

Clínica Quirúrgica de la Facultad de Medicina. — Jefe: Prof. A. Chifflet.

HEMATEMESIS Y MELENAS POR ULCERACION DUODENAL DEBIDA A UN NEOPLASMA DE PANCREAS

A propósito de dos observaciones

Dres. A. L. Fossati e I. Carreras
Jefes de Clínica de la Facultad de Medicina

Las hematemesis y melenas por procesos pancreáticos de naturaleza maligna, ulcerando la mucosa duodenal, son extraordinariamente raros. Hemos visto una amplísima bibliografía que comprende la casi totalidad de los artículos de las escuelas francesas y americanas, de los últimos años. En total nuestras búsquedas abarcan desde el año 1901 al 1945, y comprenden en total más de 7000 publicaciones. Este ha sido el motivo que nos ha llevado a traer a consideración de los distinguidos consocios, las dos observaciones que a continuación detallamos.

1ª OBS. — T. C. (archivo personal N° 493), 47 años. Procedente del Dpto. de Lavalleja.

Ingresa por dolores abdominales, vómitos y hematemesis. Su enfermedad comienza hace un año con dolores post-prandiales localizados en el epigastrio con sensación de pesantez no muy intensos y sin irradiaciones. Ardor y acidez le aparecían, a la hora de ingerir los alimentos. No tiene vómitos. Calma sus sufrimientos fácilmente con la ingestión de cualquier tizana. Otras veces encontraba alivio en el reposo. Pasaba luego varios días bien, hasta que aparecían de nuevo sus sufrimientos; generalmente la causa desencadenante era un trabajo pesado.

No hay una relación franca entre sus molestias y la alimentación, manifestando el enfermo que fuera de las crisis dolorosas podía comer a cualquier hora y cualquier alimento sin notar el más mínimo trastorno.

Desde hace cuatro meses tiene frecuentes regurgitaciones de aire que a veces se acompañan de un líquido blanco y muy ácido, cuya expulsión le produce gran alivio.

Diez y ocho días antes de su ingreso, a las tres horas de haber cenado siente intensos dolores epigástricos con irradiaciones a todo el vientre y a los hombros, que se fué aliviando poco a poco, hasta que a los once días

encontrándose bastante aliviado decide venir a consultarme. Este último cuadro doloroso se acompañó de vómitos ácidos y sangre negra. Los vómitos empezaron aproximadamente a los 20 minutos del dolor y se prolongaron por espacio de 8 horas. Tuvo además intenso sudor, temperatura alta con unos pocos chuchos de frío. Los vómitos ácidos continuaron durante los once días siguientes al episodio, con una frecuencia de 3 a 4 veces en el día. El enfermo es concluyente que cuanto más ácido era su vómito, mayor era el alivio. Nota en último término distensión abdominal, por lo que no puede llevar nada ajustado desde hace cuatro meses. Adelgazó durante el año de su enfermedad, 8 kilos.

Día del enfermo. — Se levanta a las cuatro de la mañana, en perfectas condiciones. A las 8 toma desayuno (leche y carne). Permanece bien toda la mañana. Almuerzo completo a la hora 12. Comienza su sufrimiento a la media hora y dura de 2 a 3 horas. Pasa luego bien el resto de la tarde. Cena a las 9 de la noche y vuelve a aparecer su sufrimiento a la media hora, con los mismos caracteres que después del almuerzo. Se alivia espontáneamente antes de dormirse.

Antecedentes personales. Gripe y reumatismo, principalmente en ambas rodillas.

Antecedentes familiares. — Sin importancia.

Examen. — Buen estado general. Piel y mucosas bien coloreadas. Lengua húmeda y limpia.

Pulso 80, regular, tenso.

Abdomen. — A la inspección, sin particularidades.

Ampliamente móvil a la respiración. A la palpación ligerísima resistencia en la parte derecha de epigastrio y discreto dolor a ese nivel.

Corazón. — Sin particularidades.

Pulmones y tórax. — Sin particularidades.

Resto del examen. — Sin particularidades.

