

## HEMORRAGIAS DIGESTIVAS AGUDAS EN POSTOPERATORIOS UROLOGICOS

Dres. Herbert Pagliere, Elvio Soldano, Carlos Scorticati y Mario Nigro.

La ulceración de la mucosa gástrica, duodenal y yeyunal superior, suele ocurrir luego de grandes quemaduras, operaciones intracraneales, otras operaciones mayores, como cardiovasculares y urológicas, tratamientos prolongados con corticosteroides, y a veces en lesiones por enfriamiento.

La lesión se constituye en forma aguda bajo la influencia de una perturbación del organismo que Selye denominó "Stress".

Es muy difícil clasificar las causas desencadenantes de esta afección, dado que es imposible medir el grado de Stress necesario para provocarla.

Daremos una rápida revista a estas, para comprender mejor el problema:

### Causas nerviosas:

Ocupan el primer lugar. Según la estadística de Dalgaard (7), el 76% de las úlceras agudas halladas en su serie de autopsias correspondían a fallecidos por enfermedad nerviosa. Otros trabajos citan cifras similares. Las afecciones neurológicas responsables en orden de frecuencia son (9): Tumores intracraneales, intervenciones neuroquirúrgicas, especialmente sobre el hipotálamo, accidentes vasculares cerebrales, traumatismos de cráneo, etc.

### Causas quirúrgicas:

Ocupan el segundo lugar entre las desencadenantes. Mc Donnel cita un 3,2% de úlceras agudas en autopsias de postoperatorias (4).

Siendo, según Fletcher y Harkins (3), en autopsias consecutivas no seleccionadas del 1% Delaney observó un caso cada 4000 intervenciones quirúrgicas. La naturaleza de la intervención quirúrgica es muy variable.

Según Wright (8), la cirugía cardiovascular ocupa el primer plano en orden de frecuencias con 28% del total.

La cirugía urogenital, en segundo lugar con 20%, con sus operaciones comunes, adenolectomía, cistectomía, nefrectomía, histerectomía, etc.

Los accidentes ulcerosos agudos no son exclusividad de las grandes intervenciones, pues se describen casos consecutivos a apendicectomías herniorrafias, laparotomías simples, laparoscopías, traqueostomías (8).

Los antecedentes de úlcera gastroduodenal crónica anterior según Levrat y col. Llegan al 16% de los casos (9).

### Fisiopatología:

No es aún bien conocida, siendo un tema en permanente discusión.

Por estímulo del eje hipotálamo-hipofiso-suprarrenal se logra un aumento de los corticoides circulantes. Menguy y Masters (6) hallaron que el aumento del ácido gástrico nocuosa cambios en la mucosa "per se". Administrando cortisona a animales de experimentación, demostraron una marcada reducción en la secreción de moco, alteración de su viscosidad y composición química, y como consecuencia una disminución de la función protectora de la mucosa gástrica.

La secreción gástrica en el intra y postoperatorio habitualmente está aumentada: Drye y col. (12) hallaron niveles de acidez libre superiores en el postoperatorio en 5 de 8 pacientes sin úlcera, y en 6 pacientes con antecedentes de úlcera gastroduodenal crónica estacionaria.

La hipófisis y suprarrenales son estimuladas por el Stress quirúrgico y los niveles de 17-hidroxycorticoides están aumentados en el postoperatorio. (13).

Por otra parte, Melby y col. hallaron incremento en los 17 corticoesteroides en plasma y orina como respuesta a la endotoxina de bacterias gram-negativas, siendo esta respuesta abolida por la hipofisectomía (14).

En 35 casos de hemorragia digestiva alta postoperatoria, Beil y col. citan un importante factor común, la infección, (en 74%) siendo la mitad con ubicación en peritoneo o vías urinarias. En todos los casos, la infección fue previa a la hemorragia (10).

Wigglesworth y Porell (en 10) estudiaron la secreción en bolsa gástrica en perros, no hallando gran incremento frente a la laparotomía, y sí frente a la infección de la pared abdominal.

