

HEMORRAGIAS DIGESTIVAS EN EL POST OPERATORIO UROLOGICO

Dr. JULIO E. CANTON *, Dr. PEDRO E. MOTILLA, Dr. RICARDO A. CARRETERO

La oportunidad de ver dramáticamente complicados algunos postoperatorios urológicos con hemorragias del tracto digestivo nos mueve a traer a ustedes las consideraciones que derivan del historial de 10 enfermos en estas circunstancias.

Este accidente se conoce desde Billroth, que relató el primer caso de hemorragia gastrointestinal en un operado, habiéndose luego sucedido las comunicaciones.

Nueve de nuestros diez enfermos llegaron al acto quirúrgico, con un buen estado general, presentando una analítica dentro de límites normales.

A seis enfermos se les efectuó una prostatectomía transvesical a cielo abierto, tres fueron intervenidos por litiasis ureteral y uno fué cateterizado a repetición por litiasis y anuria.

Nueve enfermos no acusaban antecedentes de padecimientos gástricos, sólo uno de ellos tiene en su haber antecedentes de hipercloridia y fue luego confirmando como ulceroso; en otros dos se constató una úlcera de duodeno al estudio radiológico efectuado por la complicación surgida. Recordamos que la hemorragia constituye el primer síntoma de una úlcera gastroduodenal que sobreviene en plena salud y que jamás presentaron síntoma alguno (Rafsky y Weintgartner 10% - Balfour 8%).

La edad mínima de los enfermos fue 60 años y la máxima 85, con un término medio de 60,5 años. Coinciden los autores en que hay más posibilidad cuando mayor sean los enfermos.

Se hace referencia a que las hemorragias se presentan dentro de los 10 días del postoperatorio, coinciden con nuestra estadística en que todos aparecen dentro de este límite excepto una que recién lo hace a los 25 días o después de encontrarse en su domicilio, que lo obliga a la reinternación.

El diagnóstico se efectuó por los síntomas clásicos de la hemorragia gastrointestinal según su intensidad: palidez, hipotensión, shock, melena, etc. Es una complicación grave: de la que el 40% de nuestra serie de enfermos con hemorragia de este tipo falleció.

Consideraciones

Esta lesión ulcerosa postoperatoria puede presentarse como lesión única o múltiple, con tipos morfológicos distintos, ulceraciones, gastritis hemorrágicas y gastromalasia.

El enfermo frente a un acto quirúrgico o instrumental está sometido a un stress cuya intensidad es variable frente a la magnitud del acto quirúrgico. El stress juega un importante papel, en la génesis de este problema, en concordancia con otros factores concurrentes. Sería imposible hablar en detalle sobre stress, debemos recordar que la descarga de cortisona que produce, ocasiona un incremento de la acidez y fomenta la ulcu-génesis. Es tan intensa la relación del stress con la forma de vida del paciente, su temperamento, su educación, su psiquismo y la preparación con que se ha llevado al enfermo. Son también factores ocasionantes de este problema el ayuno prolongado, que deja una mucosa libre, expuesta al mejor ataque ácido péptico.

Está demostrado que el estasis y la distensión gástrica son capaces de provocar hemorragias, siendo la congestión gástrica más intensa en los enfer-

mos que conservan algo de su motilidad gástrica en su esfuerzo de lucha para vencer la obstrucción.

El schok operatorio ocasiona, según su intensidad, cambios biológicos que evidentemente favorecen la producción de úlceras de Curling.

Todas estas agresiones sobre un terreno familiar ulceroso ocasionarán consecuencias mucho más severas. Demás está decir que en aquellos casos en que a más de un terreno predisponente existe una lesión constituida.

De nuestros diez enfermos, en 3 se diagnosticó ulcus. En 1 caso, lesiones múltiples (200 micro-úlceras), en 3 no se encontró lesión en el estudio radiológico postoperatorio.

Conclusiones

- 1) Insistir especialmente en el capítulo de las afecciones gástricas, recabando todo antecedente y valorándolos muy estrictamente.
- 2) Ante la más mínima sospecha de este tipo de lesión, efectuar un estudio exhaustivo del problema.
- 3) Sedantes y tranquilizantes deben ser administrados varios días antes del acto quirúrgico.
- 4) Vigilancia electrolítica que prevenga las paresias intestinales.
- 5) Control del consumo fibrinógeno especialmente en el prostático.
- 6) Alimentación precoz.

