

FACULTAD DE MEDICINA DE CORDOBA
Cátedra de Clínica Médica — Profesor Dr. Temístocles Castellano

Estudio clínico y terapéutico de las hemorragias graves por úlceras gastro-duodenales. (1)

POR EL

Dr. Ignacio Maldonado Allende

(Profesor suplente de Patología Interna de la Facultad de Medicina de Córdoba)

Ocurre con frecuencia en medicina que el estudio de algunas enfermedades no puede ser considerado como de carácter exclusivamente médico o exclusivamente quirúrgico. La participación de clínicos y cirujanos se impone, cuando el diagnóstico o la terapéutica requieran su colaboración o bien, cuando se temen o se hayan presentado ya, complicaciones que hagan modificar la conducta adoptada para su tratamiento.

Pocas enfermedades habrá que corroboren mejor esta afirmación como las úlceras gastro-duodenales. Sea que hagan una evolución habitual, sin complicaciones o que éstas se presenten (perforación, infección, hemorragias benignas, hemorragias graves, conecricación), siempre la duda sobre actitudes actuales o futuras, en cuanto a su terapéutica especialmente, obligarán a que emitan su opinión internistas y cirujanos.

En este trabajo voy a referirme solamente a uno de los aspectos que puede ofrecernos el ulceroso, el cual, junto con la perforación, es de los más graves y el que más urge resolver. Se trata del debatido problema de las hemorragias agudas, graves y repetidas que aparezcan en una úlcera gástrica o duodenal;

(1) Trabajo final de adscripción para optar a la suplencia de la cátedra de Patología Interna.

“problema éste de los más difíciles de la clínica” (Gutmann, 104) y que se presentará al médico con dos interrogantes principales: el de su diagnóstico y el de su terapéutica.

Su interés debe ir a la par con el despertado por la enfermedad originaria y por la situación de urgencia y de grave responsabilidad en que deberá colocarse el médico para su mejor resolución. Es así que se lo viene estudiando desde hace más de cincuenta años (Von Eiselsberg, Von Kleefe, Dieulafoy, Mickuliez), sin que hasta la fecha se lo haya resuelto definitivamente (Judd, Balfour, Duval, Corachán, Wilmoth, Papin, Finsterer, Von Haberer, Gutmann, etc.).

Hace un tiempo, interesado por el estudio de dos observaciones concomitantes a las cuales pude seguir hasta su desenlace, las publiqué haciendo su comentario y una reseña, sobre el tema. Debo anticipar que el criterio sostenido en aquella época ha cambiado en alguna de sus partes, después de haber recogido una mayor experiencia e información más amplia, pues desde entonces he continuado interesándome vivamente por este problema.

La casuística asciende a catorce observaciones, a las que pude seguir y estudiar detenidamente; varias de ellas debidas al gentil ofrecimiento de algunos colegas a quienes se las agradezco desde estas líneas.

Pudo haber sido más numerosa la casuística, pues he tenido oportunidad de ver un número aproximadamente doble de los utilizados; pero he querido seleccionarlos excluyendo a todos aquellos que, por diferentes razones, no pudieran ser encuadrados dentro de las finalidades del presente trabajo.

PLAN DE TRABAJO.

Considero útil y oportuno hacer previamente una síntesis sobre **la irrigación vascular sanguínea del estómago y duodeno**, la cual ha sido completada y modificada en estos últimos años (Djorup, Grégoire, de Río Branco, Testut-Latarjet). No será necesario insistir sobre la directa importancia de su exacto conocimiento en lo que a este asunto se refiere.

A continuación irá un breve estudio sobre **los diferentes tipos anátomo-patológicos de úlceras gastro duodenales**, la distin-

ción de las cuales, como más adelante lo veremos, es de gran importancia para la tesis que vaya a defenderse y sobre la actitud en caso de hemorragias.

Después se tratará el interesante problema de **las causas de la hemorragia** (hematemesis y melena); las causas gástricas y duodenales en primer lugar, para luego revisar las otras capaces de originarla. En párrafo aparte, pero dependiendo de este capítulo, van dedicadas algunas líneas a la temible asociación de **perforación y hemorragia**, ya que si bien “la hematemesis es complicación extremadamente rara en el curso de la perforación de una úlcera” (Mondor, 146), he tenido la oportunidad de poder observar un caso (Observación N° 14).

También veremos, tratando de no salir de los límites propuestos, **los elementos principales con que en la actualidad se cuenta para el diagnóstico de la úlcera encontrándonos frente a una hemorragia de la misma**, e insistiendo en algunos métodos modernos que tienen también valor pronóstico, tanto de la hemorragia en sí, como de la naturaleza y grado de la lesión.

Más adelante consideraré el **problema terapéutico**: Los casos en que está indicado el tratamiento médico o el quirúrgico, los recursos del tratamiento médico, las operaciones que puedan realizarse y el momento oportuno para intervenir.

Van por último relatadas **las historias clínicas y la documentación que me ha sido posible obtener en los casos observados**, los que serán utilizados como elemento de criterio al tratar de aclarar cada uno de los temas desarrollados.

Finalmente las conclusiones a que puede llegarse y la bibliografía consultada, seleccionada entre la numerosa que hay hasta la fecha.

Sintetizando, puede dividirse el plan de trabajo de la presente monografía en la siguiente forma:

- | | | |
|-----------|---|---|
| PARTE Iª. | } | <ul style="list-style-type: none"> A) Estudio anatómico de la irrigación vascular sanguínea del estómago y duodeno. B) Estudio anátomo-patológico de las diferentes formas de úlceras gastro-duodenales consideradas con relación a la hemorragia. C) Los mecanismos de producción de la hemorragia. |
|-----------|---|---|

PARTE IIª.	A) Las causas de la hemorragia	}	1) Causas gástricas y duodenales
			2) Causas extra-gástricas y extraduodenales
			3) Hemorragias criptogénicas
			4) Perforación y hemorragia
B) El diagnóstico de la úlcera con hemorragia y de la hemorragia en sí	}	1) Síntomas generales y del laboratorio	
		2) Síntomas locales	
		3) Algunos elementos especiales de diagnóstico	
C) El diagnóstico diferencial con las otras afecciones que pueden dar hemorragias.			
D) El Pronóstico	}	1) Según la causa	
		2) Según la cantidad y formas de producción de la hemorragia	
PARTE IIIª.	}	A) El problema terapéutico. Consideraciones generales	
		B) Las indicaciones del tratamiento médico	
		C) " " " " quirúrgico	
		D) Los recursos del tratamiento médico	
		E) " " " " quirúrgico	
PARTE IVª.	}	Observaciones	
		Conclusiones	

PARTE Iª.

A) LA IRRIGACION ARTERIAL DEL ESTOMAGO Y DEL DUODENO (1)

Sin extenderse más de lo que corresponde a un trabajo de esta naturaleza, veamos la forma en que se hallan irrigados arterialmente estos órganos. Los conocimientos que al respecto se te-

(1) Agradezco a los señores E. M. Osácar y Antonio Llorens, disectores del Instituto de Anatomía normal de la Facultad de Medicina de Córdoba, los esquemas y datos anatómicos que me proporcionaron tan generosamente.

nían hasta hace unos años, han cambiado y sido completados en algunas de sus partes; teniendo ello un especial interés en lo que a nuestro tema respecta.

El estómago. —

Es necesario mencionar, ante todo, al **tronco celíaco**, fuente sanguínea que irriga las vísceras del plano supramesocólico abdominal (hígado, bazo, páncreas, estómago y duodeno). Nace en la cara anterior de la aorta abdominal (fig. 1), a nivel del disco que separa la D XII y L I, y previo un corto recorrido no mayor de 1 a 3 centímetros, se divide en coronaria estomáquica y esplénica (fig. 1, 2, 3 y 5), las cuales forman el trípode celíaco de Haller.

El estómago está rodeado por un círculo arterial constituido por la reunión de varias ramas que proceden todas — directa e indirectamente — de la arteria antes descripta: el tronco celíaco.

Mas exactamente, el estómago posee cinco pedículos arteriales, correspondiendo: dos a la curvadura menor (coronaria estomáquica y pilórica), dos a la curvadura mayor (gastroepiploica derecha e izquierda) y el restante a la tuberosidad mayor (vasos cortos o “vasa breviora”), (fig. 2).

1°. Arco arterial de la curvadura menor. — Lo constituyen la coronaria estomáquica, rama del tronco celíaco y la pilórica, rama de la hepática. Ambas recorren la curvadura menor bifurcándose y anastomosándose por inosculación.

Del arco vascular formado por estas arterias se desprenden: a) Un ramo hepático (no irriga al estómago); b) La arteria esófago-cardio-tuberositaria anterior (fig. 2), que alcanza la cara anterior del esófago abdominal, del cardias y de la tuberosidad mayor del estómago, en donde se anastomosa con los vasos cortos; c) Los ramos gástricos en número de 10 a 12 para cada una de las caras del estómago.

Se dice de la coronaria estomáquica que es “la verdadera arteria del estómago”, dada su importancia.