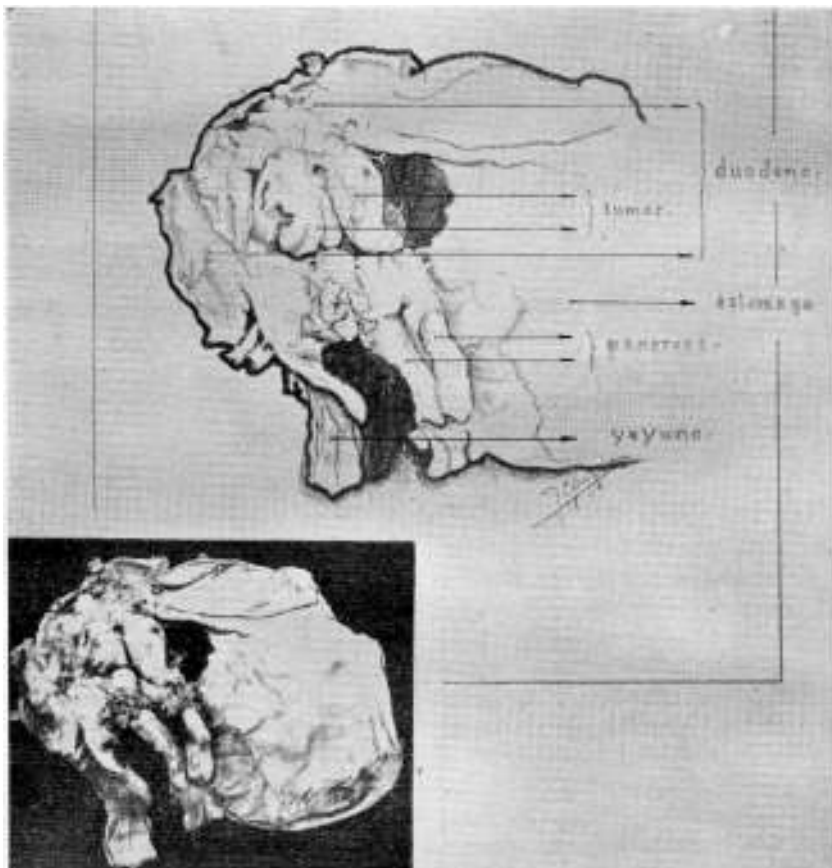
Datos de laboratorio. — Sangre: Glóbulos rojos, 5.200.000; Hemoglobina, 100 %; Valor globular, 0.95; Glóbulos blancos, 8.000; Neutrófilos segmentados, 84 %; Eosinófilos, 3 %; Monocitos, 3 %; Linfocitos, 10 %; Serie roja, sin particularidades.

Líquido gástrico: Retención: Tubo 1, 4cc.5; Tubo 2, 77cc.; Tubo 3, 85cc.; Tubo 4, 80cc. Acidez libre: Tubo 1, 1.00; Tubo 2, 2.80; Tubo 3, 3.50; Tubo 4, 4.40. Acidez orgánica: Tubo 1, 0.50; Tubo 2, 0.60; Tubo 3, 0.30; Tubo 4, 0.60. Acidez clororgánica: Tubo 1, 0.30; Tubo 2, 0.50; Tubo 3, 0.20; Tubo 4, 0.30. Acidez total: Tubo 1, 2 gr.; Tubo 2, 3.90; Tubo 3, 4.20; Tubo 4, 5.25.

Estudio radiográfico de gastro duodeno. — Estómago con pequeña cantidad de líquido residual, fondo dilatado y lentitud de evacuación.

