

Hemorragias de las Vías Digestivas (1)

Dr. F. Palma

Las hemorragias digestivas forman o constituyen un tipo de hemorragia que se exteriorizan por:

- *Hematemesis y*
- *Melena.*

La fuente de la hemorragia puede estar localizada en cualquier tramo de las vías digestivas.

- Boca y faringe,
- esófago, cardias, estómago y duodeno,
- intestino delgado, colón,
- sigma y recto,
- canal anal y ano. (Rectorragias).

La intensidad de las hemorragias, puede ser variada:

- Hemorragia ligera. El paciente sigue sus ocupaciones.
- Hemorragia con alteración del estado subjetivo. El paciente está asténico e incapaz de trabajar.

— Hemorragia semi - grave. El enfermo está amenazado de shock.

— Hemorragia fulminante grave. Muerte.

Mecanismo de la hemorragia

- Hemorragia por flogosis de la zona ulcerada, de la zona varicosa, de la zona tumoral, etc.
- Hemorragia por proceso angioterebrante.

Se suele decir que la primera cede al tratamiento médico. La segunda, necesitará del tratamiento quirúrgico.

Algunas características de las hemorragias digestivas

- La gran mortalidad que se observa en todos los ambientes.

(1) Conferencia pronunciada en el Hospital Provincial Curso de Urgencias Sanitaria Diciembre 1966.

- Su dificultad diagnóstica.
- La necesidad de tener que combinar métodos endoscópicos, radiológicos, de laboratorio y quirúrgicos, para poder llegar a una conclusión diagnóstica.

— El tener que desenvolverse en un ambiente de extrema urgencia.

Desde que entra el paciente en el servicio médico quirúrgico, ha de procederse:

- 1.—Diagnóstico clínico en favor de hemorragia digestiva.
- 2.—Diagnóstico de la cantidad de sangre perdida, de la velocidad y de la afectación del organismo.
- 3.—Diagnóstico de localización de la hemorragia y del proceso fundamental.
 - Anamnesis.
 - Exploración clínica.
 - Examen de laboratorio.
 - Examen del contenido gástrico (lavado gástrico).
 - Radiología, esplenografía y arteriografía, selectiva de las ramas de la aorta abdominal.
 - Esofagoscopia, gastroscopia (fibroscopia) y rectosigmoidoscopia.
 - Corden radio opaco y fluoresceína.
 - Laparotomía exploradora.

El siguiente paso:

- Reanimación (que debe em-

pezar simultáneamente con las medidas diagnósticas).

- Hemostasia.
- Hipotermia (Wangesteen).

1.—*Diagnóstico clínico en favor de hemorragia digestiva.*

La hemorragia se manifestará por una hematemesis o gastrorragia o por una melena, o bien, incluso, por un síndrome de anemia aguda pudiendo llegar a la muerte, sin que la sangre se exteriorice.

La hematemesis o la gastrorragia se produce cuando la colección hemática situada por encima del ángulo de Treitz, se vierte en el estómago en cantidad suficiente para provocar el vómito.

La sangre sale mezclada con jugo gástrico, con jugo biliar y con alimentos.

La melena siempre supone sangre digerida y expulsada por el ano, que le confiere su color negro.

La rectorragia es sangre fresca, recién emitida, color rojo, procedente de tramos bajos del colon sigmoideo recto, canal anal o ano.

El color de la sangre que procede del estómago, dependerá del tiempo que estuvo en éste, pues el jugo gástrico transformará la hemoglobina en hematina. Es más roja la sangre en la rotura de varices esofágico-gástricas.

Es más oscura en las lesiones

HOSPITAL PROVINCIAL
JAEÑ

*Servicio de Cirugía
 Dr. R. Palma.*

*Hemorragias graves de tracto digestivo superiores observadas en los últimos
 15 años (1951-65)*

DIAGNOSTICO	Nº	SEXO		ANTECEDENTES		TRATAMIENTO		RESULTADOS	
		M	F	SI	NO	MEDICO	QUIRURGF	MEDICOS	QUIRURGF
<i>Divertículo esofágico</i>	1	1		1		1		Bueno	
<i>Hernia hiatal</i>	5	1	4	5		1	4	Bueno	Muy bueno
<i>Hipertensión portal</i>	23	14	9	15	8	10	13	Malos 6 (+) 4 vivos	3 (+) 10 vivos
<i>Úlcera gástrica</i>	10	8	2	10		6	4	Buenos	Buenos
<i>Úlcera duodenal</i>	32	28	4	30	2	25	7	6 (+) 19 vivos	Muy buenos
<i>Cáncer farínge gástrico y cardial</i>	2	1	1		2		2		2 (+) a los 6-8 años
<i>Cáncer gástrico</i>	8	5	3		8	5	3	Malos 5 (+)	3 (+) a los 2-5 años
<i>Úlcera boca anastomótica</i>	3	3		3			3		Buenos
<i>Gastritis erosiva por aspirinas y otras drogas</i>	10	2	8		10	10		Buenos	
<i>Intoxicación por ácido sulfúrico</i>	1	1			1	1		Malos 1 (+)	
<i>Hemofilia (falta de GAN)</i>	2	2			2	2		Buenos	
<i>Divertículo duodenal</i>	3	2	1		2	3		Buenos	
TOTAL	100	68	32	65	35	64	36	21(+)32%	8(+)22%

Fig. 1.^a

gástricas que permite estar más tiempo. Una hemorragia capaz de desencadenar una hematemesis, es siempre grande.