2°. Arco arterial de la curvadura mayor. — Lo forman las dos gastroepiploicas: la derecha, rama terminal de la gastro-

ESQUEMA DE LAS ARTERIAS DEL ESTOMAGO Y DUODENO

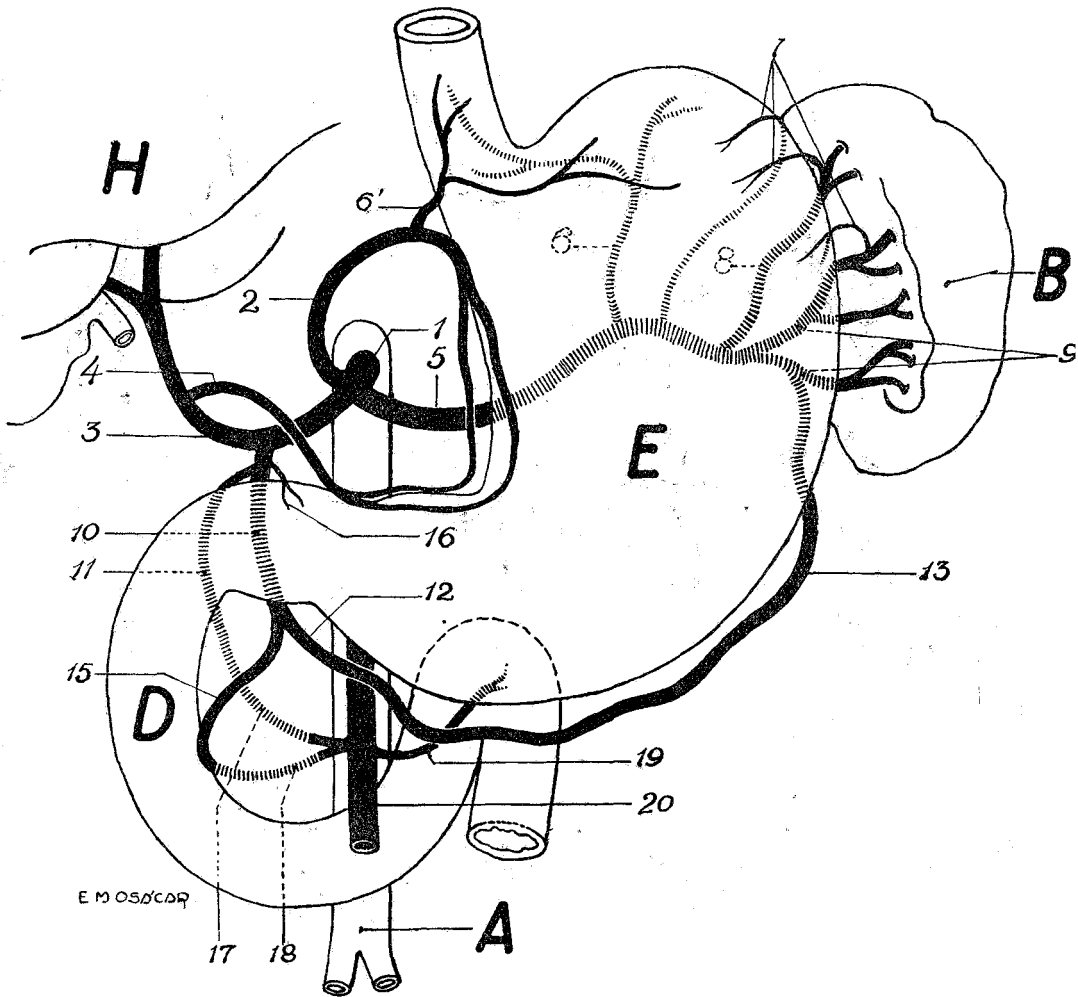


Figura 1.

H, Hígado; B, Bazo; E, estómago; D, Duodeno; A, Aorta.

- | | |
|--|--|
| 1, tronco celíaco. | 10, gastro-duodenal. |
| 2, coronaria estomáquica. | 11, pancreático-duodenal derecha superior. |
| 3, hepática. | 12, gastroepiploica derecha. |
| 4, pilórica. | 13, gastroepiploica izquierda. |
| 5, esplénica. | 15, pancreático-duodenal derecha inferior. |
| 6, esófago-cardio-tuberositaria posterior. | 16, duodenal superior (RIO-BRANCO). |
| 6', esófago-cardio-tuberositaria anterior. | 17, pancreático-duodenal izquierda superior. |
| 7, vasos cortos. | 18, pancreático-duodenal izquierda inferior. |
| 8, arteria polar superior del Bazo. | 19, arteria del ángulo duodeno-yeyunal. |
| 9, arterias terminales de la esplénica. | 20, arteria mesentérica superior. |

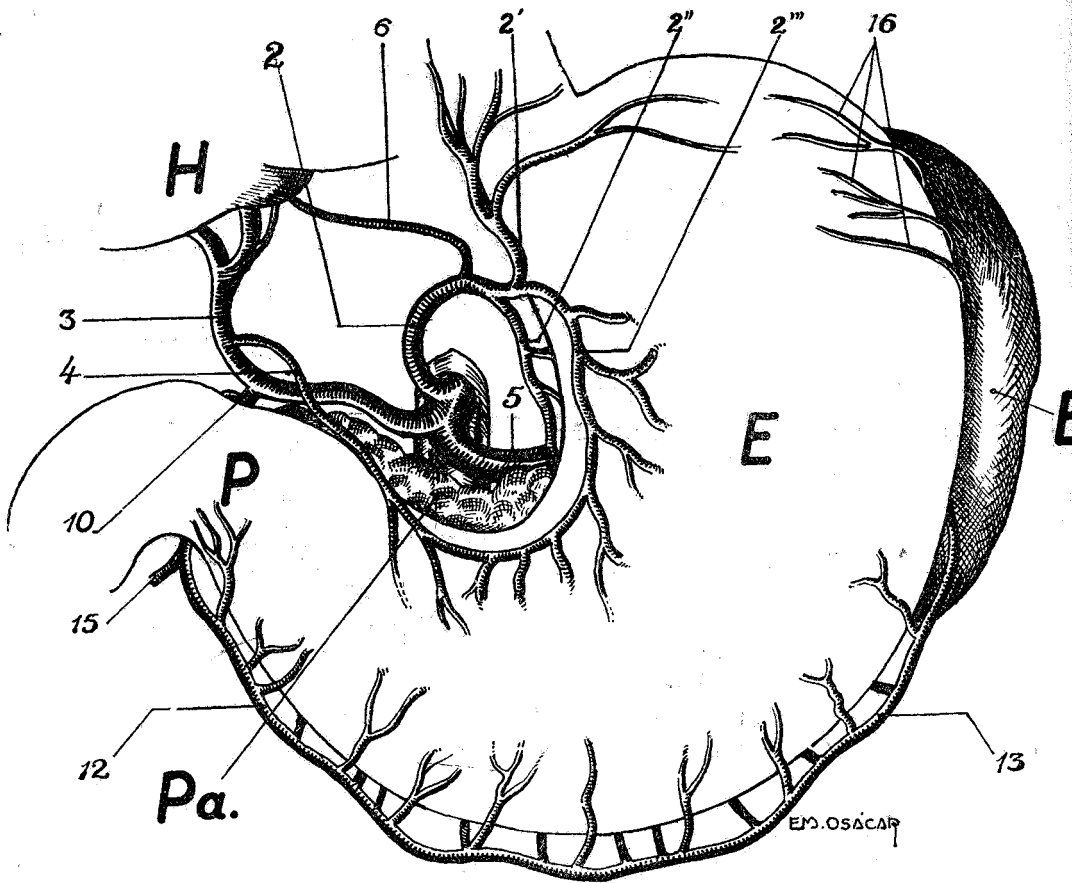


Figura 2.

H, Hígado; B, Bazo; Pa, Pancreas; E, Estómago; P, Píloro.

- | | |
|--|--|
| 2, coronaria estomáquica. | 6, ramo hepático (LERICHE y VILLEMÍN). |
| 2', esófago-cardio-tuberositaria anterior. | 10, gastroduodenal. |
| 2'', rama posterior de la coron. estomáquica. | 12, gastroepiploica derecha. |
| 2''', rama anterior de la coronaria estomáquica. | 13, gastroepiploica izquierda. |
| 3, hepática. | 15, pancreático-duodenal derecha inferior. |
| 4, pilórica. | 16, vasos cortos. |
| 5, esplénica. | |

duodenal (fig. 2) y la izquierda, que nace de la rama terminal inferior de la esplénica. Ambas alcanzan la curvatura mayor por cada uno de sus extremos y se anastomosan a lo largo de ella por inoseulación.

Este círculo gastroepilipoico, emite de once a quince ramas, que dividiéndose en Y, alcanzan ambas caras del reservorio gástrico.

3°. **Grupo arterial de los vasos cortos.** — Destinados a la tuberosidad mayor del estómago, se dividen en vasos cortos superiores, medios e inferiores.

4°. Deben citarse además, las tres arterias siguientes: a) La esófago - cardio - tuberositaria posterior (llamada por de Río Branco gástrica posterior ascendente) y b) La arteria gástrica posterior directa, que naciendo de la esplénica, alcanza directamente la cara posterior del estómago.

Terminación de las arterias en las tunicas del estómago. —

No escapará la grandísima importancia que tiene este asunto, ante el problema de las hemorragias gástricas, tanto en las de origen ulceroso como de otra naturaleza.

El concepto clásico (Poirier), decía: Hay independencia entre las ramificaciones de las arterias gástricas, pudiendo estas ser consideradas como terminales, "irrigando cada rama un territorio determinado de la mucosa gástrica".

El concepto moderno (Djorup, Testut-Latarjet, Grégoire), dice: Las ramas emanadas de los diversos pedículos arteriales, una vez llegadas al estómago, contribuyen a formar una red subserosa, una red intramuscular y finalmente una red submucosa de vasos bastante voluminosos (Ver fig. 5). De la red submucosa parten ramillas finísimas que suben hacia el epitelio, formando alrededor de las glándulas, verdaderos plexos periglandulares reunidos por cortas anastomosis. Es por ello difícil atribuir a cada arteria un territorio determinado en la mucosa. En el esquema de la figura 4 puede apreciarse una anastomosis entre dos arterias de la mucosa y el trayecto en espiral característico de las arterias que proceden del plexo submucoso. ("Torbellinos en espiral").

