

Trabajo de la Clínica del Prof. A. Chifflet

HEMORRAGIAS GASTRODUODENALES POR ULCERAS PROVOCADAS POR EL "STRESS" OPERATORIO (*)

Dr. Raúl C. Praderi

El perfeccionamiento de la técnica Quirúrgica y sus mejores resultados han ampliado las posibilidades operatorias frente a pacientes más viejos, más graves y con enfermedades asociadas.

Eso ha hecho que al sobrevivir estos enfermos se manifiesten o aparezcan otras enfermedades a veces desencadenadas por la propia intervención salvadora.

Es el caso de las úlceras o empujes ulcerosos provocados por el "Stress" operatorio.

Las úlceras agudas aparecidas después de un "stress" son bien conocidas.

Es la úlcera de Curling de los quemados, la de Cushing en los enfermos neuroquirúrgicos, la úlcera de los traumatizados; en fin, las úlceras provocadas por el "stress" psíquico como las que aparecían después de los bombardeos aéreos (air raid ulcer).

Nos interesa destacar en esta comunicación como el "stress" provocado por una intervención quirúrgica cualquiera, provoca hemorragias por ulceración de la mucosa gastroduodenal.

En 1959 por indicación del Prof. Chifflet, reunimos varios casos en la Clínica Quirúrgica "A", analizando las cuales escribimos una tesis (29) para aspirar a la Beca Albo; desde entonces seguimos estudiando el tema, habiendo tenido oportunidad de operar pacientes con hemorragias de este tipo (casos 14, 22 y 23), y de colaborar en intervenciones causantes; luego, de esta complicación (casos 6 y 18).

(*) Trabajo presentado en la Sociedad de Cirugía el día 12 de abril de 1961.

Nuestros trabajos sobre el tema no habían sido publicados (29-30) y en nuestro medio existen solamente las comunicaciones de CARRERAS (7) y ARDAO (2). Por eso hemos resuelto traer aquí la síntesis y conclusiones de las 7 observaciones originales a las cuales se han sumado 3 anteriores que desconocíamos y 14 casos de hemorragias acaecidas desde 1959 hasta la fecha. Las historias pertenecen a 5 Clínicas Quirúrgicas * y a las Clínicas Neurológica y Urológica de la Facultad, además de muchos casos cedidos por diversos cirujanos. Existen 3 ó 4 observaciones más que por no poseer completas no incluimos aquí.

CASUÍSTICA

1) Paciente de 50 años al cual se le extirpa un adenoma prostático por la técnica de Freyer-Marion: pocos días después de operado comienza con Hematemesis y melena importante por las cuales fallece.

La necropsia mostró la existencia de una úlcera crónica duodenal de cara posterior que perforaba la arteria gastroduodenal.

Esta Historia es de 1937 y el protocolo necrósico nos fue cedido por el Prof. Larghero, veremos luego como es exactamente igual a otros 5 casos de hemorragias después de prostatectomía.

2) Adulto joven de sexo masculino, se le practicó una apendicectomía en agudo y en el post operatorio inmediato tuvo una hemorragia digestiva con hematemesis y melenas. Se trató con anticoagulantes y sangre, recuperándose totalmente.

3) Paciente de 60 años al cual se practica una talla hipogástrica como 1er. tiempo de una prostatectomía por adenoma. En el post-operatorio inmediato hizo una hemorragia digestiva, melenas, la cual cesó con tratamiento médico no volviéndose a repetir.

Las historias precedentes corresponden a pacientes que sangraron una sola vez y que por esa razón no fueron intervenidos. Curaron con tratamiento médico; no tenemos por consiguiente comprobación operatoria ni necrósica del tipo de lesiones existentes pero es de presumir que se trataba de úlceras agudas, pues no volvieron a sangrar ni a sufrir.

(*) Los pacientes Nos. 5, 6, 7, 14, 18, 22, 23, 24 y 25 fueron operados en la Clínica del Profesor Chifflet.

BOLETÍN DE LA SOCIEDAD DE CIRUGÍA DEL URUGUAY

4) Hipertenso de 38 años al cual se le practican con diferencia de 20 días los dos tiempos de la simpaticectomía toracolumbar bilateral. Evoluciona sin incidentes en ambas post-operatorios inmediatos.

El paciente tenía una úlcera duodenal conocida, pero se encontraba en período de acalmia.

Pese a ello 12 días después de la segunda intervención, ingresa en coma con profusas melenas y un cuadro de anemia aguda típico.

Después de mejorarlo con transfusiones es operado confirmando la existencia un ulcus crónico duodenal sangrante, se practica una gastrectomía subtotal curando sin incidentes.

Esta es la Historia publicada en 1951 por el Dr. Carreras. (7) La gastrectomía practicada por el Prof. Larghero es la primera realizada en nuestro medio por úlcera sangrante post-operatoria y una de las primeras con buen resultado publicada en la literatura.

Los 6 casos siguientes están relatados con detalle en nuestra tesis (29), algunos fueron citados por el Prof. Ardao (2) en su trabajo sobre Reintervenciones.

5) Adulto de 41 años que se operó de una herida de corazón (aurícula derecha) por arma blanca. Se hizo sutura de la herida previa evacuación del Hemopericardio. Se trataba de un antiguo ulceroso duodenal. Cursó el post-operatorio sin incidentes, hasta el 5º día en que hace un colapso brusco con 5 P.A. Mx. seguido de hematemesis y melenas profusas.

Se hace sangre y se opera al día siguiente en muy malas condiciones, por persistir la hemorragia. Se encuentra una úlcera callosa de cara posterior de duodeno con la arteria gastroduodenal amputada sangrando a chorros.

Se practica una gastrectomía subtotal, pero fallece 6 horas después.