Bulbo duodenal estrechado y deformado. Posible lesión a ese nivel. Ingresado el enfermo se instituye un tratamiento severo a base de alcalinos, anti-espasmódicos y régimen de comidas. Todo mejora rápidamente por lo que el enfermo es enviado a su domicilio para continuar en él, su régimen. Se le aconseja volver, si todo marcha bien a los tres meses. Se retira a su domicilio el 26 de mayo de 1944. A los tres meses, en agosto, reingresa de urgencia

por intensos dolores epigástricos y vómitos. Dice haber cumplido estrictamente el tratamiento instituído y pasó bien hasta hace 8 días en que estando en su trabajo (leñador), tuvo sed muy intensa. Tomó abundante cantidad de agua. Por la noche, vómitos muy abundantes, eran claros y con pocas partículas alimenticias y se acompañaban de intensos dolores en epigastrio y muy frecuentes chuchos de frío. Desde ese día hasta su ingreso, se alimentó



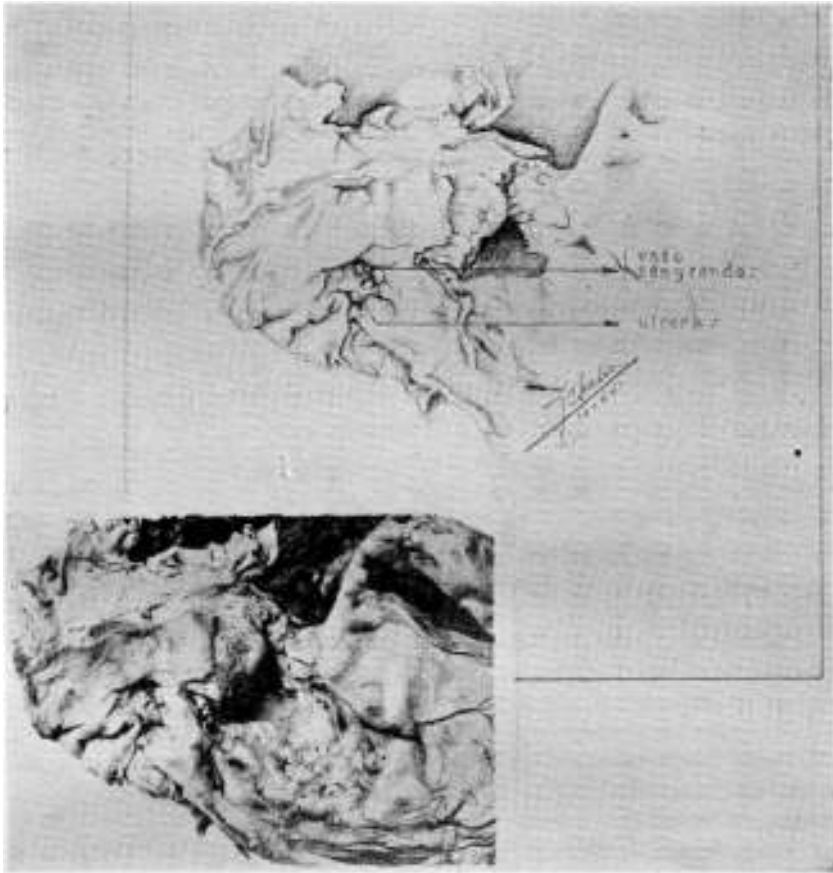
exclusivamente de leche, papas y algún churrasco. Los alimentos le provocaban ardor intenso en epigastrio. Generalmente por la noche recrudecía el dolor y los vómitos.

* *Examen.* — Piel y mucosas bien coloreadas. Lengua húmeda y saburral. Pulso regular y tenso, 70 por minuto. Presión máx. 11 y mn. 6.

Abdomen. — Sólo se comprueba que es móvil a la respiración, pero que duele a las inspiraciones profundas en epigastrio. El dolor es mucho más marcado con la tos.

A la palpación duele difusamente todo. Notable resistencia en la mitad derecha del epigastrio donde la palpación provoca intenso dolor.

Se indica reposo, dieta absoluta, sueros, antiespasmódicos y vigilancia.



Numeración de glóbulos rojos, 5.300.000. Hemoglobina 100 %. Valor globular 0.93. Glóbulos blancos 16.000.

A las 24 horas de su ingreso tiene una hematemesis que lleva sus glóbulos rojos a 4.550.000. Hemoglobina 80 %. Valor globular 0.89. La leucocitosis en este momento es de 7.400.