Goodman y Frey (1), en 24 pacientes con hemorragia digestiva en postoperatorio, también hallaron como factor común la infección en el 83% de ellos, aunque remarcaban otro factor que es la hipotensión en 75%.

Citaremos siguiendo a Sherman y Palmer (11), la existencia en la mucosa gástrica (y en todo el tubo gástrico, especialmente en estómago, l. delgado y colon) de dos plexos vasculares, uno superficial y otro profundo o submucoso. El segundo alimenta al mucoso o superficial mientras se hallen cerrados gran número de Shunts arteriovenosos que cerrarían en cortocircuito la circulación antes de llegar a la superficie. El cierre está regido por el parasimpático o Vago, y su apretura depende del simpático.

Al estímulo simpático palidece la mucosa. Al estímulo del vago se ingurgita y se puede constatar enlentecimiento de la corriente sanguínea con disminución del contenido de oxígeno y consiguiente anoxia de la mucosa.

De lo antedicho se infiere que un estímulo vagal sostenido puede provocar la ulceración y necrosis de la mucosa.

#### Tratamiento:

La mayoría de los autores concuerdan en cuanto al tratamiento de la úlcera aguda sangrante postoperatoria.

El tratamiento conservador frente a la hemorragia aguda tiene pésimo pronóstico. Beil y col. 81% de mortalidad (10). Goodman y Frei, 90% de mortalidad (1).

Siguiendo a Foster y col. (2) la indicación de cirugía frente a la hemorragia sería la siguiente: a) Cuando las constantes vitales se mantienen inestables con una transfusión de 1500 a 2000 cc. en las primeras 24 hs. por evidencia de continuar la hemorragia. b) Cuando el paciente sangra en forma prolongada requiriendo transfusiones de 500 a 1 litro diario.

En cuanto a la elección de la operación, es muy gráfica la estadística de Foster, Hickok y Dunphy (5). En 9 años de experiencia, trataron 239 pacientes. En la primera mitad utilizaron la gastrectomía clásica como método de elección. Mortalidad 36%. En el resto de los pacientes utilizaron la vaguectomía, piloroplastia y sutura del vaso sangrante, con una mortalidad del 18%.

La mortalidad en pacientes de más de 70 años es mucho menor con esta táctica.

La incidencia de hemorragia recurrente también es menor con la vaguectomía.

#### Presentación de casos:

1) A. C. 68 años. Bloqueo vesical con coágulos. Papiloma sangrante de vejiga. Antecedentes ulcerosos. Se opera, cistectomía parcial. A los 6 días, hematemesis y melena que duran 3 días. Total transfundido 4500 cc. de sangre. Los familiares se niegan a la operación. Fallece.

2) N. N. 65 años. Adenoma de Próstata. Adenomectomía. Hematemesis y melena a los 5 días. Gastrectomía, úlcera duodenal. Fallece en mesa de operaciones.

3) P. G. 56 años. Diabetes compensada. Adenomectomía con anestesia raquídea. Alta a los 9 días. A los 25 días, lipotimia, melena abundante. Se opera a los 5 días del accidente hemorrágico. Úlcera sangrante de 2da porción de duodeno. Gastrectomía mínima. Fallece a los 15 días de postoperatorio de gastrectomía.

El paciente se negó a la intervención antes de efectuarla.

4) B. F. 78 años. Neoplasia renal. Nefrectomía, anemia preoperatoria se transfundió previamente. Hematemesis y melena a los 5 días.

Tratamiento médico. Transfusión de 2500 cc. Vive.

5) A. M. Adenomectomía hacia dos años. Estrechez de cuello vesical. Resección en cuña del cuello, y taponaje. Hematuria con coagulos, a los 4 días hematemesis y melena. Uremia 1 gramo. Fallece dos días después de la hemorragia digestiva, con mal estado general.

Transfusión total 3000 cc. de sangre.

6) 72 años. Antec. de úlcera previa. Adenomectomía. A los 4 días hematemesis y melena. Gastrectomía al día siguiente, úlcera sangrante de duodeno. Fallece pocas horas después de la gastrectomía, infarto masivo. Transfusión de 5500 cc. de sangre.