Se trata de un empuje en una úlcera crónica determinado por el stress del traumatismo y operación inicial. Igual que en el caso anterior era un ulceroso conocido.

6) Paciente de sexo masculino de 72 años de edad con aneurisma de arteria poplítea trombosado recientemente. Se intervino practicándole un homoinjerto arterial previa resección del saco, la ruptura del injerto obligó a reintervenirlo, 5 días después, colocando un tubo de Edwards Tapp. Dos días después hace un colaps● brusco con hematemesis y melenas y fallece casi enseguida.

La autopsia mostró una úlcera perforada de pequeña curva gástrica que seccionaba totalmente la arteria coronaria. Se tra-

taba de una úlcera aguda de paredes blandas sin reacción inflamatoria ni cicatrizal en las mismas.

7) Adulto portador de una enorme hernia inguino-escrotal desde hace 40 años. Ingresa por un episodio obstructivo a nivel de la misma. Se operó encontrando una peritonitis difusa con perforación de intestino. Resección del hemicolon derecho y asas delgadas perforadas, drenaje peritoneal. Resección del saco herniario.

Termina la operación con el enfermo en colapso que requirió Levofed para mantener la presión. Post-operatorio complicado por fístula intestinal, oliguria, etc. Se trata con Cortisona y Ach. 17 días después de la operación hematemesis y melena, falleciendo al día siguiente.

La necropsia mostró múltiples ex-ulceraciones en estómago y duodeno. En este último dos úlceras grandes agudas, una de ellas perforada.

Destacamos en esta Historia el hecho de haberse tratado con corticoides. Igual que en la anterior existía una perforación en peritoneo libre, razón de más para ser operado. La rapidez de la evolución y la gravedad de los enfermos no permitió hacer el diagnóstico ni el tratamiento de esta complicación.

8) Paciente de sexo femenino de 45 años intervenida por una hemorragia meníngea provocada por la ruptura de un aneurisma supraclinoideo. En la operación se le practicó el clipado del aneurisma.

Al día siguiente se establece una hemorragia digestiva que persiste pese al tratamiento médico, falleciendo 5 días después.

No se practicó examen del abdomen durante la autopsia, por eso no podemos afirmar la causa de la hemorragia.

9) Sexo masculino edad mediana, ingresa por un traumatismo de cráneo, en coma, es intervenido enseguida evacuando un hematoma subdural y practicando una decompresiva temporal por existir una importante contusión cerebral. El paciente mejora y 11 días después de operado hace una hematemesis importante, falleciendo al día siguiente. La autopsia mostró en el estómago varias erosiones y úlceras agudas yuxta cardiales.

Esta última es una típica Historia de úlcera de Cushing y la anterior posiblemente, también.

10) 72 años, se opera practicándole una prostatectomía en un tiempo. 6 días después de operado hace una flebitis de miembros inferiores y se inicia tratamiento con Tromexan que se suspende al 10º día, dos días después melenas copiosas pero orinas claras. Se inicia tratamiento médico y transfusiones; como la hemorragia sigue, se opera practicando una gastrotomía exploradora; sangra en napa la mucosa gástrica y duodenal

BOLETÍN DE LA SOCIEDAD DE CIRUGÍA DEL URUGUAY

y da la impresión de que también sangra el yeyuno, no se practica gastrectomía, el paciente fallece dos días después. No se hace autopsia.

Se trataba de una hemorragia difusa, la más difícil de tratar, se podía haber practicado una gastrectomía empírica aunque sin la seguridad absoluta de detener la hemorragia.

11) Paciente de más de 70 años, al cual se le practica una prostatectomía en un tiempo, 7 días después hace una hemorragia digestiva copiosa que cesa con sangre y tratamiento médico. A los trece días de operado se vuelve a repetir la hemorragia falleciendo. No se hizo autopsia.

12) 66 años hipertenso, etilista, se hace prostatectomía en dos tiempos sin incidentes, 1 mes después hace una hemorragia digestiva copiosa con colapso y hemiparesia; se hace sangre mejorando y vuelve a sangrar repletiendo el coma y la Hemiplejía. Nuevas transfusiones, mejora de los síntomas neurológicos; se interviene practicando una gastrectomía intrahemorrágica por ulcus crónico de duodeno, fallece en el post-operatorio inmediato.

13) 70 años, 20 días después de una prostatectomía hace una hemorragia digestiva copiosa mejorando solo después de intenso tratamiento con sangre, Levofed y Cortisona. 13 días más tarde repite la hemorragia, preparado con sangre y Levofed se opera encontrando una úlcera aguda de estómago. Se practica una gastrectomía subtotal, pero fallece 12 horas después.

14) 69 años, 18 días después de una prostatectomía en un tiempo, está pálido anémico, deposiciones de materias oscuras. Se confirma por el tacto rectal que se trata de una melena. Transfusiones, radiografía de gastroduodeno que muestra dos imágenes en pequeña curva que parecen nichos ulcerosos planos. Se opera encontrando 3 grandes úlceras agudas de pequeña curva gástrica. Gastrectomía subtotal intrahemorrágica. Evolución sin incidentes, lleva más de 1 año de operado.

Estas 5 últimas historias tienen en común junto con la N° 1 que se trata de enfermos de edad prostáticos. 4 de ellos fueron operados estando muy graves por repetición de las hemorragias.

El sobreviviente (caso 14) fue operado después de la primera melena.

15) Paciente de 40 años sin antecedentes patológicos, sufre un traumatismo de abdomen con ruptura de bazo. Es operado practicándole una esplenectomía después de la cual como la hemostasis no satisface se mecha la logia esplénica. Dos días después es reintervenido porque sangra por la herida, practicando un nuevo mechado, al día siguiente hemorragia di-

BOLETÍN DE LA SOCIEDAD DE CIRUGÍA DEL URUGUAY

gestiva, (hematemesis y melenas) y muerte. La autopsia mostró como única lesión la existencia de múltiples exulceraciones gástricas.