A las 48 horas, nueva y brutal hematemesis, que lleva al enfermo a un

estado semicomatoso, sin pulso, sistema venoso flácido. No se encuentra presión

A las 7 de la tarde, decido operar de urgencia.

Transfusión de sangre, gota a gota, un litro. Los primeros quinientos más rápido. Transfusiones Sr. Enzo Caviglia.

El programa operatorio es el mínimo, ligaduras vasculares simples. Opera Dr. A. L. Fossati. Ayuda Pte. Pignata. Anestesia local, novocaína al ½ %. Incisión mediana supraumbilical. A la exploración se comprueba: tumor polilobulado, duro, móvil, situado en retrocavidad y que pertenece sin lugar a dudas, al páncreas. Se encuentra adherido intimamente al duodeno y casi con seguridad, ulcera la gastro duodenal. Decido hacer un decolamiento rápido con ánimo de ligar la arteria. En la maniobra, dado el íntimo contacto al duodeno, éste se abre. Cierre en dos planos. La zona tumoral sangra mucho. Hemostasis sumamente dificultosa. Me vec ep la necesidad de dejar 2 pinzas y una mecha en el lecho operatorio. Cierre de la pared en un plano. El enfermo termina la operación con un pulso de 90, regular, algo hipotenso. se indica sueros, escatín, etc., etc.

Post-operatorio. — Se hace de inmediato una nueva transfusión de 500cc.

A las 48 horas se encuentra bien. Vientre no distendido. Pulso 80, pero hipotenso. Aflojo, pero sin mover de sus sitios las pinzas. No sangra. A las cuatro horas las retiro. No sangra.

A las 60 horas gran melena y el enfermo fallece.

Autopsia. — Se comprueba un grueso tumor de páncreas, íntimamente adherido al duodeno. En la superficie de contacto de ambos se encuentra una arteria, probablemente la gastro duodenal, cortada completamente. El resto del protocolo de autopsia, no muestra nada más digno de mención.

2ª OBS. — J. M. L., 58 años, soltero. Procedente de Lascano. Depto. de Rocha.

Ingresa por dolor en hipocondrio derecho. Aproximadamente 20 días antes de su ingreso, dolores intensos en hipocondrio derecho, sin irradiaciones, acompañado de estado nauseoso y frecuentes vómitos biliosos. Durante el día calman sus trastornos, para recrudecer en la noche. Dado que los fenómenos dolorosos llevan más de 3 días sin mejorar, decide ver médico por lo que ingresa a la Sala 21 del Hospital Pasteur, servicio del Prof. A. Chifflet.

Antecedentes. — Manifiesta haber tenido hace 7 años un cuadro semejante al actual. Dispepsia de tipo hepato vesicular desde hace varios años. Otros antecedentes sin importancia.

El 18 de abril próximo pasado, se encuentra molestado con sensación de distensión epigástrica y dolores de tipo cólico. Tuvo varios vómitos biliosos. Por la tarde gran hematemesis que son seguidas por varias deposiciones color alquitrán, muy fértiles. Perdió el conocimiento y fué tratado de inmediato por el personal de guardia con transfusiones, sueros, etc., etc.

Después de sus hemorragias, en la fecha citada, ha hecho casi permanentemente, una curva sub-febril con picos de 38 a 39 grados.

Los exámenes de laboratorio no muestran tendencia a recuperarse, lo

cual está de acuerdo con el nuevo estado general del enfermo, que se marea apenas se sienta y tiene una palidez de cera.

Examen clínico. — *Abdomen:* Vientre de forma natural. Se moviliza bien con la respiración. Planos superficiales sin particularidades. No hay circulación colateral, absolutamente indoloro tanto a la respiración profunda como a la superficial.

A la palpación, cuerda cólica izquierda. En hipocondrio derecho se palpa hígado, que desborda unos dos traveses de dedo al reborde costal. Hepatomegalia al parecer irregular, dolorosa. Borde superior de hígado por detrás de la 6ª costilla.

Fosas lumbares libres.

No se palpa bazo.

Aparato cardiovascular. — Arritmia extrasistólica. Soplo de la punta con caracteres de orgánico. Presión arterial mx. 10 y mn. 6.