Puede concluirse lo siguiente: Existen anatómicamente anastomosis arteriales, pero dado que estas anastomosis son de arteriolas pequeñas y que su número no es grande, es posible deducir verosimilmente que las arterias del estómago, consideradas como arterias de la mucosa, son fisiológicamente terminales.

Ciertos hechos experimentales y otros patológicos están, ya con una ya con otra de las dos teorías enunciadas. En efecto, a veces la ligadura de un ramo arterial destinado a la mucosa gástrica produce la necrosis del territorio que irrigaba. Otras veces, por el contrario, la ligadura del o de los troncos originarios de una o más arterias que sangran, no impide que la hemorragia continúe.

El duodeno. —

Las arterias del duodeno proceden de la gastro-duodenal, rama, ésta, colateral de la hepática superior, rama de la aorta abdominal (fig. 3). La gastro-duodenal suministra las arterias pancreático-duodenales derechas y los ramos duodenales superiores de de Río Branco (fig. 1). La mesentérica superior suministra las arterias pancreático-duodenales izquierdas y la del ángulo duodeno-yeyunal (fig. 1).

1°. Arteria pancreático-duodenal derecha superior: Rama de la gastro-duodenal, recorre la cara posterior de la cabeza del páncreas y se anastomosa con la pancreático-duodenal izquierda superior (fig. 3) que generalmente nace de la mesentérica superior por un tronco común con la arteria pancreático-duodenal izquierda inferior. Suministra: La duodeno-pilórica superior y ramas pequeñas que se distribuyen por la cara posterior de la segunda porción del duodeno.

2°. Arteria pancreático-duodenal derecha inferior: Rama de división terminal de la gastro-duodenal, recorre primero la cara anterior de la cabeza del páncreas, luego su cara posterior y se anastomosa con la arteria pancreático-duodenal izquierda inferior, rama de la mesentérica superior. Suministra: La duodeno-pilórica anterior y ramas que se distribuyen por la cara anterior de la segunda porción del duodeno (fig. 3).

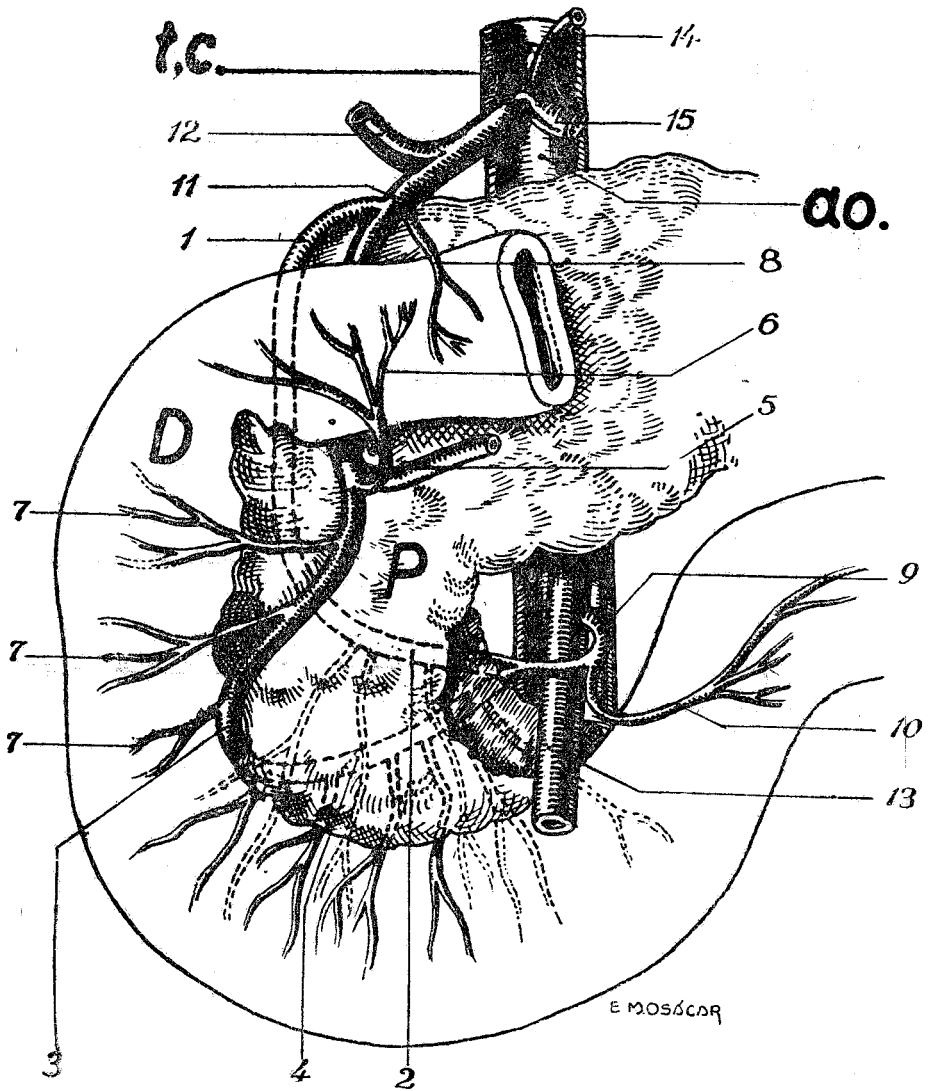


Figura 3.

P, Pancreas; D, Duodeno; t.c., tronco celiaco; ao, Aorta.

- | | |
|---|---|
| 1, pancreático-duodenal derecha superior. | 9, tronco común a 2, 4 y 10. |
| 2, pancreático-duodenal izquierda superior. | 10, arteria del ángulo duodeno-yeyunal. |
| 3, pancreático-duodenal derecha inferior. | 11, gastroduodenal. |
| 4, pancreático-duodenal izquierda inferior. | 12, hepática. |
| 5, gastroepiploica derecha. | 13, mesentérica superior. |
| 6, duodeno-pilórica anterior. | 14, coronaria estomáquica. |
| 7, 7, 7, ramos duodenales anteriores. | 15, esplénica. |
| 8, duodenal superior (RIO-BRANCO). | |

3°. Ramos duodenales superiores de de Río Branco: Se distribuyen por la primera porción del duodeno. Pueden nacer de la gastro-duodenal como también de la hepática o de la cística.

4°. Arterias pancreático-duodenales izquierdas superior e inferior: Nacen de la mesentérica superior, se anastomosan con las arterias pancreático-duodenales derechas y dan ramas para la 3ª. y 4ª. porción del duodeno.

5°. Las arterias del ángulo duodeno-yeyunal.

Terminación de las arterias del duodeno. —

Las arterias, cualquiera que sea su procedencia, se extienden primero entre la túnica serosa y la muscular (red subserosa); luego forman una red intramuscular a nivel de la musculosa y una red submucosa a nivel de esta capa.

De la red submucosa se desprenden finos ramillos que se distribuyen por las glándulas, por las vellosidades y por los folículos cerrados. Las ramitas destinadas a las glándulas adquieren igual disposición que en el estómago (**plexos periglandulares anastomosados entre sí**).

Vemos pues cuán rica y al mismo tiempo cuán bien sistematizada se encuentra la fina red arterial del estómago y del duodeno en sus diferentes túnicas. Vemos también cómo es posible la prosecución de una hemorragia aún cuando su fuente principal de origen haya sido excluída (ligaduras), si bien pueda en algunos casos coartarse la hemorragia por una razón más fisiológica que anatómica.

B) LOS DIFERENTES TIPOS ANATOMO - PATOLOGICOS DE ULCERACIONES GASTRO-DUODENALES CONSIDERADAS CON RELACION A LA HEMORRAGIA

El hecho de que existan diferentes clases de úlceras en cuanto a la naturaleza y grado de lesión, en cuanto a su profundidad, tipo de lesión vascular e importancia del vaso alcanzado, y, finalmente, número e intensidad de manifestaciones secundarias a la misma, nos autoriza a insistir en la gran importancia que tiene la

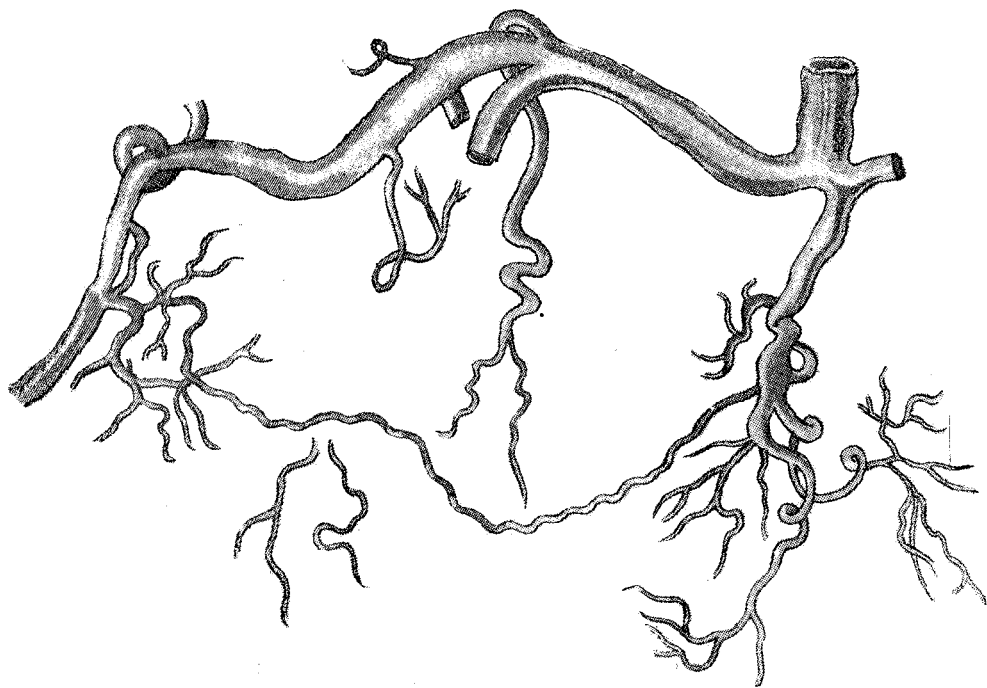


Figura 4.