7) S. L. Adenomectomía. 13 días después hematemesis y melena. Se opera al tercer día. Gastrectomía y colecistostomía. Úlcera de duodeno. Peritonitis postoperatoria. Los familiares no autorizan la reoperación hasta el séptimo día. Se halla un coleperitoneo. Fallece. Transfusión de 6250 cc. de sangre y 2000 cc. de plasma.

8) F. B. 72 años. Diabetes compensada. Hace 1 año adenomectomía. Piuria persistente sin residuo: litiasis piélica izquierda. Uremia 0.60 Alta al 7mo. día. Al 9no. día hematemesis y melena masiva. Se interna a las 24 horas, en que fallece antes de tomar medidas quirúrgicas.

9) P. M. 52 años. Broncoefisematoso crónico. Cistectomía parcial por carcinoma de vejiga con reimplante ureteral. Intensa pirosis postoperatoria. Al séptimo día, hematemesis y melena cataclísmica. El cirujano consultado no consideró oportuna la operación. Fallece por persistir la hemorragia.

10) A. C. 76 años. Diabético arteriosclerótico con bloqueo completo de rama derecha. Papiloma suprarenal izquierdo. Cistectomía parcial con reimplante de uréter. Al 7mo. día, hematemesis y melena pertinaz. Gran riesgo quirúrgico. Tratamiento médico. Fallece al día siguiente.

11) F. P. 52 años. Litiasis piélica izquierda. Pielolitotomía. Oliguria postoperatoria que cede al 5to. día.

A los 10 días hematuria de sangre roja, luego hematoma de la herida e hictérica. Al día siguiente hematemesis. El enfermo es retirado del servicio. Falleció cinco días después. Transfusión total 2500 cc. de sangre.

12) J. C. 69 años. Papiloma de vejiga sangrante. Adenoma de próstata. Operado 11-III-66 adenomectomía, extirpación del papiloma, reimplante ureterovesical. 23-III-66. Hematemesis y melena. Cede con tratamiento médico y transfusiones.

13) J. T. 66 años. 18-V-66. Cistectomía total por carcinoma de vejiga semidiferenciado. 20-V-66. Sangre lacada por sonda nasogástrica. Cede al segundo día con tratamiento médico. Transfusión de 500 cc.

#### COMENTARIO

Se presentan 13 enfermos con Hemorragia digestiva postoperatoria. Todos ellos mayores de 55 años. Su patología es variada: 6 adenomas de próstata. 3 papilomas de vejiga, 1 cáncer de vejiga. 2 litiasis renales. 1 cáncer de riñón.

Sólo sobrevivieron aquellos en los que la intensidad de la hem. digestiva fue leve o moderada, no necesitando operación.

El tratamiento quirúrgico se inclinó siempre por la gastrectomía, dependiendo esto del cirujano actuante en la operación.

El lapso entre la hemorragia y la operación fue variable, tropezando en varias oportunidades con la oposición de familiares o enfermos. En otros casos el estado del paciente hizo contraindicar la operación, pese a su necesidad imperiosa.

Frente al 100% de fallecidos entre los operados podemos sacar en conclusión lo que es opinión en quienes trabajan con grandes series de enfermos de este tipo, es decir operar tempranamente sin dilaciones de ninguna especie.

En uno de los casos en que se efectuó una pielolictotomía, nos encontramos frente a un verdadero diatésico, en el cual, la hem. digestiva fue solo una manifestación más de su problema general. El tiempo de coagulación y sangría de este enfermo en el postoperatorio fue normal.

El momento de aparición de la hemorragia digestiva fue entre los 5 a 10 días en 8 casos, siendo los extremos 2 días y 25 días.

Había antecedentes ulcerosos en sólo 2 enfermos, cifra que coincide con la citadas en la primera parte de este trabajo.