16) Paciente de 50 años portador de un quiste hidático de pulmón derecho y una importante insuficiencia respiratoria. Se operó extrayendo el quiste. En el postoperatorio inmediato sufre importantes trastornos respiratorios y se le practica una traqueotomía, 11 días después de operado fallece después de tener una hemorragia digestiva.

En la Necropsia se encuentran dos úlceras agudas duodenales sangrantes.

17) Paciente de 38 años al cual se le practica una hemicolectomía derecha por cáncer de colon, a los 5 días de operado hace una hemorragia digestiva masiva y fallece. La autopsia demuestra que fue causada por una úlcera crónica de pequeña curva gástrica.

18) 57 años, portador de una arteriopatía obstructiva ilíaca y poplítea derecha. Se practica un by-pass(largo aortofémoro-poplíteo, saltando las dos zonas de obstrucción con tubo de dacrón. Hace complicaciones pulmonares, eviscerándose dos veces; se infectan las heridas operatorias después de las reintervenciones de cierre.

Por esa razón 25 días después de la intervención inicial hace una hemorragia por falla de sutura en la anastomosis látero-lateral, injerto-femoral; se hace cierre del injerto y ligadura de femoral. Oliguria, complicaciones pulmonares, fallece después de tener una hemorragia digestiva.

Destacamos que en el post-operatorio inicial fue tratado con anticoagulantes.

19) 64 años, portador de un neoplasma recto sigmoideo. Se operó en dos tiempos practicando primero un anoilíaco definitivo y después una amputación abdómino-perineal.

El post-operatorio cursó como es habitual, pero 20 días después hizo una importante melena y hematemesis. Se hace sangre y coagulantes y se opera encontrando varias exulceraciones sangrantes en la pequeña curva. Se practica una gastrectomía subtotal, se recupera pero repite la hemorragia falleciendo 5 días después; hizo antes de morir una hematuria.

20) 76 años, litiasis vesicular y coledociana. Se le hace una colestectomía y coledocotomía. 10 días después se eviscera y es reintervenido. 8 días más tarde hematemesis y melenas que duran varios días y mejoran con tratamiento médico. Pero se vuelven a repetir, falleciendo. No se hizo autopsia.

21) Traumatizado grave de 15 años que ingresa al Hospital por fractura de pelvis con ruptura de intestino, vejiga y uretra. Se operó de urgencia cateterizando la última y suturando el intestino. Se eviscera y es reoperado, volviendo a eviscerarse y constituyéndose una fístula ileal. Hizo infinidad de complicaciones metabólicas además de una infección

intestinal a monilias y una hepatitis grave. Falleció con una importante hemorragia digestiva por la fistula. En la autopsia se encontraron múltiples úlceras agudas de estómago.

Este último grupo de enfermos son casi todos pacientes graves cursando postoperatorios complejos cuyo desenlace es una hemorragia por úlceras.

22) Enfermo de 64 años de edad con una ictericia obstructiva. Se opera encontrando una litiasis vesicular y coledociana y un neoplasma del bacinete vegetante en la luz. Se trata de un paciente cuyo conducto cístico desemboca muy bajo en la ampolla, prácticamente no tiene colédoco y el hepático es fino, sin cálculos.

Se practica colecistectomía, duodenopapilotomía, extrayendo el cálculo obstrucción causante de la ictericia, se deja un tubo en el cístico que llega al duodeno por el cual sangra en el post-operatorio inmediato. Se recupera y dá de alta.

10 meses después reingresa con una recidiva neoplásica en la incisión operatoria y una obstrucción duodenal por ganglios del mismo carácter.

Se practica la exérésis del tumor parietal y una gastroenterostomía de derivación.

Al hacer esta última se encuentra una úlcera callosa de cara posterior de antro adherente al páncreas que había pasado desapercibida. Es posible que fuera la causante de la hemorragia en la 1ra. intervención.

Las historias que siguen corresponden a 3 pacientes que hicieron hemorragias digestivas postoperatorias no provocadas por úlceras.

23) Antigua flebítica de 53 años a la que se la practica una colecistectomía, coledocotomía y duodenopapilotomía por litiasis vesicular y coledociana. En el postoperatorio inmediato empuje de flebitis, que se trata con Tromexan.

En esas condiciones hace una hematemesis masiva que no se repite luego del tratamiento médico. Un año y medio después ingresa por un cuadro febril prolongado con Hígado doloroso sin ictericia. Se opera encontrando una trombosis portal con Hipertensión de 34 cmts. Diagnóstico que se confirma por esplenoportografía.

Como no ha vuelto a sangrar no se hace derivación porto-cava, lleva desde entonces, 1 año.

Posiblemente la obstrucción portal existía cuando se operó por primera vez y determinó la hemorragia (en ningún estudio radiológico se encontraron lesiones gástricas).

BOLETÍN DE LA SOCIEDAD DE CIRUGÍA DEL URUGUAY

24) Sexo femenino, 62 años. hace un paro cardíaco en la inducción anestésica antes de empezar la operación de su hernia diafragmática. Se hace toracotomía, masaje cardíaco y traqueotomía. Queda varios días en coma del cual sale finalmente. Al mes hace un absceso de pulmón que se trata con un drenaje a la Monaldi. 20 días después hematemesis y melenas que curan con tratamiento médico. No ha sido operada después. La hemorragia es posible que fuera causada por su hernia diafragmática no tratada.