Anastomosis entre dos arterias de la mucosa. Torbellino en espiral de Disse. (Según DJORUP)

diferenciación de éstas consideradas con relación a la hemorragia; no tanto por su influencia en el pronóstico, sino que especialmente la tendrá en cuanto al criterio terapéutico que vaya a defenderse.

Se podrá argumentar que clínicamente es difícil y aún mediante la operación, el poder llegar a distinguir la clase de úlcera que exista en un determinado caso. Claro está que esa dificultad no puede negarse, aunque a veces puede llegar a obtenerse esa diferenciación (ver más adelante). Pero, aún admitiéndola, muy útil será recordar la anatomía patológica, para que el médico no se empecine con una determinada conducta terapéutica y la defienda contra todo razonamiento. Habrá enfermos en los que su úlcera sangre irremisiblemente hasta matarlos, por más recursos médicos que se empleen; a otros, por el contrario, los salvarán estos recursos simplemente, sin necesidad de que sean intervenidos quirúrgicamente. Unos y otros padecerán, a no dudarlo, diferente grado y tipo de lesión ulcerosa. Son aquellos casos que “monopolizan el número de muertes”, los que más nos harán pensar en la importancia del conocimiento de la anatomía patológica del úlcus.

Recordemos, pues, cuales son las diferentes clases de úlceras y las lesiones secundarias o concomitantes a las mismas, considerando — claro está — con respecto a la hemorragia y sin extendernos más allá de lo que permite la índole de este trabajo.

Dos clases de lesiones habrá que considerar a este respecto: a) las que presenten el estómago y duodeno, concomitantemente o a consecuencias de la úlcera misma pero fuera de ella y b) la lesión ulcerosa en sí.

a) Entre las primeras, hay algunas que no ofrecen mayor interés para nuestro estudio o que solamente pueden tenerlo en forma indirecta. Me limitaré a enumerarlas. Tales son: La atrofia de la mucosa con aplanamiento y adelgazamiento de la misma; las tumefacciones más o menos marcadas y congestionadas, el mamelonamiento y espesamiento circunscripto o difuso, las sufusiones hemorrágicas en el espesor de la pared, principalmente submucosas; la dilatación del estómago y su atonía consecutivas a las úlceras pilóricas (Observaciones núms. 1 y 9); la esclerosis con preponderancia de fibroblastos y fibras conjuntivas en el corion de la mucosa, etc.

Otras lesiones, siempre dentro de las del primer grupo, tienen más importancia y más directa relación con el problema de las hemorragias gastro-duodenales. Son ellas **las erosiones y ulceraciones** que acompañan a la úlcera y que por otra parte, **pueden existir por diferentes causas mecánicas, tóxicas o infecciosas independientemente de aquellas** y hasta ser uno de los orígenes de la úlcera verdadera (Solé, 189). Van casi siempre dependiendo de un estado anterior o concomitante de gastritis, constituyendo en tal caso la **gastritis ulcerosa o erosiva**. (Gastritis ulcerógena; gastritis “madre de la úlcera” de Konjetzny).

Erosiones son llamadas aquellas que no pasan los límites de la mucosa y ulceraciones las que se extienden más, llegando también a una mayor profundidad pero sin pasar la muscular. Ambas — sobre todo las segundas — pueden ser origen de hemorragias más o menos copiosas y tenaces. Entre ellas debe ser incluida la “*exulceratio simplex*” de Dieulafoy, que este autor tan magistralmente describiera por primera vez, justamente a raíz de la observación de un paciente cuya manifestación principal la constituyeron las grandes hemorragias repetidas (Dieulafoy, 77) (fig. 6).

Las concepciones modernas niegan al *exulceratio simplex* su especificidad. No es en realidad más que un aspecto de la mucosa gástrica enferma. Puede reconocer causas muy diversas (infección generalizada, infección local extra-gástrica, gastritis anterior de naturaleza variable) las cuales han determinado una fragilidad particular de la mucosa y sobre todo de los vasos, que sangran fácilmente y cuya hemostasia espontánea resulta muchas veces difícil e imposible.

La importancia de la diferenciación de estas lesiones con la úlcera-enfermedad, no es en realidad más teórica que práctica, como lo dicen algunos autores (Soupault, 190); pues cuando coexisten ambas, la medida quirúrgica que puede llegar a adoptarse, debe dirigirse sobre las dos, haciendo la resección más o menos amplia del órgano, tal como si se tratara de una enfermedad ulcerosa (úlceras verdaderas en número de dos o más). Pueden asentar en cualquier lugar del órgano, pero con más frecuencia en el antro y 1ª. porción del duodeno.

grupo, tie-
problema de
siones y ul-
parte, pue-
o infecciosas
e los oríge-
mpre depen-
stritis, cons-
Gastritis ul-
ny).

os límites de
egando tam-
ascular. Am-
en de hemo-
as debe ser
e este autor
ustamente a
ación princí-
das (Dieula-

o simplex su
o de la mu-
diversas (in-
gastritis an-
terminado una
os vasos, que
resulta mu-

siones con la
que práctica,
s cuando co-
r a adoptar-
n más o me-
enfermedad
ás). Pueden
más frecuen-



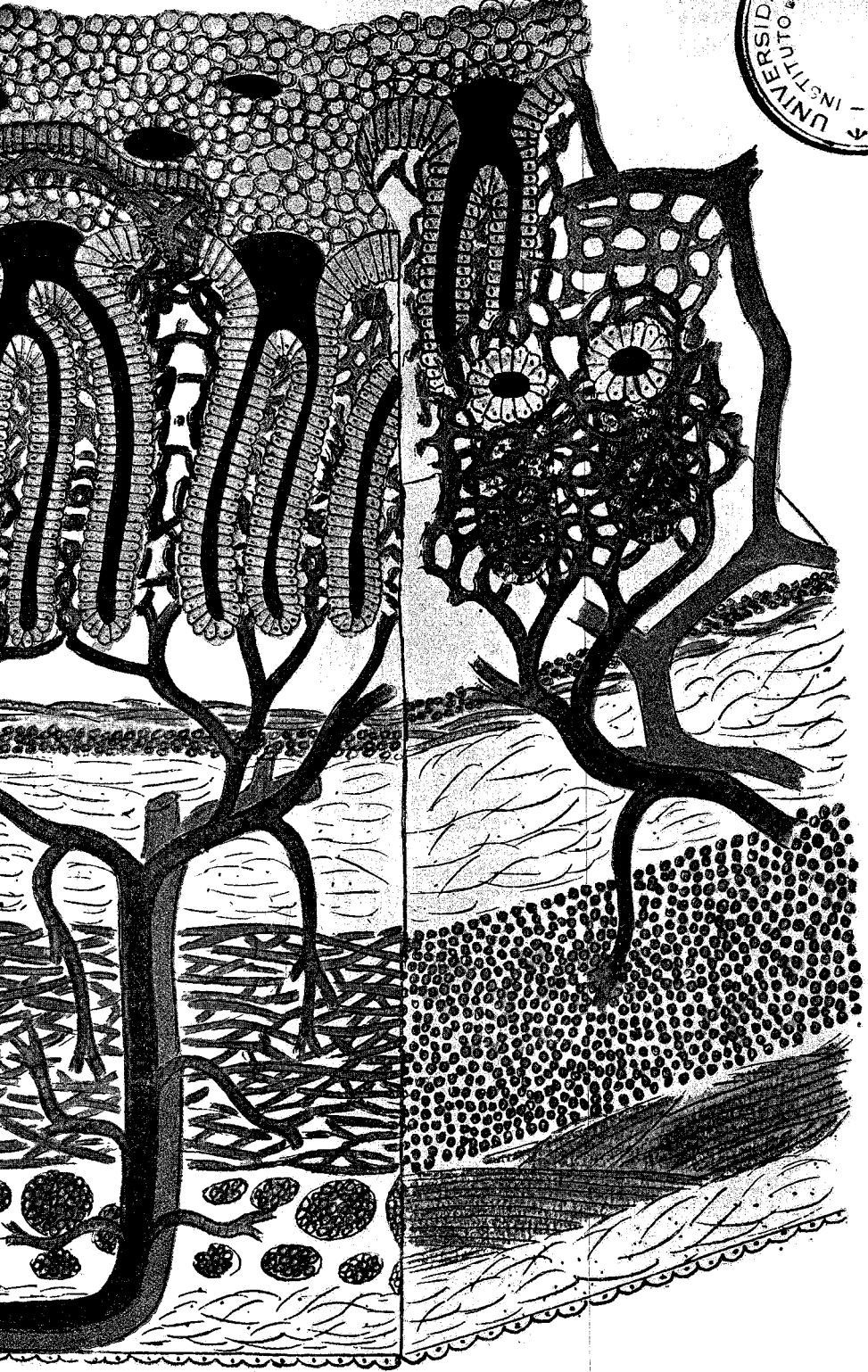


Figura 5.