Una hemoptisis, provoca su expulsión con tos, con sangre más roja, espumosa, ruido traqueal, estertores húmedos.

En las hematemesis siempre hay estado nauseoso.

No hay que olvidar el que tiene una hemoptisis e ingiere la sangre y después tiene un vómito.

Tampoco dejar de pasar una epistaxis que se traga; una afección bucofaringea que se ingiere, etcétera.

No olvidar, antes de acabar el diagnóstico clínico de una hematemesis, ciertos pacientes que tienen una hemorragia digestiva y que no exteriorizan, ni por hematemesis, ni por melena, y sólo por síntomas de anemia aguda, ansiedad, sed intensa, hipotensión, frío, palidez, taquicardia, etc.

2.—*Diagnóstico de la cantidad de sangre perdida, de la velocidad y de la afectación del organismo.*

La importancia de la hemorragia estará en relación con:

- la velocidad de la pérdida sanguínea, y
- la resistencia y adaptación del individuo.

Siempre el clínico y el cirujano podrán estimar o calcular la sangre que se ha exteriorizado por la hematemesis y la melena, pero la que queda en las vías digestivas o la que no se exteriorizó, quedará subestimada y no se podrá calcular.

Quizá el mejor sistema es valorar muy detenidamente la repercusión que tenga sobre el organismo y sobre todo el control, por la clínica y del laboratorio de la cantidad, la velocidad y de la afectación del individuo.

Se suele decir que pérdidas de sangre de hasta 500 c. c., se toleran bien (se observa en los donantes de sangre).

Pérdidas de 500 c. c. hasta 1.500 c. c., provocan alteración evidentes, pero con reposo absoluto en cama y prolongado, puede el paciente ir restableciéndose paulatinamente.

Pérdidas de 1.500 c. c. a 3.000 c. c., originan shock, que podrá hacerse irreversible si no se pone remedio.

Naturalmente que pérdidas mayores, ocasionarán la muerte.

Para que clínico y cirujano puedan establecer el control y evolución de la hemorragia, se impondrá el cuidado del paciente en una *unidad de cuidados intensivos*, y en donde se determinará:

- tensión arterial, cada 10, 20 ó 30 minutos al principio, con gráfica de presión sistólica y diastólica.

- control del hematocrito, r. rojo, Hb, y V. G.
- estudio sobre la existencia de posibles discrasias sanguíneas (telangiectasia, púrpuras, trombopatias, hemofilia, policitemia, leucemias, etc.).
- frecuencia del pulso (coincidencia del pulso central y periférico).
- frecuencia respiratoria y temperatura.
- cateterismo vesical (recuérdese que el individuo normal elimina 30 c. c. de orina por hora).

3.—*Diagnóstico de localización de la hemorragia y del proceso fundamental.*

Es lo más importante, pues el tratamiento es cuando estará dirigido.

Ha de comenzar con la anamnesis y dentro de ésta, todos los detalles por nimios que parezcan.

Habrá que salir de dudas, en aquellas hemorragias pequeñas o de mediana intensidad si el paciente:

- es bebedor habitual de vino tinto que oscurece las heces;
- si las vísperas ha ingerido zumo de uva, mostelle concretamente, por darle un tono a las heces similar a la tinta de calamares;
- si están en tratamiento con bismuto o preparados similares;

— si estaba en tratamiento con drogas.

Las hemorragias digestivas vendría iniciar su estudio con aquellas preguntas célebres de WALTER ALVAREZ:

“¿Recuerda Vd. si cuando tuvo aquellas deposiciones oscuras o aquel vómito estaba asténico, y no tenía más deseo que marchar a la cama?”

“Cuando tuvo aquellas deposiciones como la pez, o tinta de calamares o poso de café, ¿cesaron los dolores?”

“¿Mandó su médico, al ver tales deposiciones, que investigaran cómo estaba la hemoglobina y recuerda el resultado?”

“¿Tuvo sed, sequedad de mucosas, mal sabor de boca y febrícula o incluso fiebre los días que siguieron a la hemorragia?”

Con este cuestionario se evitan muchos errores después en la anamnesis.

La anamnesis nos podrá orientar, además:

- de una historia anterior en favor de ulcus gastroduodenal, de una cirrosis, de un etilismo, de una historia de ingestas de drogas, de una historia sospechosa de neoplasia, de signos esfágicos, de disfagia de esofagitis, que nos orienten en favor de la hernia hiatal, de historia familiar de poliposis, de signos o sín-

tomas intestinales que orienten en la causa de la melena o de signos totalmente proctológicos que induzcan a catalogar una rectorragia.

Finalmente, será importante el descartar o confirmar una discrasia sanguínea, y así, sólo por el interrogatorio, ya se puede catalogar una hemorragia digestiva.