Dada la mayoría de hemorragias digestivas en postoperatorios de adenomas de próstata, cabe pensar en un efecto directo de tipo proteolítico, generado por las enzimas prostáticas que pasarían a la circulación en el acto operatorio, que por supuesto contribuiría junto a los otros factores de Stress en la producción del accidente hemorrágico.

## DISCUSION

**DR. BERNARDI.**— Considero muy interesante la comunicación de los doctores Pagliere, Soldano, Scorticati y Nigro.

Nosotros tenemos unos diez casos, también parecidos, y es digno de señalar que existen o no antecedentes gastroduodenales.

Tuvimos en el Hospital Fiorito algunos casos muy serios y ultimamente, en el Hospital Italiano, dos casos. Todos ellos son sumamente peligrosos y terminan con la vida de los enfermos casi todos ellos. Por eso, nos preocupa el stress quirúrgico que se provoca en estos pacientes.

El último caso que observamos en el Hospital Italiano fué el de un prostático de 65 años de edad, obeso, con antecedentes gastroduodenales, portador de una úlcera desde hacía 20 años y que a raíz de la intervención tuvo intensa hemorragia con gran distensión abdominal. Pensamos intubarlo, pero después nos acordamos de ese antecedente gástrico y con la administración de sucesivas transfusiones, corticoides, etc. pudimos sacarlo de ese mal trance.

Insisto en la suma peligrosidad de este síndrome hemorrágico por stress y en la necesidad de ser más intervencionistas para evitar la muerte de estos enfermos.

**DR. NIGRO.**— La mayoría de los autores insisten, como dice el Dr. Bernardi, en la urgente necesidad de intervenir a estos pacientes.

Las estadísticas señalan que, cuando más se demora la operación, mayor es la mortalidad. Así, si se operan el primer día, la mortalidad es del 20%; a partir del tercer día, es del 47%, cifra que va en aumento a medida que transcurre el tiempo.

El tratamiento médico se reserva exclusivamente para los casos en que la transfusión es pequeña, para normalizar el estado del paciente.

**DR. SPERANZA.**— En el Sanatorio Otamendi tuvimos un caso en que el paciente al séptimo día de la intervención tuvo una hemorragia digestiva intensa, que no se pudo cohibir con tratamiento hemostático ni transfusiones. Consultamos un cirujano general; propició la intervención quirúrgica y practicada la gastroectomía curó el enfermo, pero estudiada en forma minuciosa la pieza resecada no observamos micro ni macroscópicamente lesión alguna.

**DR. NIGRO.**— Se observan lesiones de gastritis hemorrágica y una vez abierto el órgano este deja de sangrar. No se conocé el motivo por el cual cesa la hemorragia. La gastritis hemorrágica si no se ubica en el punto anatomopatológico puede curar sin dejar secuelas.

## HEMORRAGIAS DIGESTIVAS AGUDAS EN POSTOPERATORIOS UROLOGICOS

DR. TISCORNIA.- Quisiera preguntar a los comunicantes si se han descartado algunos casos de diátesis, como ser la diátesis por consumo de factores o de cualquier otra naturaleza.

DR. NIGRO.- Solamente disponemos de laboratorio central que, en los mejores casos, sólo puede hacer tiempo de coagulación y sangría.

DR. TISCORNIA.- En uno de estos casos, que perdí, me ha quedado la duda que puede ser explicable por algunos de estos problemas.

En el paciente que perdí, aparte de la hematemesis hubo una púrpura generalizada y pienso que aparte de una diátesis por consumo de factores, el proceso podría ser atribuido a una sepsis generalizada. En esos casos, sería de interés efectuar un hemocultivo.

DR. NIGRO.- De los tres enfermos nuestros, solamente uno de ellos presentó una diátesis hemorrágica bien caracterizada. El paciente fue intervenido con tiempo de coagulación y sangría normales y a los cinco días hizo una baja hematocrito, con síntomas de hemorragia, hematuria en la orina, comenzó a orinar sangre, posteriormente, tuvo hematemesis, melena. Después, el enfermo fue retirado del Hospital y falleció a los cinco días. Fue el único paciente en que se pudo afirmar la existencia de una diátesis hemorrágica.