Este tipo de ulceración mucosa es el que da muchas de las hemorragias gástricas y ello afortunadamente, pues suelen ser las de pronóstico menos severo y las que ceden más fácilmente al tratamiento médico (ver más adelante). Después se estudiará con más detención cuáles son las causas capaces de determinar estas lesiones.

b). **La úlcera.** — Sería extenderse demasiado y salirse de los límites impuestos por el tema, el querer hacer un estudio anátomo-patológico general de la úlcera. Sólo deseo recordar sucintamente algunos de los caracteres anátomo-patológicos que definen a una y otra forma, pues de ellos se puede inferir la importancia de la lesión vascular y tisular y éstas, a su vez, dejar deducir la importancia y la diferencia de la hemorragia que aquellas produzcan.

En este sentido, hay dos clases de úlceras verdaderas: a) **la úlcera simple, callosa o no** y b) **la úlcera callosa angio-terebante**, ya sea penetrante, perforante o simplemente profunda sin que haya llegado a atravesar la pared de la víscera (Wilmoth y Papin, 153).

a) **La úlcera simple, callosa o no**, es la más frecuente dentro de estas dos variedades. Su fondo es casi siempre liso, pero a veces se observan mamelones carnosos situados en la periferia del cráter ulceroso, los cuales pueden ser uno de los orígenes de la hemorragia (ver más adelante).

Su profundidad llega por lo general hasta la submucosa o hasta la muscular. Es callosa, cuando la producción fibrosa endurece el fondo y los bordes, espesándose las capas profundas y pudiendo determinarse un considerable engrosamiento del tejido que rodea a la úlcera.

No entremos en más detalles sobre la misma ya que son bastante conocidos y sólo recordemos que su asiento más frecuente es en mitad inferior de pequeña curvatura, en el píloro y en el bulbo duodenal.

b) **La úlcera angio-terebante.** (Observaciones 3, 4, 10 y 14). Su importancia es muy grande y debe ser bien tenida en cuenta cuando se está frente a un caso que presente hemorragias abundantes, repetidas e incoercibles.

Respecto a su frecuencia hay gran diversidad de opiniones y es una de las razones por las cuales hay tanta diferencia en las estadísticas. Quien no las cuente entre sus casos, explicable será que se muestre más bien optimista en el pronóstico y que presente una buena estadística con el solo tratamiento médico (Finsterer, 92).

Esta diversidad en las cifras depende, en gran parte, de la tendencia quirúrgica de algunos autores, especialmente de los que hacen gastrectomía y pueden estudiar la pieza reseçada.

Las úlceras angio-terebantes son aquellas generalmente ca-llosas, que habiendo profundizado mucho en la pared gástrica o duodenal y que pudiendo llegar a perforarse (Observ. N°. 14) o penetrar en un órgano vecino (Observ. N°. 10), han alcanzado un vaso importante, lesionándolo en una mayor o menor extensión de su trayecto al través del campo de la úlcera. La abertura del vaso será casi siempre lateral u oblicua — “fístula arterial de Délore” — pudiendo presentar una o más perforaciones y hasta su sección completa (ver figuras 7 y 8).

La técnica aconsejada por Tixier y Claver (193), inyectando en las arterias lipiodol o cualquiera otra substancia opaca a los rayos, permite ver en la placa radiográfica cual es el vaso lesionado y hasta el grado y forma de lesión que ha sufrido.

Los asientos más frecuentes de esta forma tan temible de úlcera son la cara posterior del duodeno y la pequeña curvadura.

En el primer caso, las arterias alcanzadas son la gastro-duodenal, rama de la hepática y una de las pancreático-duodenales (ver fig. 1). En el segundo caso, cuando la úlcera angio-terebante es de la pequeña curvadura, la fuente de la hemorragia está constituida por dos principales arterias: la coronaria estomáquica o una de sus ramas y la esplénica o una de sus ramas (hasta 4 ramas juntas de la esplénica en un caso de Papin) (ver fig. 3).

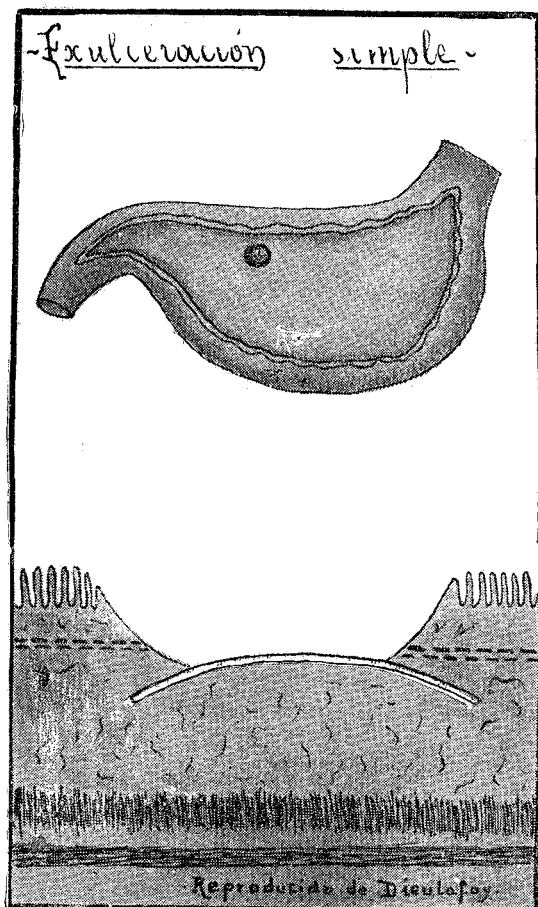


Figura 6.

C) LOS MECANISMOS DE PRODUCCION DE LA HEMORRAGIA

El mecanismo mediante el cual se produce la hemorragia es diferente en las diversas variedades de úlceras que se han pasado en revista. Tiene importancia su conocimiento, pues así será fácil explicarse cómo hay formas de hemorragias incoercibles, que imponen, por decirlo así, una medida quirúrgica inmediata y cómo hay otras que cederán fácilmente con el solo tratamiento médico.

En las lesiones del primero y segundo grupo anátomo patológico, vale decir, en las ulceraciones superficiales y en las úlceras callosas simples, podrá producirse la hemorragia por cuatro mecanismos diferentes:

a) **Puede ser una fina arteriola de las que forman la red mucosa o submucosa, que se abre al nivel de la úlcera.** — La hemorragia que dé puede llegar a ser de una relativa importancia y repetirse, pero lo más frecuente es que se produzca en tales casos la hemostasia espontánea, por retracción del pequeño vaso o por formación de un coágulo en el mismo.

b) Un segundo mecanismo de producción es el de la **congestión de la mucosa alrededor de la úlcera**, originándose una hemorragia en napa, la cual por lo general no es muy rebelde y si bien suele repetirse en varias oportunidades, no tardará en ceder con el tratamiento médico. Esta hemorragia coincide casi siempre con un período inflamatorio de la úlcera misma, siendo esta congestión de la mucosa peri-ulcerosa, una de las manifestaciones de tal inflamación.

c) Una importancia práctica grande tiene la tercera forma de originarse la hemorragia. Me refiero a **las que se producen a distancia de la úlcera y a consecuencia de la gastritis superficial más o menos extensa**, la cual suele ser previa y generadora de la úlcera o también secundaria a la misma. Ella explica los resultados negativos de algunos exámenes de piezas resecaadas o de necropsias en las que el anátomo-patólogo suele no encontrar causa que explique la hemorragia fuera de la úlcera misma.

Su existencia es frecuente en las úlceras del píloro, pues en

ellas se produce la atonía del músculo gástrico y la gastritis por retención prolongada del quimo. ácido, gastritis que con frecuencia es del tipo hemorrágico (Observ. N° 1).

d) El cuarto mecanismo de producción de la hemorragia en este primer grupo, es el provocado **por los mamelones carnosos situados en la periferia del cráter ulceroso**. Suelen ser recidivantes pero de abundancia moderada.

En las úlceras angio-terebrantes, la gravedad de la hemorragia va casi siempre a la par con la importancia de la lesión misma. Ya nos hemos referido, en parte, a su mecanismo, al estudiar su anatomía patológica. Veámoslo con más detalles. Un grueso vaso (gastro-duodenal, coronaria estomáquica, una rama de la esplénica), es alcanzado por la progresión del proceso ulceroso en su trayecto al través de la lesión, coincidiendo casi siempre con su reactivación inflamatoria (Hartmann, 109). Esta reactivación inflamatoria podrá ser apreciada por el médico aún antes de que aparezca la hemorragia, pues dará fiebre, exacerbación del dolor, leucocitosis, etc, etc. La hemorragia así provocada, será siempre grave por su abundancia, tenacidad y rebeldía al tratamiento médico, dada la importancia del o de los vasos interesados. En efecto, será una hemorragia en chorro y por más esfuerzos que haga el organismo (plaquetosis, formación de coágulo, retracción del vaso) o el médico, no podrá ser evitada. En casos muy graves puede llegar a substraer hasta un 70 % de la sangre total, según dice haberlo comprobado Tzanck (195).

Claro está que a estas hemorragias graves de las úlceras angio-terebrantes las pueden preceder otras de menor abundancia, las que se producirán por alguno de los mecanismos arriba mencionados para las otras úlceras.