Radioscopia (5-4-45). — Contorno hepático sin modificaciones. Arco diafragmático derecho de configuración y movilidad normales.

Estómago. — Estrechamiento medio gástrico, al parecer espasmódico.

Examen de laboratorio. — *Orina* (3-4-45): Albúmina indicios. Resto s/p.

Urea en suero (12-4-45): 0.55.

Unidades pancreáticas (20-4-45): 150 unidades.

Cassoni (7-4-45): Precoz y tardío. Negativos.

Examen de materias (13-4-45): No hay parásitos.

Quimismo gástrico (3-4-45): Acidez libre: Tubo 1, 2.40; Tubo 2, 1.82; Tubo 3, 2.73; Tubo 4, 2.75; Tubo 5, 3.65; Tubo 6, 2.19. Acidez total: Tubo 1, 3.10; Tubo 2, 4.38; Tubo 3, 3.65; Tubo 4, 3.28; Tubo 5, 4.33; Tubo 6, 2.92.

Tiempo de coagulación: 4'.

Tiempo de sangría: 3'.

Evolución

El enfermo tiene en la Sala, hematemesis y melenas, pero con tratamiento adecuado mejora. Luego de una semana se encuentra apirético, tiene más energía y ya no se marea al sentarse.

Dada la mejoría se decide operar al enfermo. 31-5-45. Opera Prof. A. Chifflet. Ayudan Drs. A. L. Fossati y M. Bossano. Anestesia local, novocaína al ½ %. Incisión paramediana derecha a lo Mayo. Se comprueba: tumor duro, irregular, móvil adherido al duodeno. Localización páncreas. Se saca un trozo para biopsia. Cierre por planos.

Post-operatorio sin incidentes.

Consideraciones. — Las dos historias que hemos presentado, nos llevan nuevamente actualizar el problema aún oscuro de algunas hemorragias del aparato digestivo. No nos referimos, por

supuesto, al caso claro; al del enfermo perfectamente catalogado y diagnosticado y que en el curso de su enfermedad presenta una hematemesis o melena. Nos referimos en particular al que sangra de su aparato digestivo alto, gastro duodeno, y lo hace en plena salud, sin antecedentes, sin haber visto médico antes o a los casos como los nuestros en que se nos presentan con una sintomatología propia de lesiones duodenales, clínicamente úlceras, y que el acto operatorio comprueba el error, al mostrar un tumor pancreático.

El problema de las hematemesis y melenas, dice Gutmann es de los más difíciles de la clínica. Es un problema que debe interesar a todos, médicos generales y cirujanos, agrega Ignacio Maldonado Allende.

Dentro del aparato digestivo, el gastro duodeno, tienen gran facilidad para sangrar y ello es debido a dos factores principalmente; en primer término en que son sumamente frecuentes en ellos, lesiones susceptibles de engendrar hemorragias y en segundo lugar la extraordinaria riqueza vascular sanguínea del gastro duodeno.

Las causas más frecuentes de hemorragias digestivas altas, según diversos autores son las siguientes. Rivera y Wilbus, en 668 casos, tienen el porcentaje siguiente:

- 76 % úlceras
- 13 % neos (estómago)
- 7 % hepato esplénicas
- 2 % colecistitis sin lesión gástrica
- causas tóxicas
- sífilis
- cardiopatías
- disciasia sanguínea
- hemodistrofia, etc.

como se ve, no cita ningún caso como los nuestros.

En junio de 1923, dos autores franceses M. M. Pallasie et Despligues, presentan a la Sociedad Médica de los Hospitales de Lyon, un caso de neoplasma de la cabeza de páncreas, habiendo ulcerado el duodeno. Se trataba de un enfermo anciano que muere, luego de 2 años de sufrir dolores en la región hepática. Un mes y medio antes de fallecer se instala una ictericia. Tenía en ese momento un hígado enorme, con gruesos nódulos y una vesícula

muy grande, que llegaba a la cresta ilíaca. Reacción de Weber positiva. En la autopsia se encuentra un grueso neoplasma de la cabeza de páncreas, con ulceración del duodeno. Histológicamente se trata de un epiteloma atípico del páncreas. Este caso es completamente distinto de los nuestros, pues la clínica permitía sospechar, mejor dicho afirmar neoplasia. Por otro lado no tuvo hematemesis ni melenas.