25) 72 años, colitis ulcerosa. Se opera practicando una colectomía total con ileostomía. En el postoperatorio hace una flebitis de miembros inferiores que se trata con Tromexan. Dos días después melenas importantes y discreta hematuria. Se trata con anticoagulantes cesando la Hemorragia que no se repite.

RESEÑA BIBLIOGRAFICA

BILLROTH (3) en 1867 refirió el primer caso de hemorragia de este tipo después de una tiroidectomía por Bocio Retroesternal. En la autopsia del enfermo se encontraron 4 úlceras agudas de duodeno. VON EISELBERG (36) en 1899 publica 8 casos, 5 de los cuales con muerte de los pacientes y comprobación necrósica. SCHWALBACH (35) cita en 1906, 9 casos de Hemorragias después de apendicectomías. BERARD y VIGNARD (3) analizan el tema en su libro (1914). En 1932 CUSHING describe la úlcera que llevará su nombre.

Desde entonces se suceden numerosas publicaciones sobre el tema *.

Para dar una idea de frecuencia citaremos estadísticas. HERBUT (16) en 1750, autopsias no clasificadas, encontró 5 casos post-operatorios de úlcera sangrante, MAC DONNELL (24) en 243 neopsias de muertes ocurridas dentro de los dos meses de operaciones diversas encontró 8 ejemplos de úlcera péptica aguda (3,24 %) la cual es una cifra bastante importante.

MEARS en 1.000 autopsias encontró 32 casos con úlceras o erosiones gastroduodenales (3.2 %) apareciendo como enfermedad asociada.

FLETCHER y HARKINS (10) encontraron solo 1 % de úlceras agudas en 4.102 autopsias indiscriminadas.

(*) En nuestra tesis (2*) hemos estudiado con más detalle este capítulo y el siguiente.

ETIOPATOGENIA

Solamente diremos aquí que la relación causa efecto del "stress" al empuje ulceroso no es discutida (28), lo que plantea controversias es el mecanismo determinante.

El clásico esquema de SELYE (14) en el que los corticoides provocarían la hipersecreción gástrica no es aceptado por todos.



Fig. 1. — Corresponde al estómago del paciente N° 7. Se ve una úlcera duodenal perforada a través de la cual pasa la pinza.

Así DRAGSTEDT (8), DRYE (9) y otros niegan este mecanismo y afirman que la causa es la no amortiguación de la acidez gástrica a nivel de la mucosa.

Recientemente algunos autores insisten en la importancia de la estasis venosa esplácnica como determinante del fenómeno. Según HULTEN (17) existiría una Hipertensión portal pasajera causante de la misma. Estas teorías son transcriptas y consideradas con énfasis por autores como RISHOLM (32) y RAINS (31) a los cuales remitimos al lector.

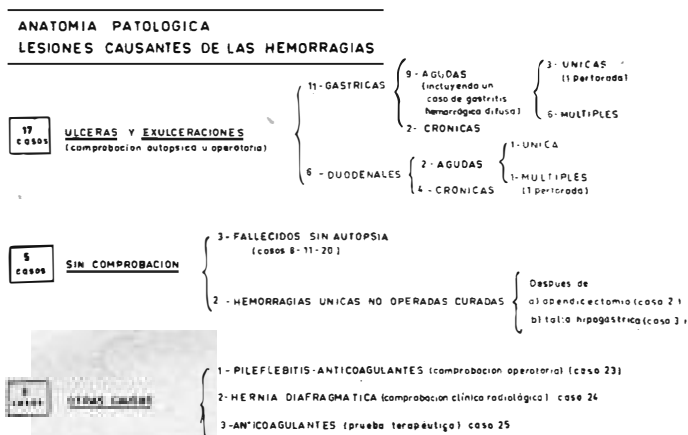
ANATOMIA PATOLOGICA

En el cuadro 1 vemos que en los pacientes en que se pudieron estudiar las lesiones existían úlceras agudas en 11 casos y crónicas en 6. Siendo más frecuentes las primeras en el estómago y las segundas en el duodeno. Se aprecia también que se en-

cuentran más a menudo las úlceras agudas múltiples que solitarias.

Destacamos también la posibilidad de perforación (casos 6 y 7) de este tipo de úlceras. Es decir, que pueden destruir la capa muscular igual que las crónicas.

La diferencia anatomopatológica esencial entre ambos tipos evolutivos es la ausencia de reacción inflamatoria o tejido de re-



Cuadro 1. → Se aprecia la mayor frecuencia de úlceras agudas, gástricas y duodenales. En general son múltiples.

paración en los bordes de las ulceraciones agudas (39). Macroscópicamente en los casos perforados, parece que se hubiera recordado el orificio con una tijera. Es decir, que el "stress" operatorio puede actuar provocando la aparición de úlceras agudas en una mucosa sana o activando a viejos nichos callosos.

Queremos recordar también el parentesco de las exulceraciones con las lesiones de enteritis necrosante postoperatoria (1) y con el síndrome de Mallory-Weiss (34) (úlceras lineales yuxtacardiales).

LA OPERACION PREVIA

Aparentemente no todas las intervenciones provocan úlceras de "stress" con la misma frecuencia.

No hemos citado casos de úlceras o empujes ulcerosos des-

pues de cirugía gástrica, pero esta puede actuar como "stress" aunque las manifestaciones se vean en el mismo estómago. Así LANE ROBERTS (18) cita un caso de úlceras agudas en el muñón gástrico después de una gastrectomía por cáncer.