Scheidter (182), ha hecho recientemente un interesante estudio sobre **la posible influencia de las variaciones barométricas en el origen de las hemorragias y perforaciones de las úlceras gastro-duodenales**.

En su trabajo pueden obtenerse detalles sobre el particular.

Como resumen de la anatomía patológica y de la patogenia, van los dos cuadros sinópticos siguientes:

ANATOMIA PATOLOGICA	{	Ier. grupo	{	Ulceraciones Erosiones Exulceratio simplex	{	Van acompañadas de gas- tritis o duodenitis o son expresión de éstas.
		IIº. grupo	{	Úlceras simples callosas		
		IIIer. grupo	{	Úlceras callosas profundas angio-terebantes, perforantes, adherentes a otros órganos o sim- plemente profundas.		

PATOGENIA DE LAS DIFERENTES FORMAS DE HEMORRAGIA	{	En las lesiones del 1º y 2º grupo aná- tomo patológico ..	{	a) Abertura de una fina arteriola al nivel de la ulceración en la capa mu- cosa o en la submucosa. b) Congestión de la mucosa peri-ulce- rosa. c) Hemorragias a distancia de la úlce- ra por las lesiones de gastritis y fa- vorecidas por el éstasis y la atonía. d) Mamelones carnosos situados en la periferia del crater ulceroso.
		En las lesiones del 2º grupo	{	Lesión de un grueso vaso (abertura única o múltiple o su sección com- pleta), precedida o no por hemorra- gias producidas por uno de los meca- nismos anteriores.

PARTE IIº.

LAS CAUSAS DE LA HEMORRAGIA

Las causas capaces de determinar una hemorragia importante en el estómago o duodeno son múltiples. Bueno es recordarlas a todas y tenerlas bien presentes al hacer el diagnóstico etiológico. Más de un error de diagnóstico, más de una intervención inútil o de una abstención quirúrgica perjudicial, se podrá evitar si se llega a puntualizar con exactitud la causa verdadera de una hemorragia gástrica o duodenal.

Unas — las más numerosas e importantes — son ocasionadas, directa e indirectamente, por úlceras. Otras están supeditadas a diversas afecciones gástricas o duodenales y que nada tienen que ver con la úlcera. Otras hay que tienen su origen fuera del estó-

mago y del duodeno, pudiendo ser provocadas por órganos alejados o próximos a estos o bien por un estado especial de la crisis sanguínea. Finalmente, hay otro grupo de hemorragias que pueden llamarse criptogenéticas y que se irá reduciendo a medida que mejor se investiguen las causas de la hemorragia.

Me referiré por último al grave problema de la perforación y de la hemorragia (Observ. N°. 14), ya sea que se produzcan concomitantemente o a corto intervalo entre una y otra.

I) Causas gástricas o duodenales. —

En primer lugar **las úlceras**. Respecto al puesto que éstas ocupan en las estadísticas globales de las causas de hemorragias gastro-duodenales, hay disparidad de opiniones. Bulmer (39) encuentra 467 veces sobre 526 casos (89 %) una úlcera gástrica o duodenal como causa de la hemorragia. Riwiers y Wilbur (172), sobre 668 hematemesis, en un 70.6 % de los casos, era una úlcera gástrica o duodenal la causa de la hemorragia.

Démole (76) y Gutmann (104) encuentran un porcentaje muy diferente: Sobre 100 casos de hemorragia, 19 veces tan sólo la causa era una úlcera (19 %). Una estadística con porcentaje semejante ha presentado Balfour (13).

La estadística que presento en este trabajo es reducida; querer sacar de ella una conclusión definitiva no sería sensato. De todos modos, la impresión recogida al través de los casos observados es la de que se aproximan más a la verdad aquellas que dan un porcentaje más elevado a las úlceras que a las otras causas.

La diferencia en las estadísticas creo que puede ser debida, entre otras, a dos principales razones. En primer lugar, el número de errores de diagnóstico que se han cometido hasta hace poco, dejando pasar úlceras sin ser diagnosticadas, ha sido grande y aún lo sigue siendo. Cuántas veces existirá una úlcera que pase desapercibida, sea por un examen incompleto, sea porque la hemorragia misma borre o disimule la imagen radiológica y el cuadro clínico. En segundo lugar, porque los autores no se ponen de acuerdo en sus estadísticas para incluir o no, entre las hemorragias por úlceras a aquellos casos en que no es la úlcera la que sangra, sino la mucosa gástrica o duodenal concomitantemente enferma (El

concepto moderno involucra en la “**enfermedad ulcerosa**” a las gastro-duodenitis, procesos que suelen ser previos a la formación de la úlcera verdadera y que constituyen uno de sus mecanismos de producción más aceptados en la actualidad).

Entre las otras causas gástricas y duodenales, hay muchas que pueden dar hemorragias importantes y repetidas. Las pasaré en revista tratando de incluir a todas las principales.

Las gastritis y duodenitis crónicas o agudas hemorrágicas, primitivas y secundarias. Su estudio ha sido hecho principalmente en estos últimos tiempos, si bien ya se las tenía en cuenta desde hace mucho como afecciones capaces de dar hemorragias graves.

Gutmann (104 y 105) hace de las mismas un importante estudio. Papin y Wilmoth (153), Pauchet (156), Einhorn, Rehfuss (169), Schindler (184 y 185) y otros, se refieren a ellas en sus trabajos con especial dedicación.

Un número grande de casos que quedaban sin diagnóstico, han hallado aquí su explicación (ver más adelante). Pueden ser primitivas o aparentemente al menos, secundarias. Las primeras son las de más interés. Su sintomatología puede ser escasa o nula o bien semejante a la de la úlcera (“Pseudo-úlceras de Pauchet”); como que pueden ser parte integrante del mismo proceso (ver antes).

La gastroscopía ha demostrado su relativa frecuencia y ha conseguido hacer ostensible sus caracteres anátomos-patológicos principales (Schindler, 183 y 184). La mucosa está roja, congestionada; hay erosiones superficiales y localizadas o, en casos menos marcados, un piqueteado hemorrágico. El asiento de la gastro-duodenitis es principalmente en el antro y bulbo duodenal. La radiología de los pliegues de la mucosa — como lo veremos más adelante — ha contribuído también a su estudio. (Observ. N°. 1).

Respecto a la frecuencia con que las gastro-duodenitis pueden dar hemorragias apreciables y de una mayor o menor gravedad, no hay uniformidad en las opiniones. Démole (76), sobre 68 casos la encuentra en 2; Gutmann (104), sobre 100 casos de hematemesis, cree que 6 veces la causa fué una gastro-duodenitis; otros autores, Schindler, por ejemplo, las juzgan como mucho más frecuente, de acuerdo a sus estudios gastroscópicos.

También hay formas secundarias de gastro-duodenitis. Son aquellas debidas a infecciones agudas o crónicas, a intoxicaciones y entre éstas, especialmente las secundarias a la uremia, que no deberán ser confundidas con la uremia que pueda aparecer durante la evolución de las hemorragias graves y repetidas como una complicación de las mismas (retención del "budín" sanguíneo).

El cáncer gástrico. — Considerando únicamente a las hemorragias graves, agudas, repetidas, el cáncer gástrico — contrariamente a lo que podría imaginarse a priori — no ocupa un lugar importante como causa productora de hemorragias. Con todo, hay casos en los que suelen presentarse hemorragias precoces o tardías en el curso de su evolución, las cuales pueden llegar a ser paroxísticas y de gravedad, haciendo pensar, si el caso no es muy claro, en que se trate de una úlcera. Conozco sin embargo un caso relatado por el Profesor Ramón Brandán, en el que se llegó al diagnóstico de neoplasia gástrica en un paciente de 57 años, con graves hemorragias, sin mayores antecedentes y en el cual se practicó la resección gástrica, encontrándose con una úlcera callosa que curó en forma definitiva.

Raras veces un cáncer debuta con una hemorragia grave. Urban, citado por Gutmann lo encuentra en un 5 % de su estadística compuesta por 360 casos de cánceres gástricos. Son las formas anátomo-patológicas que se ulceran precozmente las que se inician con esta complicación. También pueden aparecer las hemorragias más tardíamente. Balfour (13) las encuentra en el 7.5 % de los casos; Gutmann las halla tan sólo en un 3 %; Rehfuß cita un caso de gravísimas hematemesis tardías por cáncer gástrico.

Claro está que no se toman en cuenta las pequeñas hemorragias sintomáticas del cáncer gástrico, las hemorragias ocultas en las heces o los vómitos con discretas cantidades de sangre retenida, accidentes tan comunes de observar en esta afección y que no ofrece mayor interés para nuestro estudio.

Los tumores benignos del estómago. — No son muchos los casos publicados sobre hemorragias graves en los tumores benignos del estómago y por otra parte, éstos son muy poco frecuentes.

Es necesario de todos modos tenerlos en cuenta ya que se han descripto algunos que presentaron graves y repetidas hemorragias

y que por el hecho de haberse ulcerado, daban imágenes radiológicas persistentes que podían ser interpretadas como nichos de cara (Gutmann, 104) o como imágenes lacunares.

Kohn (126), al referirse a ellos, insiste en la posibilidad de la confusión con una úlcera. Balfour presentó una de las casuísticas más importantes (58 casos) y el 10 % de ellos habían dado hemorragias graves. Gutmann, sobre sus 100 casos de hemorragias sólo encuentra 1 causada por tumor benigno del estómago. Morgan (147) cita un interesante caso de hemorragia mortal por mioma gástrico. Goyena, Bianchi, y Caeiro (98), publican un caso de Schwammona del estómago ulcerado y hemorrágico.