De esta forma tendremos:

- telangiectasia hemorrágica hereditaria o enfermedad de Rendu-Osler-Weber, caracterizada por hemorragias, dilatación de capilares y venas de la piel y mucosas, siendo suficiente para el diagnóstico buscar telangiectasis en piel, mucosas, labios, lengua, oreja y palmas de las manos y planta de los pies.
- púrpuras, como es la trombocitopénica, y caracterizada por petequias, equimosis de la piel, aumento del tiempo de hemorragia, disminución del número de plaquetas y en donde no se retrae el coágulo, aún cuando el tiempo de coagulación es normal, pero hay fragilidad capilar y el signo del lazo es positivo. Ya el mismo interrogatorio aclara que tiene otras pérdidas de sangre por las encías, nariz —epistaxis—, y en las mujeres metrorragias.
- púrpura de Henoch, con aumento de la permeabilidad

capilar y equimosis y extravasaciones subcutáneas.

- Trombopatías constitucionales, con sus epistaxis, metrorragias, hemorragias gastrointestinales, en las cuales puede no haber alteraciones cuantitativas de las plaquetas, pero sí cualitativas o sea, morfológicas.

— Hemofilia.

La hemofilia es una enfermedad hemorrágica hereditaria propia de los varones y que se transmite con carácter recesivo por un factor genético ligado al cromosoma sexual X. Clínicamente se traduce por la tendencia a las hemorragias articulares y a los grandes hematomas y por graves hemorragias después de las intervenciones quirúrgicas o las extracciones dentarias. Este cuadro clínico y genético puede ser resultado de una incapacidad heredada para producir la globulina antihemofílica (GAH, factor VIII) o bien el componente tromboplástico del plasma (CTP, factor Christmas o IX). El déficit de la primera (hemofilia A o clásica) es responsable del 85% de casos, y el del segundo (hemofilia B o enfermedad de Christmas) del resto. En algunas raras ocasiones se observan síndromes hemorrágicos parecidos

a la hemofilia, pero que afectan a los dos sexos, debidos a un déficit hereditario de algunos de los otros factores plasmáticos de la coagulación. Siempre que se presente una hemorragia profusa en un enfermo con un defecto de la coagulación de causa desconocida está indicada la transfusión de grandes cantidades de sangre total muy fresca.

- otras hemopatías, policitemia, leucemia, Hodking abdominal.

En el interrogatorio debemos hacer constar la posibilidad de sufrir una hemorragia digestiva por la ingesta o la administración de drogas:

- heparina,
- citostáticos,
- aspirina,
- antibióticos,
- corticosteroides y anti-reumáticos.

En el interrogatorio, ya pueden exteriorizarse síntomas en favor de divertículos esofágicos, tanto los de pulsión como de tracción.

Regurgitaciones, disfagias, eructos pútridos por retención de alimentos en el divertículo.

A veces, expulsión de restos alimenticios de días anteriores.

Hemorragias en enfermos alcohólicos (también en la hiperemesis de las embarazadas) cirróticos o no que vomitan todas las mañanas y acaban teniendo un desgarramiento

de la conjunción gastro-esofágica. (Síndrome de Malloryweiss).

La hernia hiatal aumenta evidentemente y una de sus complicaciones puede ser la hemorragia.

En el Hospital Mount Sinai, han hecho una estadística reciente que supone que en los EE. UU. hay unos once millones de pacientes, o mejor, de personas (porque algunos son asintomáticos) con hernia del hiatus esofágico.

En nuestra patria, aproximadamente, se calcula en un millón.

Como dice Arrese, hoy se viaja mucho en automóvil, los conductores vamos en los asientos con la pelvis baja y, por lo tanto, con una postura que favorece mucho la hipertensión abdominal. Se favorece el apetito, con los traslados, y sus motivos y en los restaurantes de ruta se hace una comida que acaba siempre siendo copiosa.

Antes de entrar en los que tienen varices esofágicas por cirrosis y sangran, no olvidar *cirróticos* con *úlcera duodenal*, que pueden llegar a establecer la gran duda de si sangran por su hipertensión portal y por las varices, o bien es la úlcera duodenal la que provoca el problema.

Hay quien estima que también puede ser al contrario y hay quien apunta que hasta las dos posibilidades se podrían dar.

Las hemorragias por varices esofago-gástricas o hemorragias esofago-gástricas, se deben siempre a

una hipertensión portal, y por el interrogatorio ya se pueden orientar.

Si se trata de un bloqueo extrahepático, o mejor, subhepático, habrá antecedentes de onfalitis, de procesos sépticos abdominales o de adenitis, de ascitis o de sepsis peritoneales, a veces específicas, que sea la causa de los bloqueos extrahepáticos o bien de una cavernomatosis de la porta, de una pileflebitis o piletrombosis.

También si en otras exploraciones los médicos han palpado bazo. Este detalle ya de por sí orienta en la anamnesis en favor de una hemorragia por hipertensión portal.

También, en el caso de cirrosis, si hay antecedentes de etilismo, de hepatitis, etc.

La hipertensión portal llena hoy el mayor porcentaje, junto con la úlcera gastroduodenal de hemorragias cataclísmicas del tracto digestivo superior.

* * *

En el estómago y duodeno, un interrogatorio detenido, orientará en favor de úlcus gástrico y duodenal y hasta de la posibilidad de una neoplasia. Naturalmente que, a veces, los síntomas serán muy pobres y solamente habrá sido la hemorragia el más llamativo.