Existen varias situaciones en el postoperatorio de esta cirugía en las que el estómago vuelve a sangrar y hemos visto casos clínicos de todas ellas. Estas son:

a) después de la gastroenterostomía por ulcus en la que se deja el órgano. Recordamos el caso de un paciente que san-

TIPO DE OPERACION REALIZADA PREVIAMENTE A LA HEMORRAGIA	
ABDOMINALES	
PROSTATECTOMIA POR ADEOMA	1
TALLA HIPOGASTRICA EN PROSTATICO	1
RESECCION TUMORES INTESTINO (Recto y Colon)	1
COLECTOMIA POR COLITIS ULCEROSA	1
COLECISTECTOMIA, COLEDOCOTOMIA Y DUODENOPAPILOMIA	1
COLECISTECTOMIA COLEDOCOTOMIA	1
PLASTIA HERNIA INGUINAL GIGANTE	1
APENDICECTOMIA	1
RUPTURA DE BAZO	1
FISTULA ILEAL EN OPERADO DE RUPTURA TRAUMATICA DE VEJIGA	1
	<u>17</u>
TORACICAS	
SUTURA HERIDA CORAZON	1
EXTIRPACION QUISTE HIDATICO PULMON	1
DRENAJE ABSCESO PULMON	1
	<u>3</u>
ARTERIALES	
INJERTOS VASCULARES	1
SIMPATICECTOMIA LUMBAR	1
	<u>2</u>
NEUROQUIRURGICAS	
POR RUPTURA ANEURISMA INTRACRANEANO	1
POR TRAUMATISMO CRANEANO	1
	<u>2</u>
	<u>25</u>

Cuadro 2. — Casi todas las hemorragias se han producido después de operaciones abdominales sobre todo prostatectomías.

gró durante varios días después de operado, cesando sus hemorragias cuando empezó a funcionar la derivación.

c) en la exclusión de úlcera duodenal, no extirpada en la gastrectomía, sobre todo si esta es intra-hemorrágica.

d) Después de gastrectomía empírica por exulceraciones en la que sangra el muñón. Hemos visto un caso en que aparecieron varias úlceras agudas (algunas perforadas) en el muñón gástrico determinando la muerte del sujeto.

e) Cuando se explora un estómago sangrante y no se practican ligaduras ni resección.

f) Cuando se hacen ligaduras arteriales solamente y vuelve a sangrar.

Desde luego que en casi todos estos casos hay una causa local de repetición de la hemorragia sobre la que se debe actuar, pero no sabemos cuanto pesa el "stress" operatorio como elemento coadyuvante.

Las situaciones d y e se plantearon en los enfermos 19 y 10 respectivamente de nuestra casuística.

Si observamos el cuadro 2 vemos la frecuencia de estas hemorragias después de prostatectomías: 6 casos en 23, un porcentaje de 27%. Esto coincide con las estadísticas de otros autores como RISHOLM ⁽³²⁾ y RAINS ⁽³¹⁾.

El hecho fue señalado por WHINSBURY-WHITE ⁽³⁸⁾ y MORSON ⁽²⁷⁾. La explicación está para RISHOLM relacionada con trastornos reflejos urodigestivos. O tal vez con trastornos de crisis sanguínea del tipo de la Fibrinólisis ⁽²⁰⁾ como parece sugerirlo el hecho de que las fibrinolisininas se liberan en mayor cantidad después de la prostatectomía según señala LEGER ⁽²¹⁾.

Recordamos también la posibilidad de un trastorno de crisis en este tipo de hemorragias sobre todo si sabemos que el shock y la anoxia son causantes de liberación de enzimas fibrinolíticas.

Tampoco olvidemos que en la repetición de las Hemorragias digestivas juegan un papel importante las transfusiones profusas con sangre conservada citratada y sin plaquetas.

DIAGNOSTICO.

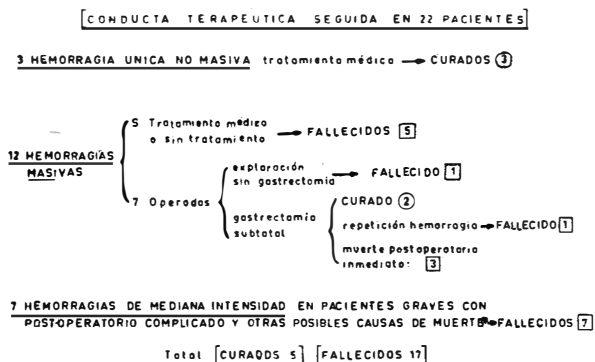
Iniciada una hemorragia digestiva debemos en primer término descartar una posible alteración de la coagulación por los factores que señalábamos antes si los enfermos han sido transfundidos. A veces se suma una terapéutica anticoagulante para combatir una flebitis postoperatoria (casos 10, 23, 25) o para evitar una trombosis arterial (caso 18). La presencia de hemorragias en otras mucosas nos hará sospechar de un trastorno de coagulación como en el caso 25, en que todo entró en orden con el tratamiento correcto. Superada esta etapa debemos recordar la medicación hormonal suprarenal que puede actuar sobre la mucosa gástrica (casos 7 y 13) aunque no es seguro que cause por sí sola las lesiones.

Pueden existir causas poco comunes de hemorragias digestivas como la hipertensión portal (caso 23) o hernia diafragmática sangrante (caso 24).

Pero debemos pensar en la existencia de úlceras gastroduodenales haya o no antecedentes y con más razón si las hay (casos 3 y 5). El diagnóstico radiológico nos indicará las úlceras crónicas pero *no* debemos esperar ver las agudas, como en el paciente 14, porque ello es excepcional.

TRATAMIENTO.

Es el de todas las hemorragias digestivas pero con enfermos más complicados y más graves, es decir, que se debe preci-



Cuadro 3. — Se aprecian los resultados negativos del tratamiento médico en las hemorragias masivas.

sar exactamente el momento de la indicación operatoria, pues cualquier demora puede ser fatal.