Las poliposis gástricas son las que pueden dar hemorragias más graves.

Para el diagnóstico de los tumores benignos del estómago habrá que recurrir a la radiología y a la gastroscopía (ver más adelante), siempre que el estado del enfermo lo permita.

La sífilis gástrica. — Hay que pensar en ella cuando se está en presencia de una hemorragia digestiva que no hace su prueba (Rehfuss). No hay para qué insistir sobre la importancia de su diagnóstico causal, ya que en caso de ser afirmativo, el tratamiento específico dará un buen resultado la mayoría de las veces.

Hay formas hemorrágicas de sífilis gástricas y en ellas la gravedad puede ser muy grande, obligando a tomar medidas más coercitivas que el simple tratamiento médico.

Con todo, la frecuencia de las hemorragias graves en la sífilis gástrica ocupa un lugar muy bajo en las estadísticas. No he observado ningún caso.

Otras causas de origen gástrico y duodenal. —

Gutmann, Laval y Schlumberger (106) han publicado una interesantísima observación de angiomas familiar o enfermedad de Osler, en la cual, varias veces por año, se presentan hematemesis y melenas graves. El diagnóstico se facilitó en este caso por presentar enormes angiomas en la cara.

Délore, Comte y Labry (71), describen una afección caracterizada por una gran dilatación de los vasos del estómago, animados de latidos, semejantes al aspecto presentado por los aneuris-

mas cirsoideos y que pueden dar graves gastrorragias. Lo denominan “estómago vascular plusátil”. Pietri (161) ha relatado después otro caso semejante.

Alberti (4) se refiere últimamente a hemorragias causadas por várices del bulbo duodenal, cosa, en realidad, perfectamente lógica.

El saturnismo, el tabes, ciertas toxicomanías y entre ellas muy especialmente la morfínomanía, son otras tantas causas de hemorragias gástricas.

2) Causas extras gástricas y extras duodenales. —

Hasta ahora hemos visto las causas gástricas y duodenales capaces de dar hemorragias graves. Pasaré en revista un segundo grupo de causas, aquellas extras gástricas y extras duodenales, las cuales son importantes de recordar, no sólo por su variedad y número sino que también lo son por la gravedad de las hemorragias a que pueden dar lugar y por su diagnóstico con las hemorragias por úlceras gástricas o duodenales.

Más de una vez habrá ocurrido el caso de hacer intervenir a pacientes con el rótulo de úlcera hemorrágica y que el diagnóstico posterior, dado por el mejor examen ulterior del enfermo, por su evolución o por la necropsia, haya revelado una esplenopatía, una colecistitis, una apendicitis o cualquier otra causa ajena al estómago y duodeno mismo.

a) **Hemorragias por apendicitis.** — Tanto las apendicitis agudas como las formas crónicas, pueden manifestarse por medio de hemorragias gástricas de una mayor o menor importancia.

Las ocasionadas por el apéndice agudo, son bien conocidas desde la interesante descripción que de ellas hiciera Dieulafoy (“Vómito negro apendicular” de Dieulafoy). Las segundas, las de la apendicitis crónica, son de mayor interés por el diagnóstico, no siempre fácil, con una úlcera duodenal y sobre todo, por la posible coexistencia de ambas afecciones, como en la observación de Paterson citada por Papin. En este último caso, el médico se equivocará con facilidad atribuyendo la hemorragia a la úlcera las más de las veces.

Con todo, las apendicitis no son una etiología frecuente de

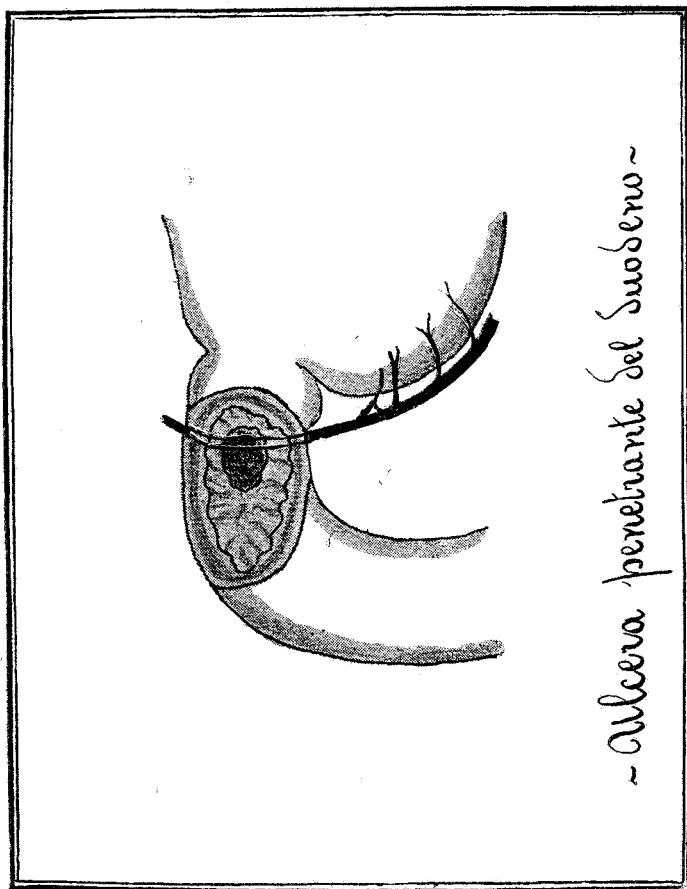
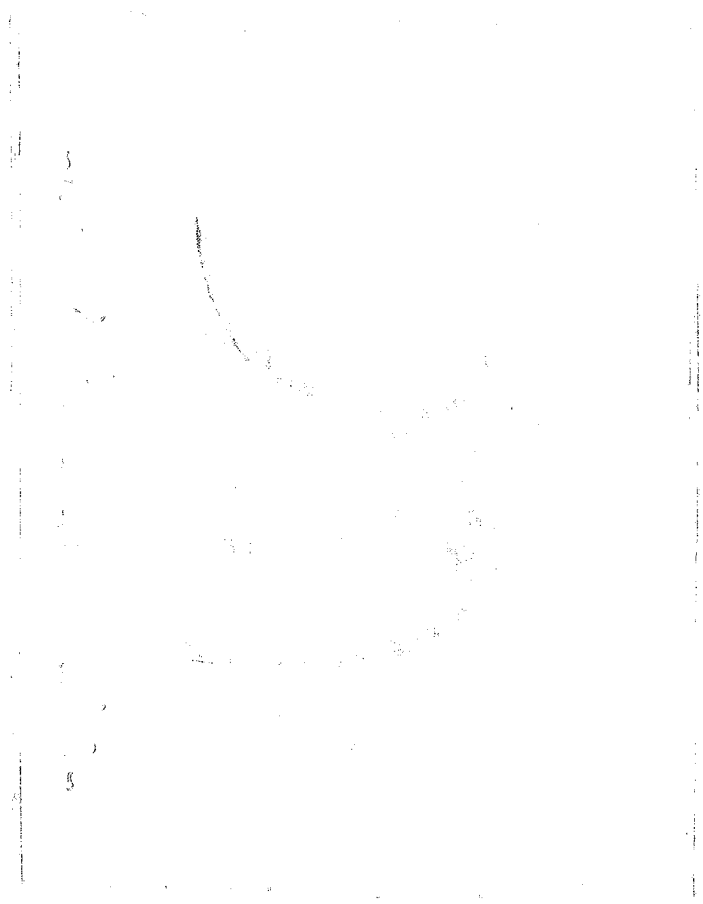


Figura 7.



hemorragias gastro-duodenales; especialmente si se las compara con la enorme frecuencia de la inflamación aguda o crónica del apéndice.

b) **Las perivisceritis.** — Las peritiflitis, pericolitis, pericolecistitis y sobre todo las periduodenitis y perigastritis, pueden originar una congestión marcada de la región píloro duodenal y producir hemorragias de gravedad.

Se ha abusado y se abusa en realidad de estos términos y si se investiga bien, más de una vez se encontrará la verdadera causa de la hemorragia en una úlcera oculta, sobre todo duodenal. La radiología, cuando sea posible recurrir a ella, podrá darnos la última palabra.

c) **Afecciones hepáticas.** — Las afecciones del hígado pueden dar hemorragias gastro-duodenales por dos mecanismos diferentes: Unas veces es la insuficiencia hepática obrando sobre la crisis sanguínea, que se revela por medio de hemorragias y en cuyo caso éstas van acompañadas por el cuadro sintomático de las mismas; en otros casos se trata de la repercusión anatómica, puede decirse, de una cirrosis con hipertensión portal. En la casuística que presento incluyo a un caso de sífilis hepática (Observ. N° 14), el cual presentó hematemesis abundantísimas con un síndrome de hipertensión portal moderado y pasajero aparecido **pocos días después que tuviera las hemorragias.**

El diagnóstico, como lo veremos después, no será difícil verificarlo sobre todo cuando los antecedentes y el examen del paciente nos permitan comprobar los signos de la afección hepática. Más dificultades habrá cuando la afección se inicia clínicamente con las hemorragias.

d) **Las hemorragias de origen esplénico.** — A continuación de las hemorragias de origen hepático deben ir las que se producen a raíz de una afección esplénica, las cuales han motivado en estos últimos tiempos una serie de trabajos de alto interés e importancia.

Todas aquellas afecciones del tipo de las esplenopatías primitivas, la enfermedad de Banti, los síndromes pseudo bantianos y el grupo de las esplenomegalias cirrógicas, la tuberculosis esplénica, (Lereboullet), etc., pueden originar en un momento dado de su

evolución, hematemesis que en ocasiones llegan a terminar con la vida del paciente.