Habrán procesos gástricos, como los tumores benignos, la poliposis,

etcétera, que solamente un estudio radiológico detenido sabrá diagnosticar.

Igual ocurrirá con los procesos del intestino delgado (parasitosis, divertículos, tumores poliposis —aunque aquí el síndrome de Peutz Jeguer será más que suficiente al encontrar pigmentaciones periorificiales—, úlceras agudas del intestino delgado —úlceras específicas, por el cloruro potásico, por la reserpina, las tiazidas—, la enteritis regional y, finalmente, los procesos vasculares, aunque si bien un interrogatorio podrá orientar bastante bien, con vistas a la exploración radiológica.

En la tifoidea, bastará sospecharla ante una enterorragia en la tercera semana, y coincidiendo con el descenso de la fiebre.

En el colon, una hemorragia puede ser una manifestación más de una serie de molestias propias de un cuadro clínico de alternancia de diarrea y de estreñimiento, de crisis suboclusivas (neoplasias, etc.).

Puede tratarse la hemorragia de otro síntoma más tardío del curso de una colitis ulcerosa ya diagnosticada, o de una diverticulitis, pues en el sigma y en el recto todo también puede ser causa de hemorragia.

- divertículos,
- pólipos,
- endometriosis,
- úlcera termométrica,

- angioma recto-cólico,
- parasitosis colon-rectal,
- cáncer.

Rectorragia-pólipos en los niños y hemorroides en los adultos, pero ya hemos dicho que todo sangra en sigma, recto y ano.

Finalmente, el interrogatorio o una buena anamnesis nos orientará:

- si hay hipertensión arterial, ya que puede haber hemorragias digestivas en el curso de ella;
- si hay angina intestinal o cardiopatía embolígena para tratar de ver si la hemorragia es de una trombosis o embolia mesentérica;
- también si el paciente tramita un proceso nervioso, o intervención cerebral, o quemadura, ya que se describen úlceras agudas y hemorragias cataclísmicas;
- si el paciente ha sufrido un traumatismo;
- si ha ingerido ácido sulfúrico (como en una observación reciente nuestra).
- si se está en curso de una uremia o hay un saturnismo o si se trata de un sifilítico.

Por lo tanto, una historia clínica bien hecha sin prisas será la mejor manera de orientar una hemorragia digestiva y preparar la exploración, bien orientada, del paciente.

EXPLORACION RADIOLOGICA DE URGENCIA ANTE LAS HEMORRAGIAS DIGESTIVAS

Consisten en trasladar al paciente al departamento radiológico, donde se disponga de amplificador de imágenes, y sin realizar presión sobre el abdomen, empezar a obtener radiogramas o films, con sorbos muy escasos de bario bien batido.

La primera medida consistirá en practicar al paciente un lavado gástrico con agua helada y extraerle todos los coágulos.

Hay que seguir lavando hasta obtener un agua limpia.

Nosotros hemos añadido siempre percloruro de hierro, que lo aprendimos de nuestro padre.

La sonda del lavado debe ser gruesa tipo FAUCHER.

El examen radiológico en decúbito supino con un sorbo de barita evitando toda maniobra brusca se comienza examinando esófago con el fin de descubrir un divertículo, un tumor benigno, uno maligno, unas varices esofágicas, combinando con exploraciones oblicuas, rotando, finalmente, al paciente con el fin de impregnar bien todas las caras de la luz esofágica.

Esto mismo se hará con el cardias y estómago y duodeno, a fin de descubrir una hernia hiatal, divertículo o úlcus gastroduodenal o pólipos o neoplasias a este nivel.

Los peligros del traslado del en-

fermo y de la ingesta de bario durante la hemorragia son más teóricos que reales. Es más peligroso no diagnosticar al paciente y sobre todo perder el tiempo, esperando se resuelva la hemorragia con una simple transfusión.

En los casos en que se coloca la sonda de Tanner o el tubo de Sengstaken Blakemore, el bario puede introducirse después por la luz que tiene para controlar el contenido gástrico.

A continuación la endoscopia se impone. Hoy que se dispone del fibroscopio que es más manejable que el gastroscopio corriente, se debe emplear, todo ello después de la esofagoscopia de ritual.

Si la hemorragia es de tramos bajos intestinales, se impondrá una rectosigmoidoscopia.

La arteriografía tal y como la vemos practicando por el proceder de SELDINGER, y la ESPLENOPORTOGRAFIA, habitual, ya en nuestro medio hospitalario, afortunadamente, serán medidas exploratorias a tomar según las indicaciones.

La prueba del cordón de Fluoresceína sirve para determinar el lugar de la hemorragia y es simple. El enfermo ingiere un cordón que está calibrado y que tiene un filamento o sonda fina radio-opaca y que tiene unos nudos cada dos centímetros y medio. Una vez ingerida, hasta 50/70 cm., el paciente se echa sobre la mesa radiológica y se ob-

tiene una radiografía de abdomen. Se inyectan después 20 c.c. de solución de Fluoresceína al 5 por 100. A los cinco minutos se extrae la cinta o el cordón radio-opaco y se examina a la luz de Woods. La fluoresceína que se inyectó en vena, se vertirá en la altura de las vías digestivas donde está la hemorragia, e impregnará el cordón desde esa zona y hacia abajo. Se anota el nudo radio-opaco de la cinta que coincide con el límite de la impregnación del colorante y que localizado en la radiografía nos puede dar el lugar más o menos exacto de la zona hemorrágica.