Vimos en nuestra estadística (cuadro 3) que los 5 enfermos con hemorragias masivas no operados fallecieron todos. De los 7 intervenidos, 2 curaron y de los restantes podría haber sobrevivido alguno más si se hubieran operado antes.

Están de acuerdo con esto las estadísticas de varios autores (16, 23, 32, 18, 13, 31, 12, 24, 30, 15, 22, 4 y 26) que reproducimos (cuadro 4).

No hemos incluido las de SALASIN (33), CABIESES (16) y GILBERT (11) por tratarse de cirugía pediátrica y neurológica aunque con buenos resultados terapéuticos.

En resumen, creemos —siguiendo los preceptos estableci-

BOLETÍN DE LA SOCIEDAD DE CIRUGÍA DEL URUGUAY

dos— en esta cirugía (10) que el tratamiento de las hemorragias graves debe ser la intervención precoz. No olvidemos tampoco la presencia de perforaciones en peritoneo libre en dos de nuestros 23 casos.

Recordemos también que si la hemorragia se repite después

REVISION BIBLIOGRAFICA

	nº de enfermos	CURADOS		FALLECIDOS
		gastrectomia	trat.medico	
HERBUT* 1945	5	—	—	5
MASON 1949	4	1	1	2
LILLEHEI 1952	8	2	3	5
RISHOLM 1953	3	—	1	2
Mc DONNELL* 1953	8	—	—	8
LANE ROBERTS 1954	5	1	1	3
FLETCHER* 1954	5	—	—	5
GOLFARB 1956	6	5	1	1(operado)
RAINS 1957	15	3	4	8(1operada)
BERKOWITZ 1957	7	1	2	4
GRIFFIN 1957	5	2 (total)	1	2
GILCHRIST 1958	8	3	—	5(2operados)
MOUVAS 1960	4	—	1	3
— 1961	22	2	3	18(3operados)

Cuadro 4. — En esta revisión bibliográfica se aprecian los resultados obtenidos con el tratamiento quirúrgico. Las estadísticas señaladas de Herbut, Mc Donnell, y Fletcher han sido realizadas con autopsias.

de una gastrectomía empírica queda el recurso de una regastrectomía como en un enfermo curado que cita GRIFFIN (15) en su estadística.

S U M A R I O

- 1) Se revisa una estadística de 25 hemorragias digestivas post-operatorias.
- 2) Se destaca la importancia del “stress” operatorio como factor causal de úlceras gastroduodenales.
- 3) Se hacen consideraciones sobre la frecuencia de estas hemorragias después de la prostatectomía.
- 4) Se analizan algunos datos que se deducen de la estadística.

B I B L I O G R A F I A

- 1) ABO J. C.; PRADERI R.; MENDOZA D.; OLMEDO J. — Enteritis Necrosante Aguda Post-Operatoria - Tratamiento Quirúrgico - Curación. Bol. Soc. Cir. Urug. 29: 342 - 1958.
- 2) ARDAO H. — Las Reintervenciones Diagnósticas. Bol. Soc. Cir. Urug. 30: 237 - 1959.
- 3) BERARD L.; VIGNARD P. — L'Appendicite. Masson - París - 1914.

BOLETÍN DE LA SOCIEDAD DE CIRUGÍA DEL URUGUAY

- 4) BERKOWITZ D.; WAGNER B.; URICCHIO J. — Acute Peptic Ulceration Following Cardiac Surgery. *Ann. Int. Med.* 46: 1015 - 1957.
- 5) BILROTH T. — Citado por Mc DONNELL (24).
- 6) CABIESES F.; GARRIDO G. — Acute Gastrointestinal Hemorrhage in Neuro-surgical Patients. *Gastroenterology* 29: 300 - 1955.
- 7) CARRERAS I. — Hemorragia Grave en un Ulceroso Duodenal después de Simpaticectomía. *Bol. Soc. Cir. Urug.* 22: 409 - 1951.
- 8) DRAGSTEDT L.; RAGINS H.; DRAGSTED T. L. II; EVANS S. — Stress and Duodenal Ulcer. *Ann. Surg.* 144: 450 - 1950.
- 9) DRYE J.; SCHOEN A. — Estudios acerca del Mecanismo de la Activación de las Ulceras Pépticas después de Traumatismos no Específicos. *Anales de Cirugía* 3: 563 - 1958.
- 10) FLETCHER D.; HARKINS H. — Acute Peptic Ulcer As a Complication of Mayor Surgery, Stress or Trauma. *Surgery* 36: 212 - 1954.
- 11) GILBERT J.; MARROW A. — Gastrointestinal Bleeding After Cardiovascular Operations in Children. *Surgery* 47: 685 - 1960.
- 12) GILCHRIST R.; DE PEYSTER F. — Tratamiento Quirúrgico de las Hemorragias Pépticas Masivas Post-Operatorias. *Anales de Cirugía* 3: 573 - 1958.
- 13) GOLDFARB I.; SALTZSTEIN H. — Massive Hemorrhage From Peptic Ulcer Following operation or Trauma. *Gastroenterology* 31: 527 - 1956.
- 14) GRAY S.; RAMSEY C.; VILLAREAL R.; KRAKAVER L. — Adrenal influences Upon The Stomach And The Gastric Response To Stress. *Fifth Annual Report On Stress - 1955-56.* MD. Publications New York.
- 15) GRIFFIN B.; LAWSON R.; MOORE L. — "Stress" Ulcerations in the Gastro Intestinal Tract. *Gastroenterology* 32: 404 - 1957.
- 16) HERBUT P. — Acute Peptic Ulcers Following Distant Operations. *S. G. O.* 80: 410 - 1945.
- 17) HULTEN O. — Levers och Dess Blodcirkulation Vid Akuta Kirurgiska Stukdonstill tand. *Nord. Med.* 52: 1326 - 1954.
- 18) LANE ROBERTS P. — Danger of Peptic Ulceration. Survey of Eight Cases Complicating Surgery and Trauma. *Brit. M. J.* 1º 1295 - 1954.
- 19) LARGHERO P.; ASTIAZARAN M. — Plasminemia; Fibrinolisis en Cirugía Abdominal y Torácica. A propósito de una Observación Personal. Presentado Soc. Cir. Urug. 3/9/58.
- 20) LARGHERO P. — Hemorragias Graves del Tracto Digestivo Superior. *Suplemento de An. Fac. Med. Mont.* - 1960.
- 21) LEGER L.; LANDE M.; VERGOZ D. — Fibrindlyse Au Cours de la Chirurgie Des Cirroses. *Jour. Chir.* 80: 154 - 1960.
- 22) LILLEHEI C. — Citado por GILCHRIST (25).