BIBLIOGRAFIA

- Levrat, Lambert et Malluret*: Ulcères gastroduodénaux aigus et hemorrhagies digestives declenchés par les interventions chirurgicales. Acta Chirurgica Belgica. Mei 1966, N° 5.
- Brooks-Frank*: Stress Ulcer: Etiology, Diagnosis and Treatment. The Medical Clinics of North America. Vol. 50, N° 5, pág. 1447.
- Pérez Mota*: Bases para un trabajo experimental en la patogenia de la enfermedad ulcerosa. Revista Española de las Enfermedades del Aparato Digestivo. Tomo 27, N° 4, pág. 563.
- Ferradas*: Úlceras agudas. Patología Médica de Celayen y Ferrarás. Tomo II, 1ª parte. Año 1957, pág. 134.

| Enfermo N° | I | II | III | IV | V | VI | VII | VIII | IX |
|---|------------------------------------|------------------------------------|--|--|--|-----------------------------------|---|---|------------------------------|
| edad | 72 años | 86 años | 57 años | 61 años | 50 años | 54 años | 73 años | 62 años | 85 años |
| Antecedentes gástricos | Sin ant. gast. | Sin ant. gast. | Sin ant. gast. | Sin ant. gast. | Ant. de Ulcus | Sin ant. gast. | Sin ant. gast. | Sin ant. gast. | Sin ant. gast. |
| Diagnóstico Operatorio | Adenoma de próstata | Adenoma de próstata | Adenoma de próstata | Litiasis y retención de cálc. Anuria | Litiasis pélicas | Adenoma de próstata | Adenoma de próstata | Adiposidad y divertículo de prósta- ta. | Adenoma de prósta- ta. |
| Intervención quirúrgica | Trans. ve- sical | 2do. tiem- po | Trans. ve- sical | Catectomía y uretero- colostomía izquierda. | Pielotomía izquierda | Trans. ve- sical | Trans. ve- sical | Diverticulect. y toma y toma vesical. | Killer Freyer |
| Sangre en el ac- to quirúrgico. | 1.000 cc. | 500 cc. | 1.000 cc. | No se efec- tuó trans. | 500 cc. | 500 cc. | 500 cc. | 500 cc. | 500 cc. |
| Post operatorio inmediato | Ileo mede- rado. | No hubo I- leo paralí- tico. | Ileo para- lítico entre el 2º y 6º día | Ileo para- lítico | Ileo para- lítico 2do. día oper. | No hubo I- leo para- lítico | Dilatación de esófago al 2º día de oper. | Ileo mo- derado | Ileo |
| Síntomas de la complicación | Anemia (+) Melena (") | Anemia Melena | Anemia Melena | Anemia (+) Melena (") | Anemia (+) Melena (") | Anemia (+) Melena (") | Hematemesis Hematemesis (sonda naso- gástrica) | Hematemesis Hematemesis (sonda naso- gástrica) | Hematemesis Melena |
| Días de post.oper | 6º (+) 16º (7) | 20º | 7º | 4º (+) 6º (") | 8º (*) 10º (") | 6º (+) 8º (*) | 6º | 3º | 8º |
| T.A. y Shock | no hipotensid | no hipotensid | hipotensid | shock | shock | shock | No hipotensid | hipotensid | shock |
| Sangre transfundi- da a partir de la complicación. | 3.500 san- gre. 1.000 plasma | 2.000 cc sangre | 3.500 cc. sangre | 4.500 cc. sangre | | 500 cc. sangre | 9.000 cc. sangre | 3.000 cc. sangre | 7.000 cc. sangre |
| Estudio Radiológi- co del tracto gas- tro duodenal. | Rx. ulcus duodenal | | Rx. ulcus gastro du- odenal. | | Rx. ulcus gast. | | | | |
| Días a partir de la hemorragia | Alta 8º día | Alta 10º día. | Alta 23º día. | Muere 10º día. | Alta 23º día. | Muere 4º día. | Muere 8º día. | Alta 10º día. | Muere 4º día. |
| Días a partir de la operación. | 24º -Alta | | 30º -Alta | 14º -Alta | 23º -Alta | 10º Muere | 12º Muere | 15º -Alta | 12º Muere |
| Tratamiento espe- cial. | Tratamiento médico | Tratamiento médico | Tratamiento médico | Tratamiento médico | 113 Cas- teotomía | | Gastroctomía 200 Uleeroma | Tratamiento médico | Tratamiento médico |