En ocasiones todo esto fracasa y habrá que recurrir a la laparotomía exploradora donde se pone a prueba la experiencia del cirujano para proceder a una exploración exhaustiva de todos los órganos alojados en el vientre.

TRATAMIENTO

Comprende:

— REANIMACION

- a) transfusión sanguínea,
 - b) medidas de hemostasia (balón, lavados, etc.),
 - c) hipotermia gástrica de Wangensteen,
 - d) cirugía urgente.
- a) La transfusión de sangre que debe ser siempre de sangre fresca e isogrupo, es la mejor arma que se dispone para luchar contra la he-

fermo y de la ingesta de bario durante la hemorragia son más teóricos que reales. Es más peligroso no diagnosticar al paciente y sobre todo perder el tiempo, esperando se resuelva la hemorragia con una simple transfusión.

En los casos en que se coloca la sonda de Tanner o el tubo de Sengstaken Blakemore, el bario puede introducirse después por la luz que tiene para controlar el contenido gástrico.

A continuación la endoscopia se impone. Hoy que se dispone del fibroscopio que es más manejable que el gastroscopio corriente, se debe emplear, todo ello después de la esofagoscopia de ritual.

Si la hemorragia es de tramos bajos intestinales, se impondrá una rectosigmoidoscopia.

La arteriografía tal y como la vemos practicando por el proceder de SELDINGER, y la ESPLENO-PORTOGRAFIA, habitual, ya en nuestro medio hospitalario, afortunadamente, serán medidas exploratorias a tomar según las indicaciones.

La prueba del cordón de Fluoresceína sirve para determinar el lugar de la hemorragia y es simple. El enfermo ingiere un cordón que está calibrado y que tiene un filamento o sonda fina radio-opaca y que tiene unos nudos cada dos centímetros y medio. Una vez ingerida, hasta 50/70 cm., el paciente se echa sobre la mesa radiológica y se ob-

tiene una radiografía de abdomen. Se inyectan después 20 c.c. de solución de Fluoresceína al 5 por 100. A los cinco minutos se extrae la cinta o el cordón radio-opaco y se examina a la luz de Woods. La fluoresceína que se inyectó en vena, se vertirá en la altura de las vías digestivas donde está la hemorragia, e impregnará el cordón desde esa zona y hacia abajo. Se anota el nudo radio-opaco de la cinta que coincide con el límite de la impregnación del colorante y que localizado en la radiografía nos puede dar el lugar más o menos exacto de la zona hemorrágica.

En ocasiones todo esto fracasa y habrá que recurrir a la laparotomía exploradora donde se pone a prueba la experiencia del cirujano para proceder a una exploración exhaustiva de todos los órganos alojados en el vientre.

TRATAMIENTO

Comprende:

— REANIMACION

- a) transfusión sanguínea,
 - b) medidas de hemostasia (balón, lavados, etc.),
 - c) hipotermia gástrica de Wangenstein,
 - d) cirugía urgente.
- a) La transfusión de sangre que debe ser siempre de sangre fresca e isogrupo, es la mejor arma que se dispone para luchar contra la he-

morragia. Habrá ocasiones en que la velocidad de inyección deberá ser rápida y hasta momentos en que se deberá colocar un cateter o aguja en arteria y plenificar así el sistema circulatorio del paciente.

Sólo los datos clínicos y del laboratorio nos podrán marcar la cantidad a transfundir. Una vez recuperada la tensión, normalizado el pulso y las constantes fisiológicas, se dejará sólo una gota a gota muy lento, pero sólo se prolongará lo suficiente hasta acabar de normalizar todo lo anterior, pues insistir en ello puede favorecer de nuevo la hemorragia.

Todos los autores están de acuerdo en reponer la sangre perdida. Han pasado ya los tiempos de transfusiones pequeñas y repetidas.

Es muy importante para el control de la repoblación del sistema circulatorio, la determinación de la presión venosa. Una tensión venosa baja señala claramente un volumen deficitario que exige otra transfusión. Una tensión venosa alta, revela, en el caso de que la tensión arterial se mantenga baja, la existencia de una vasoconstricción; subsiste la centralización y exige un tratamiento vasodilatador, en las transfusiones e infusiones necesarias.

En el shock oligémico, no se debe infundir o transfundir demasiado por el peligro del edema de pulmón, pero no demasiado poco y sobre todo demasiado tarde.