BOLETÍN DE LA SOCIEDAD DE CIRUGÍA DEL URUGUAY

- 23) MASON S.; POLLARD H. — Peptic Ulcer Following Splachnicectomy S. G. O. 89: 271 - 1949.
- 24) MAC DONNELL W.; MAC CLOSKEY J. — Acute peptic Ulcers. As a Complication Of Surgery. Ann. Surg. 137: 67 - 1953.
- 25) MEARS F. — Autopsy Survey of Peptic Ulcer Associated With Other Disease. Surgery 34: 640 - 1953.
- 26) MOUYAS A.; PAPAGEORGIDV K. — Acute Post-Operative Ulcers of the Gastrointestinal Tract. — Nosokemeiaka Chron. 22: 320 - 1960. Int. Abstr. Surg. 111: 448 - 1960.
- 27) MORSON C. — Citado por RAINS (31).
- 28) PASCUALINI R. — Stress. El Ateneo - Bs. As. - 1952.
- 29) PRADERI R. — Hemorragias Gastroduodenales Agudas en el Post Operatorio de Intervenciones en otras Regiones. Tesis premiada con la Beca Albo - 1959.
- 30) PRADERI R. — Hemorragias Gastroduodenales después de Traumatismos - (Accidental, Psíquico u Operatorio) Fuera del Estómago. Curso Grad. Afec. Gastroduodenales Clin. Quir. "A" Prof. A. Chifflet - 23/6/1959.
- 31) RAINS A.; DAWSON EDWARDS P.; BROOKES U. — Acute Gastroduodenal Episode Following Operation For Another Condition. Brit. J. Surg. 45: 72 - 1957.
- 32) RISHOLM L. — Acute Upper Alimentary Tract Ulceration And Hemorrhage Following Surgery Or Traumatic Lesions. Acta Chir. Scand. 110: 276 - 1955.
- 33) SALASIN R.; BOWERS W. — Hemorrhage From Stress Ulcer Treated By Resection. Surgery 34: 821 - 1953.
- 34) SHUTTLE WORTH K.; HUTT M. — Mallory - Weiss Syndrome. Brit. J. Surg. 46: 1 - 1958.
- 35) SCHWALBACH. — Citado por BERARD (3).
- 36) VON EISELBERG. — Citado por MC DONNELL (24).
- 37) WHINSBURY - WHITE. — Citado por RISHOLM (32).
- 38) WOLDMAN E. — Acute Ulcers of Upper Gastro Intestinal Tract. J. A. M. A. 149: 984 - 1952.

Dr. Muzio S. Marella. — La presentación hecha por el Dr. Praderi tiene mucho interés. Este radica en que esa complicación aunque no es frecuente, se presenta a veces y cuando ocurre es una situación muy grave.

Son enfermos que en el post operatorio inmediato, hacen una hemorragia digestiva. Esa hemorragia agrava mucho su situación. La intervención muchas veces no ha sido en el tubo digestivo.

Los problemas que se plantean son de diagnóstico y de resolución terapéutica. En cuanto al primero; pensar en la posibilidad de una úl-

BOLETÍN DE LA SOCIEDAD DE CIRUGÍA DEL URUGUAY

cera gastro-duodenal sangrante y si es posible hacer el estudio radiológico de urgencia, con las precauciones de todo estudio de este tipo hecho en una hemorragia gastro duodenal. La radiología puede aclarar el problema diagnóstico y la conducta terapéutica se revela sola. Pero si este examen no se puede hacer por distintos motivos o él no es concluyente, la laparotomía exploradora debe realizarse. Es la única posibilidad que se le puede brindar en una hemorragia digestiva grave, encontrar la lesión y tratarla. Si el paciente está muy grave, reintervenirlo con anestesia local.

Voy a relatar un caso de la clínica del Prof. del Campo. En un paciente operado por el Dr. Karlen de un quiste hidático de hígado abierto en vías biliares, hizo en el post operatorio una grave hemorragia digestiva. Fue reintenido por el mismo cirujano con anestesia local, encontrando una úlcera duodenal sangrante. Le hizo una gastrectomía y evolucionó favorablemente.

Este caso corrobora los datos de la estadística presentada por el Dr. Praderi. La única posibilidad de salvar estos enfermos es reintervenirlos.

Por último quisiera hacer una pequeña incursión en el terreno patogénico tratado por el exponente. La teoría de SELYE hoy bastante discutida, no explica de modo aceptable este tipo de complicaciones. Sin embargo según la concepción córtico-visceral de Bykov a estas complicaciones les cabría un ensayo de explicación patogénica. Son pacientes que tienen una labilidad en su territorio gastro-duodenal o digestivo a predisposición ulcerosa. La intervención quirúrgica con su conjunto de factores de sufrimiento físico y psíquico actúan irritando la corteza cerebral.

