control of acute peptic ulcer hemorrhage. "Surgery", 54: 587; 1963.  
BERMUDEZ, O. Tratamiento de las hemorragias masivas gastroduodenales. "8º Congreso Interamericano" y "22º Congreso Argentino de Cirugía". fac. II: 105-134; Buenos Aires, 1951.
3. BROOKS, J. R. and ERAKLIS, A. J. Factors affecting the mortality from peptic ulcer. The bleeding ulcer and ulcer in the aged. "New England J. Med.", 271: 803, Oct. 15, 1964.
4. CASTIGLIONI-BARRIERE, J. C.; CAMAÑO, M. C. y PRADINES, J. C. "Vagotomía, piloroplastia y ligadura directa en la úlcera duodenal sangrante". (Inédito.) Presentado a la Soc. de Cir. del Uruguay el 24 de mayo de 1967.
5. CASTIGLIONI BARRIERE, J. C. "Tratamiento quirúrgico de las hemorragias gastroduodenales graves". Monografía. (Inédito). 1967.
6. CLOWES, G. H.—Problemas especiales del paciente de edad avanzada en "Tratamiento Pre y Postoperatorio". (Edición en español.) Editorial Interamericana, 1969.  
DEL CAMPO, J. C.—"Hemorragias digestivas altas". Congreso Médico Quirúrgico del Centro de la República. Tucumán. (Inédito.) 1964.
8. DORTON, H. Vagotomía, piloroplastia y sutura. Una terapéutica efectiva y segura para la úlcera duodenal hemorrágica. Versión castellana de "Annals of Surgery", 9, 4: 458; 1961.
9. DUNPHY, E. and FOSTER, J. H. Tratamiento de la hemorragia masiva gastrointestinal alta en "Abdomen Agudo". (Edición en español.) Editorial Interamericana, 1969.

10. FARRIS, J. M. and SMITH, G. K. —Vagotomía y piloroplastia, una solución para el manejo de la úlcera hemorrágica del duodeno. Versión castellana de "Annals of Surgery", 152, 3 (2ª parte): 644; setiembre, 1966.
11. FOSTER, J. H.; HALL, A. D. and DUNPHY, J. E. Surgical Management of Bleeding ulcers. "The Surg. Clin. of N.A.", 46: 387-409; 1966.
- 11'. GILARDONI, F. y GUICHEFF, V.—"Hemorragia grave por úlcera duodenal. Hemostasia directa, vaguectomía y piloroplastia". Curso de Graduados de la Clínica Quirúrgica "B" (Prof. Piquinela). (Inédito.) Hospital de Clínicas, 1966.
12. HAMILTON, J. E.; HARBRECH, P. J.; ROBBINS, R. E. and NOLAND, J. L.—The behavior and management of major acute bleeding from peptic ulcers. "Surg. Gynec. and Obst.", 121: 545; 1965.
13. HOERR, S. O.; DUNPHY, J. E. and GRAY, S. J. The place of surgery in the emergency treatment of acute massive upper gastrointestinal hemorrhage. "Surg. Gynec. and Obst.", 87: 338; 1948.
14. KINNEY, J. M. Valoración y tratamiento de los trastornos de la ventilación pulmonar en "Tratamiento Pre y Postoperatorio". (Edición en español.) Editorial Interamericana, 1969.
15. LARGHIRO, P. Hemorragias graves del tracto digestivo superior. "Suplemento de Anales de la Fac. de Med. Montevideo". 1960.
16. MAINGOT, R.—"Operaciones abdominales". Editorial Bibliográfica Argentina, 406; 1956.
17. MAÑANA, J.: GUICHEFF, V. y GILARDONI, F. "Hemorragia grave por úlcera duodenal. Operación de drenaje y vaguotomía". (Inédito.) Presentado a la Soc. de Cir. del Uruguay el 24 de mayo de 1967.
18. OTERO, J. P. Hemorragia por úlcera gastroduodenal. Exploración quirúrgica. "Bol. Soc. Cir. del Uruguay". 32: 643; 1961.
19. PIQUINELA, J. A.—Cirugía del duodeno (Relato). "XIII Congreso Uruguayo de Cirugía". 1962.
20. PIQUINELA, J. A. El tratamiento de la úlcera duodenal. Estado actual del problema. "Día Médico Uruguayo". 32: 699; 1965.
- PRADERI, R. Hemorragias gastroduodenales por úlceras provocadas por stress operatorio. "Bol. de la Soc. de Cir. del Uruguay", 32: 62; 1961.
- SMITH, G. K. and FARRIS, J. M. Rationale of vagotomy and pyloroplasty in management of bleeding duodenal ulcer. "J. A. M. A.". 166: 878; 1958.
23. STEWART, J. D.; SANDERSON, G. M. and WILES, Ch. E. Blood Replacement and gastric resection for Massively Bleeding Peptic ulcer. "Ann. of Surg.", 136: 742; 1952.
24. STEWART, J. D.; MASSOVER, A. T.; POTTER, W. H. and SCHAEER, S. M.—Massive Hemorrhage from gastroduodenal ulcer. "Surg.", 24: 239; 1948.

25. SUIFFET, W. y CASTIGLIONI, J. C. "La vagotomía en el tratamiento de la úlcera duodenal. Resultados obtenidos". (Inédito.) Presentado a la Soc. de Cir. del Uruguay el 12 de abril de 1967.
26. VADRA, J. E.; GIOANNINI, F. A.; POLANCO, V. K. y MORELLI, L. F. —Fundamentos estadísticos del tratamiento quirúrgico precoz de las hemorragias masivas por úlcera gastroduodenal. "El Día Médico (Edición Quirúrgica)", 57: 813; Buenos Aires, 1966.
27. WEBSTER, D. R.—The management of Acute Emergencies of the Stomach and Duodenum. "The Surg. Clin. of N. A.", 40: 1159; 1960.
28. WESTLAND, J. C.; MOVICS and WEINBERG, J. A. Emergency Surgical Treatment of the Severe Bleeding Duodenal Ulcer. "Surg.", 43: 897; 1958.
29. WOODWARD, E. R. Estómago y duodeno. En: "Tratamiento Pre y Post-operatorio". (Edición en español.) Editorial Interamericana, 1969

RELATO:

**Tratamiento quirúrgico de la úlcera  
gástrica.**

Dres. Jorge Burjel, Arnoldo Lischinsky,  
Washington Lanterna e Italo Mulattieri.