Sólo tienen valor histórico el em-

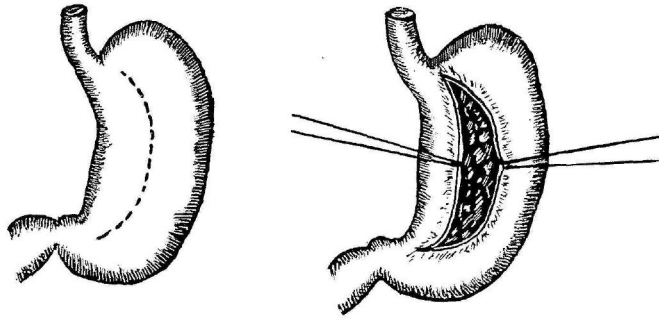
pleo de drogas como el simpatol, veritol, efortil cardiazol, etc., etc., en estos casos de hemorragias digestivas graves, pues los llamados tónicos circulatorios alteran la extensión del lecho vascular. Provocan un aumento tensional ligero con oclusión de la periferia, con lo cual queda comprometida la irrigación renal. De esta forma no se produce un aumento del transporte de oxígeno por unidad de tiempo en los órganos centrales. De ahí que estos tónicos estén contraindicados en el tratamiento del shock oligémico.

b) Entre las medidas de hemostasia, nada habrá mejor que el lavado gástrico con agua helada, en las hemorragias del tracto digestivo superior, al que añadimos nosotros un poco de percloruro de hierro, como era tradicional en clínicos de comienzos del siglo, medida que creemos no puede perder actualidad. El estómago vacío de sus coágulos, es como mejor podrá realizar la hemostasia. El agua helada es una especie de hipotermia, tal y como luego después los americanos han perfeccionado. No somos partidarios de aspirar después en el estómago porque nuestra experiencia nos indica que se puede favorecer la hemorragia.

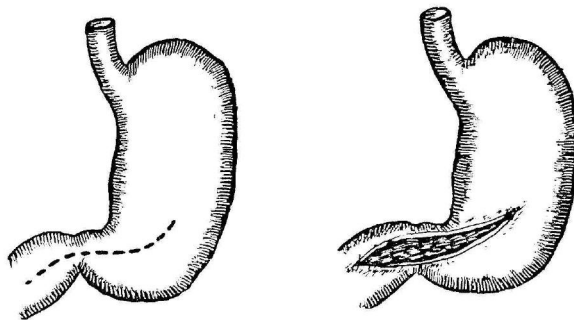
El lavado gástrico, además, reduce mucho la cavidad del estómago favoreciendo la hemostasia y dejándolo libre durante un tiempo de excesos de jugo gástrico siempre cau-

*Posibilidades técnicas a seguir en
las hemorragias gastro-duodenales*

I - Gastrotomía exploradora.

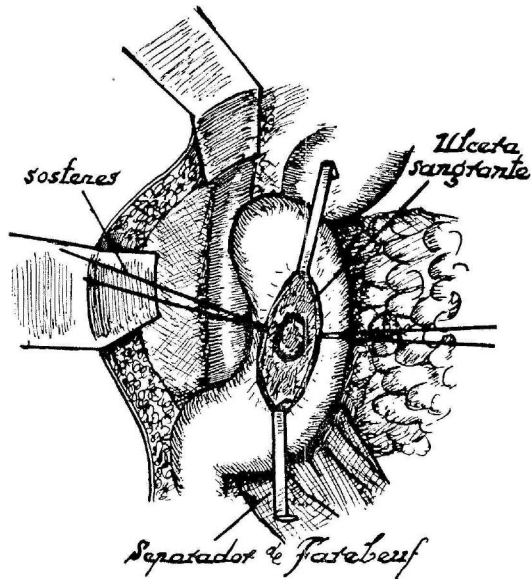
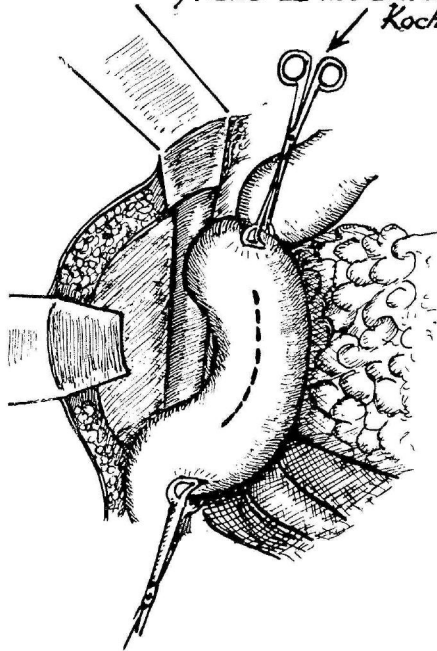


II - Antro piloro-duodenotomía

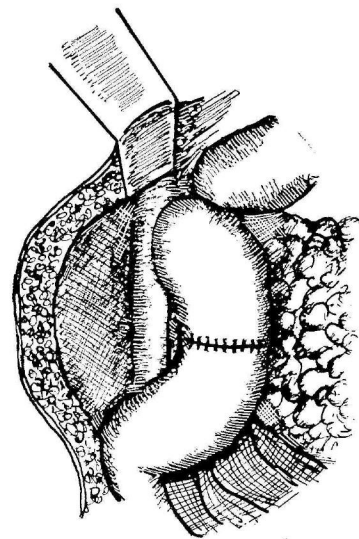


1- Duodenotomía a nivel de la 2ª porción (permite explorar todo el
 genús superior hasta el inferior. A veces es el complemento de la gastrotomía)

Pinza quirúrgica que
 clava el duodeno para
 facilitar su disección
 y hacer la manobra de
 Kocher



Se efectuará la hemostasia directa
 de una úlceta que sangra en su lugar
 por puntos en X sobre la superficie
 sangrante.



Sutura e la duodenotomía.

terizante y que puede retardar la hemostasia.