Esta actúa a su vez sobre el territorio visceral lábil de ese paciente, provocando un proceso exudativo, hemorrágico de la mucosa gastro-duodenal. La consecuencia terapéutica profiláctica de acuerdo a esta concepción, es la necesidad de sedar en el pre operatorio y calmar y sedar en el post operatorio.

Dr. Valls. — Yo deseo felicitar al Dr. Praderi por su trabajo, y voy a referirme a él, porque el año pasado hice una presentación de un tema que él refirió en su comunicación —a la enteritis necrotizante— con ese motivo estudié el mecanismo de acción, el mecanismo fisiopatológico de la circulación de la mucosa gastrointestinal, que es un mecanismo particular de funcionamiento, que está separado del punto de vista funcional de la circulación de la submucosa y de la musculatura. Los vasos, las arterias intestinales, al llegar a la muscular mucosa emiten anastomosis arteriovenosas y en condiciones de shock o de "stress" esas anastomosis se abren y resulta que la mucosa queda librada, ve suprimida su circulación arterial y se pueden producir lesiones de tipo necrótico que mar-

chan a la ulceración a nivel de la mucosa. Ese es uno de los mecanismos que he encontrado descrito por autores americanos. Además, está que esa circulación de tipo mucoso está influenciada por el sistema de los córticoesteroides que se refirió cuando habló de las opiniones de Selye sobre la producción de úlceras a nivel de la mucosa gastrointestinal. Lo que llama la atención es que estas lesiones se produzcan sólo a nivel del gastroduodeno, posiblemente en muchos casos, si uno explorara más, encontraría lesiones a lo largo de todo el tracto digestivo. Puede ser que se localicen ahí también más a menudo, porque existe sobre la necrosis agregado la acción del jugo gástrico, la ulceración péptica.

Dr. Rubio. — Uno de los casos a que el Dr. Praderi se refirió, es precisamente un caso que yo operé. Es el enfermo operado de quiste hidático del pulmón. Un paciente de 50 años, con un gran emfisema pulmonar, tenía máxima capacidad respiratoria de 40% y se sometió al acto quirúrgico, que fue muy sencillo; pero a las 48 horas de la operación se observó que había una pérdida importante de aire a través del tubo de drenaje. Lo pusimos en aspiración continua, pero al día siguiente ya estaba con un enfisema importante, subcutáneo y con una insuficiencia respiratoria aguda de gran importancia, que se fue agravando. Así fue que al 4° o 5° día de la operación no hubo más remedio que hacerle una traqueotomía. Con la traqueotomía el enfermo mejoró, mejoró desde el punto de vista de la cianosis y del cuadro respiratorio agudo, pero cuando pensábamos que todo iba a entrar en caja, a eso del 10° día de la operación, el enfermo bruscamente se agrava y presenta melenas de importancia. Nosotros lo tranfundimos, le hicimos tratamiento médico, no nos atrevimos a operarlo. Pasó 3 días aparentemente mejor y al 3er. día bruscamente también produce una gran melena y fallece. En la necropsia lo que se encontró fue, por un lado, la causa de la complicación respiratoria, había una vesícula de enfisema vecina a la zona del quiste que presentaba una rotura importante de un diámetro de unos 2 cms. y desde el punto de vista abdominal se encontró que la 1ª y la 2ª porción del duodeno estaban llenas de úlceras agudas, una de las cuales tenía una gruesa perforación. Vale decir que nosotros, que al principio tuvimos dudas de no haberlo operado, sobre todo la primera vez que sangró, después viendo la necropsia, nos preguntábamos aún mismo si lo hubiéramos operado al enfermo, que es lo que yo creo se debía haber hecho, qué conducta hubiéramos tomado en el acto quirúrgico, porque las ulceraciones agudas esas tomaban prácticamente toda la 1ª y la 2ª porción del duodeno. Yo pensaba cómo hubiéramos podido resolver ese problema nosotros en ese momento. Quiero felicitar entonces al Dr. Praderi, porque me parece que la comunicación ha sido de gran interés.

Dr. Praderi. — Agradezco todos los comentarios hechos por los colegas asistentes, y quiero referirme solamente a dos cosas: Que el pro-

blema de la fisiopatología de la úlcera, no lo he tratado a propósito en esta comunicación. Lo hemos estudiado con más extensión en nuestra tesis. Anualmente hay publicaciones de centenares de páginas, referentes a ese tema y al "stress". Conocemos los trabajos que hablan de las derivaciones arteriovenosas en la pared del tubo digestivo y sabemos también que las teorías de SELYE no son hoy muy aceptadas, pero hemos preferido no insistir en estos aspectos porque el tiempo no lo permitía. La principal finalidad de nuestra comunicación aquí es juntar todas esas observaciones dispersas, de distintos cirujanos, porque como no es frecuente, —probablemente nos veremos una o dos veces cada uno frente a situaciones así—, nos interesa sacar una conclusión, que es lo que se ve en el último diapositivo proyectado. De todos los casos presentados, salvo dos pequeñas hemorragias post operatorias que cesaron y no se repitieron, todos los otros enfermos murieron, excepto los dos que se operaron. Por graves que sean los enfermos que hacen hemorragias de este tipo, por compleja que sea, la operación por post operatorio complicado que vengan haciendo, con problemas metabólicos, urinarios, etc., etc.; cuando un enfermo empieza a sangrar por una úlcera aguda de "stress", sigue sangrando. Esa es la conclusión que hemos sacado. Repuntará, mejorará, con tratamiento médico, pasará unos días bien, pero vuelve a sangrar, y el cirujano se va a tener que ver abocado a una gastrectomía intra-hemorrágica con un enfermo en mucho peores condiciones. La conclusión que sacamos de esta estadística; es que, por graves que sean los enfermos, con hemorragias en napa o no, hay que operarlos de cualquier manera.