En la Société Médicale des Hospitaux, en octubre de 1936, M. M. Chabrol y J. Sallet, publican el caso de un voluminoso cáncer del cuerpo del páncreas que ulcera cara posterior de estómago y determina una hematemesis mortal. Lo interesante del caso es que el estudio radiológico de estómago fué normal.

En febrero de 1934, J. Troisier, M. Bariety y P. Golmiel, presentan a la Academia Francesa de Medicina una observación de un cáncer de la cabeza del páncreas, sin ictericia, pero con hematemesis repetidas. Las hemorragias digestivas resultan de una hipertensión portal; la luz portal casi obstruida por el brote neoplásico, determina éstasis en el territorio de la mesentérica y esplénica.

Babcock en *Principles and Practice of Surgery* (1944), hace un estudio de los síntomas de los tumores pancreáticos y sólo cita la presencia de pequeñas cantidades de sangre en las materias fecales, puesta de manifiesto por los textos corrientes.

Lenormant (1937), en su tratado de diagnóstico quirúrgico, pasa revista a la totalidad de las hemorragias digestivas y cita como causas principales y menos frecuentes a: las úlceras gastro duodenales, al cáncer intrínseco, sífilis gástrica, apendicitis, colecistitis, perivisceritis, hemorragias post-operatorias, hemorragias en úlceras perforadas, várices esofágicas, afecciones hepáticas y esplénicas, enfermedades de la sangre y vasos, hemorragias vicariantes y anafilácticas.

E. Kaufmann en su *Trattato de Anatomía Patológica Speciale* (1913), en el capítulo de tumores y quistes de páncreas no cita hemorragias hacia el aparato digestivo. Más adelante agrega: el tumor de páncreas puede infiltrar la pared duodenal y dar una amplia perforación, a tal punto que puede confundirse con un carcinoma primitivo del duodeno. Esto raramente sucede con el estómago.

H. Demole; F. Fernández; Tixes y Clavel; Walter Sallés;

Eloesser; A. Navarro; Brunshwig; etc., etc., se han ocupado del tema y en los numerosos casos citados, no presentan ninguno como los nuestros.

Ignacio Maldonado Allende en un cuidadoso estudio sobre el tema, analiza 114 trabajos y en ninguno encuentra un caso de tumor pancreático, que ulcerando duodeno, se ponga de manifiesto por hematemesis y melenas, de la entidad que presentaban nuestros enfermos.

En resumen; presentamos dos casos que consideramos de sumo interés por varios factores:

- a) la sintomatología clínica; en el primer caso típico de un proceso ulceroso, sufrimiento ritmado, períodos de calma perfectos. Hiperclorhidria signos radiológicos de lesión primitiva del duodeno. En el segundo caso sintomatología no tan clara, pero si bien al principio se pensó en un pancreático (se le pidieron unidades pancreáticas en la orina), al final se pensó en un proceso ulcerado de duodeno.
- b) Sintomatología muy poco frecuente, de acuerdo a lo mundialmente publicado.
- c) Permiten recalcar un dato interesante, ambos tumores eran ampliamente móviles, todo lo contrario de lo que ocurre con las pancreatitis a forma tumoral que son muy fijas.

Y como conclusión: es necesario tener siempre presente en enfermos que consultan por hematemesis y melenas, la posibilidad de los tumores malignos de páncreas ulcerando el duodeno.

Prof. Stajano. — Considero que la comunicación del Dr. Fosatti y Carrera es sumamente interesante puesto que aporta un hecho que realmente yo no hubiera pensado y que no había visto nunca. La documentación presentada permitirá pensar en una de las cosas poco frecuentes y realmente excepcionales, — por la fisonomía — no habitual en los tumores pancreáticos.