La administración de pitresina, de pituitrina, ya que produce un descenso notable de la presión portal mediante constricción importante de las arteriolas del territorio esplánico.

Gota a gota y en diez o quince minutos, 20 unidades diluidas en 100 c.c. de suero glucosado o leucosado al 5 por 100. Si se eleva demasiado la tensión arterial, disminuir el goteo, pero por lo general va muy bien y es motivo de ceder muchas hemorragias.

Si se confirma que la hemorragia es esófago-gástrica, la colocación del tubo de Sengstaken-Blakemore, introduciéndole por la nariz hinchando el balón gástrico cuando esté en el estómago.

Se tracciona hacia fuera y se fija y se hincha el balón esofágico.

Unas 24/30 horas hemos venido teniendo el tubo. Se practican aspiraciones para controlar el cese o mantenimiento de la hemorragia y en el 70 por ciento de su empleo, hemos detenido resultado, pese a que en algunas publicaciones se refleja el escepticismo sobre su empleo. Fuimos de los primeros en utilizarlos en nuestra patria y creemos que en un enfermo que sangra masivamente y se sabe que es esófago-gástrica la zona sangrante, no se pierde nada con su empleo y más si se le vigila y se piensa en los decúbitos que puede ocasionar.

c) En el tratamiento de las hemorragias gástricas se ha empleado la hipotermia, proceso o medida que no hay que confundir con la congelación gástrica.

La hipotermia (Wangenstein) consiste en reducir la temperatura del estómago por medio de un balón conectado a una doble sonda o mejor, sonda de doble luz, por los que se hace circular alcohol que se refrigera en un aparato generador de frío, controlando las temperaturas de entrada y de salida en el estómago, así como los volúmenes y la presión del líquido circulante.

En la hipotermia gástrica se baja la temperatura entre más cinco y más diez grados centígrados y se ha comprobado la detención de hemorragias que tienen su origen en el estómago y duodeno.

En la congelación gástrica se baja la temperatura por debajo de menos quince grados centígrados por un período de 45 á 60 minutos para curar la úlcera duodenal, consiguiendo la disminución o anulación de la secreción del estómago (ácido clorhídrico y pepsina) ulceroso durante un tiempo suficiente para que cicatrice la lesión ulcerosa. La congelación trata de destruir funcional y orgánicamente las células secretoras del estómago e inhibe los reflejos vagales, locales y hormonales que determinan tal secreción.

Algún mecanismo falla en tal proceso, puesto que recientemente hemos operado varios enfermos a

los que en otros servicios les han practicado tal proceder y hemos encontrado la lesión ulcerosa activa, aunque hemos de reconocer que en un caso reciente y que aún tenemos encamado en el servicio, las lesiones periulcerosas duodenales, la periduodenitis, la fibrosis periduodenal, y su adherencia al páncreas, han sido más fáciles de liberar, en otros términos, la conjuntivosis ha sido más blanda, quizá por la acción anti-inflamatoria del frío.

Sintetizando en el momento actual, podemos decir:

- la hipotermia gástrica debe ser usada para combatir la hemorragia, siendo eficaz y no teniendo secuelas desagradables, excepto que en ocasiones continúa el paciente sangrando.
- la congelación, produce destrucción de la mucosa gástrica, pero mucho cuidado, porque una palpación de médico poco prevenido desencadena la rotura del estómago congelado, fracturas verdaderas del estómago, desde el cardias al píloro. También puede repetir, evidentemente, la hemorragia o no cicatrizar la lesión

como hemos indicado y hasta puede ser causa de una transformación histológica de la mucosa del estómago. Welch cita un caso de necrosis gástrica, de cirugía urgente, y de dehiscencia de la sutura de boca anastomótica, ya que los tejidos congelados, son poco aptos para las suturas.

Entre las lesiones histológicas de la congelación, se describen:

- necrosis superficial,
- infiltración leucocitaria de la submucosa,
- dilatación y vacualización de las glándulas secretoras del estómago.

d) Si pese a todo, una hemorragia masiva se mantiene más de 24/48 horas y se han puesto en práctica todas las medidas anteriores, se debe recurrir a la cirugía, única forma de salvar una vida.

Una resección gástrica, una vagotomía y gastroentrostomía, una resección intestinal e incluso un shunt porto-cava o mesentérico cava de urgencia, podrá solucionar una hemorragia, según su procedencia y la indicación operatoria más oportuna.

BIBLIOGRAFIA

- ARSAC, M. y col.—Hemorragie digestive double lesion gastrique et coecale.—*Presse Medicale*, 72, 46, 2717, oct. 31. 1964.
- BARRALLO, G.—Las hemorragias digestivas de las macroglobulinemias.—*Gac. Med. Norte.*, 14, 6, 314, dic 1964.
- BRODY y cols.—Myleran en las hemorragias gastrointestinales complicando a los sindromes mieloproliferativos.—*Bibl. Med. Inter.*, 283, 24, 18941, nov. 1964.
- BRUNET, P.—Interret des substances a action circulatoire dans le traitement des hemorragias digestives de l'hypertension portale.—*Presse Medicale.*, 73, 23, 1387, 8, mayo 1965.
- CRAMPTON y cols.—Hipotermia gástrica para el tratamiento de hemorragias gastrointestinales altas.—*Surgery.*, 55, 497, 1964.—*Pren. Med. Arg.*, 51, 14, 837, oct. 2 1964.
- CREMER, M.—Hemorragias digestives.—*Bru. Med.*, 45, 16, 447, abr. 18 1965.
- DESGEORGES.—Hémorragie consécutive á une biopsie de l'intestin grêle.—*Presse Medicale.*, 73, 19, 1147, abr. 17 1965.
- FEDERICO, A. y cols.—Emergencias hemorrágicas en las úlceras gastroduodenales.—*Rev. Esp. Enf. Ap. Dig. Nutr.*, 22, 10, 1351, dic. 1963.
- GAMMOCK.—Diagnóstico y terapéutica en la hemorragia gastrointestinal en enfermos ancianos.—*Bibl. Int.*, 24, 280, 28300, agosto 1964.
- GARCIA-BARON.—Valor diagnóstico de las exploraciones clínicas empleadas en las hemorragias digestivas.—*Rev. Esp. Enf. Ap. Dig. Nutr.*, 24, 4, 431, abril 1965.
- GARRIZ.—Tres casos no comunes de hemorragias masivas altas del aparato digestivo.—*Pres. Med. Arg.*, 51, 26, 1585, dic. 25 1964.
- GOULON.—Guerison par refrigeration gastrique d'hémorragies digestives abondantes chez un insuffisant respiratoire chronique en aigue ventile par voie endo-tracheale.—*Presse Melicale.*, 73, 9, 493, febr. 20 1965.
- GUTIERREZ, A.—Hemorragia digestiva por aspirina.—*Galicia Clin.*, 37, 6, 422, jun. 1965.
- LEAPPE y col.—Pronóstico tardío de pacientes con hemorragias gastrointestinales altas.—*Am. J. Surg.*, 907, 297, 1964.—*Pren. Med. Arg.*, 51, 14, 838, oct. 2 1964.
- LEGER, L.—La congelation gastrique traitement de la maladie ulcereuse et des hemorragias gastro duodenales.—*Presse Medicale.*, 37, 1735, sep. 8 1962.
- LEGER, L. y col.—Traitement des hémorragias et des ulcères gastriques pas la réfrigération.—*Conc. Med.*, 87, 2, 1953, enero 9 1965.
- LEVY y cols.—La refrigeration visceral modérée traitement des hemorragias gastro-duodenales et des syndromes pancreatiques aigus.—*Presse Medicale.*, 72, 1, enero 1 1964.
- LOYGUE, J.—Les grandes hemorragias digestives.—*Revue Pract.*, 14, 25, 3123, oct. 1964.
- MEEROFF.—Hemorragias digestivas masivas en la úlcera gastroduodenal.—*Rev. Esp. Enf. Ap. Dig. Nutr.*, 24, 4, 502, abril 1965.
- MITTELUNG.—Zur frage der entstehung okklter blutungen im geolge der therapie mit salicilate.—*Arzneim. Forsch.*, 15, 3, 235, marzo 1965.
- OLIVARES, Miguel Angel.—Tratamiento de urgencia de la hemorragia digestiva.—*Pren. Med. Arg.*, 52, 3, 149, enero 15 1965.
- PATEL, J. C.—Hémorragias digestives post-opératoires.—*Presse Medicale.*, 73, 6, 318, enero 30 1165.
- PIERRE BLAMOUTIER.—Allergie a l'aspirine. Hémorragias gastriques précédant l'apparition d'asthme, d'urticaire ou d'oedème de quinke.—*Sem. Hop.*, 38, 1386, mayo 12 1960.

- POILLEUX y cols.—Hémorragies gastro-duodenales graves.—Revue Pratic., 12, 31, 216, 7, dic. 1962.
- QUEMADA, J. y col.—Hemorragias gastroduodenales. Revisión de casos personales.—Anal. Acad. Med. Cir. Vall., 1, 2, 15, ag. 1963.
- SANTILLAN.—Sangrado Masivo de vías digestivas por hipertensión portal.—Rev. Cir., 116, 207, julio-agosto.
- SOLDEVILLA.—Hemorragias gastrintestinales de origen nao ulcerosa.—Jornal do Med., 24, 55, 1133, 10, 232, agosto 1964.
- STREICHER, H. J.—Tratamiento de la hemorragia gástrica aguda.—Med. Klin. 5, 42, 26, febrero 1965.
- STREICHER.—Zur therapie der akuten magenslutung.—Mat. Med. Nordmark., 17, 2, 253, abr. 1965.
- TIBBS, D. J.—Selective surgery for gastroduodenal haemorrhage.—Brit. med. Journal., 5209, 1346, nov. 5 1960.
- WEISS, A. G. y col.—Thérapeutique chirurgicale des hémorragies digestives massives d'origine ulcéreuse.—Med. et Hyg., 453, 53, enero 30 1960.
- O tratamento das hemorragias digestivas.—Les Echos de la Médecine.—30 (18), 1, 1959.—Semana Médica, 37, 4, enero 10 1960.
- Bei fibrinolytischen blutungen hatte p-amino-methylbezoesäure erfolg. Med. Monat., 19, 6, 272, jun. 1965.
- Stress and gastro intestinal haemorrhage.—Brit. med. Journal. 1, 5443, 1140, mayo 1 1965.