Ultimamente he podido observar en el servicio del Profesor Temístocles Castellano un paciente con el cuadro de una probable trombosis de la vena esplénica, en el cual se produjeron hematemesis graves y repetidas.

El médico que tenga en su presencia un cuadro de graves hematemesis, debe siempre examinar el bazo y pensar en la posibilidad de un origen esplénico. Y más aún, casos hay en los que la hemorragia se produce sin que exista ningún síntoma por el lado de este órgano, el cual se presenta de tamaño normal; no debe descartarse esta etiología por esa negatividad de los síntomas, **pues la hemorragia puede ser el primer síntoma de una afección esplénica**, como lo han demostrado Ferrata (88), Abrami (1), Laignel-Lavastine (129), Harvier y Maison (111) entre otros.

Las condiciones por las cuales se producen hemorragias en el curso de las esplenopatías quedan aún sin aclararse de un modo definitivo, a pesar de todas las suposiciones y trabajos al respecto. Tres patogenias pueden ser puestas en juego: El factor mecánico, el factor sanguíneo y las causas vasculares locales del estómago. Sobre estas últimas han insistido Harvier y Maison (111) en una reciente comunicación, acompañando sus observaciones con un interesante y detallado estudio anátomo-patológico. No creo oportuno entrar en detalles sobre esta cuestión pues significaría salirse de la índole de este trabajo.

e) **La litiasis biliar y las colecistitis no calculosas.** — Chiray (65) insiste sobre esta etiología, la cual, por lo demás, ya es bien conocida desde hace mucho tiempo. Duval y Roux se refieren a la violencia y gravedad a que pueden llegar las hemorragias de los litiásicos.

La frecuencia con que se las encuentra en las estadísticas es variable. Gutmann (104), sobre sus 100 casos de hemorragias gastro-duodenales, halla un 15 % de etiología colecistítica con o sin cálculos; Palevsky estima que el 10 % de las hemorragias gastro-duodenales son de origen litiásico; Kehr, sobre más de 1800 litiásicos operados por él, encuentra 100 casos de hemorragias gastro-duodenales importantes (18 %).

De difícil diagnóstico resultan estos casos cuando la litiasis biliar se presenta con un cuadro de dispepsia hiperesténica, el cual llevará muy probablemente al diagnóstico de úlcera duodenal si aparecen hemorragias.

Aubijoux (11) entre otros, piensa que la infección vesicular se extendería en estos casos a la mucosa píloro-duodenal por los focos de adherencia peritoneal.

En una de mis observaciones (Observ. N° 4), se pensó en la posibilidad de una litiasis biliar por los antecedentes que presentaba la enferma en este sentido, pero se trataba en realidad de úlcera duodenal.

f) **En algunas hemopatías** (púrpura, hemofilia, leucemias, aleucias); g) **en la hipertensión arterial**, etc., pueden producirse hemorragias gastro-duodenales de importancia por su abundancia o por su repetición.

La medición del tiempo de hemorragia y de coagulación, el conteo de plaquetas, prueba del lazo, la medición de la tensión, etc., no deberán descuidarse.

3) Hemorragias de origen criptogénico. —

Puede ocurrir que no se encuentre la causa de una hemorragia gastro-duodenal, por más que se la investigue con todos los medios de examen de que disponemos: clínicos, de laboratorio, radiológico, gastrosκόpio, etc.; en los que se llegue a la intervención quirúrgica, en los que la misma necropsia nos deje en la más absoluta incertidumbre.

Por lo general se presentan una o dos veces, sin un pasado gástrico y no se repiten más o lo hacen con largos intervalos.

Hale White (202), bajo el nombre de **gastrotaxis**, por analogía con las epistaxis, describió ciertas formas de hemorragias lentas pero continuadas de la mucosa del estómago y del duodeno. Se basaba en 29 observaciones, la mayor parte controladas por la operación o por la autopsia, sin que las investigaciones más cuidadosas permitieran hallar la fuente de la hemorragia.

Rehfuss (169) hace mención en su obra de un caso de gastrotaxis y considera que esta causa debe ser quizás más común de lo que se cree. Urrutia (198) se ha ocupado también de su estudio.

Indudablemente, si se investiga bien, estas hemorragias erip-

togenéticas no son frecuentes y no puede menos que llamar la atención la afirmación de Gutmann en la última edición de su obra ya citada (104), cuando nos dice que en 21 casos sobre 100 de hemorragias gastro-duodenales graves, no pudo encontrar causa alguna a pesar de haber tenido la colaboración de especialistas que los estudiaron en todo sentido. Es un porcentaje que conceptúo excepcional por lo elevado. Claro está que no puede negarse la existencia de algunas formas criptogenéticas, pero su número irá disminuyendo a medida que el examen sea más completo y se vayan ampliando nuestros conocimientos.

Por otra parte muchas de las hemorragias de origen obscuro, lo serán por culpa del médico, que no profundice todo lo necesario los métodos de examen. Más de una úlcera superficial, más de una gastritis o duodenitis hemorrágica, habrán sido, por esta razón, incluídas entre las hemorragias criptogenéticas. Es lo que sucedió al principio con la observación N°. 2.

4) Hemorragias y perforación de las úlceras. —

Incluyo este problema, a pesar de ser de índole casi exclusivamente quirúrgica, por haber presentado dicha complicación una de mis observaciones (Observ. N°. 14).

De acuerdo a las estadísticas dadas por los autores de larga experiencia, parece ser que la coincidencia de la perforación y hemorragia es un accidente bastante raro por fortuna.

Hay quienes no la han observado nunca (Hartmann con 200 casos). Mondor (146) dice que “la hemorragia es un accidente extremadamente raro en el curso de la perforación de una úlcera”. Finsterer, sobre 1262 casos de úlcera, encuentra la coincidencia en 11 de sus observaciones (menos del 1 %). Tixier encuentra 4 casos de hemorragia y perforación sobre 150 perforaciones y 74 hemorragias.

De más estará hacer la salvedad de que no van incluídos aquí los casos en los que aparecen hemorragias tardías, mucho tiempo después de que una úlcera perforada haya sido intervenida.

De acuerdo con la descripción que hacen Tixier y Clavel (193), pueden ocurrir tres eventualidades: 1°. La úlcera se perfora y poco después aparece la hemorragia; 2°. Hay simultaneidad entre los dos accidentes; 3°. La hemorragia precede a la perforación.

Veamos solo la primera posibilidad, la más frecuente y la que ocurrió en la observación a que me refiero al final del trabajo.

Ocurrida la perforación y habiendo sido intervenido el paciente, aparecen, horas o más frecuentemente días después (7° al 21° día), una, dos o más hemorragias. Pueden ser benignas, sin mayores consecuencias, pero por lo general se repiten y la cantidad de sangre perdida llega a cifras extraordinarias. Hay a veces ligeras melenas que anuncian la proximidad de la gran hemorragia; también el pulso y la tensión pueden anunciarla. Otras veces su aparición es brusca, sin pródromos y puede ser fulminante.

En la observación N° 14, las hemorragias se produjeron a los 15 días de suturada una úlcera de pequeña curvatura que se había perforado. La intensidad de las hemorragias fué grande, precediéndolas algunos pródromos que se describen al relatar el caso.

B) EL DIAGNOSTICO DE LA ULCERA CON HEMORRAGIA Y DE LA HEMORRAGIA EN SI .

Bajo este título y adelantándonos al estudio del diagnóstico diferencial, serán considerados los síntomas generales, clínicos y del laboratorio, los síntomas locales y, en párrafo aparte, algunos elementos especiales de diagnóstico que son de gran utilidad cuando se puede recurrir a ellos.

1) Los síntomas generales. —

Los antecedentes, cuando existan, serán de suma utilidad, orientándonos hacia el diagnóstico de una úlcera gástrica o duodenal. Se nos hablará de ardores y acidez pre y postprandial, con sus horarios conocidos y con los característicos periodos de mejoría; de la conservación del apetito, de la acción perjudicial de ciertos alimentos y del tabaco; de la posible existencia de vómitos ácidos que calmaban las molestias y que se acompañaban o no, de ligeras hematemesis; del dolor irradiado, etc., etc.

Hasta para pensar en una determinada forma anátomo-patológica de úlcera — sobre cuya importancia se insistió en la Par-

te 1ª. — podrán servirnos los antecedentes. Es así que las úlceras callosas profundas, penetrantes en órganos vecinos, aquellas que van a dar hemorragias graves y repetidas, a veces fulminantes, constituyéndose en úlceras angio-terebantes; darán casi siempre antecedentes más llamativos que las otras formas. Se tratará de pacientes que no se han cuidado mucho, de obreros expuestos a trabajos rudos, a esfuerzos corporales grandes y continuados. El dolor que acusen será más intenso, **exacerbado con ciertos cambios de posición** y que — hecho importante — a la hemorragia complicación, por lesión de un grueso vaso, le habrán precedido de cerca y con relativa frecuencia, las pequeñas hemorragias sintomáticas.

Pero pueden faltar los antecedentes. El enfermo acaba de sufrir una o más violentas hematemesis y al interrogatorio no es posible recoger ningún dato orientador.

Si después de un prolijo examen del enfermo, no se ha encontrado la explicación en alguna lesión ajena a la úlcera, se deberá pensar en la posibilidad de que se trate de esas úlceras **que se inician con la hemorragia**. Sobrè una elevada casuística, Balfour (13) considera que estas formas de úlcera, sobre todo duodenales, la constituyen un 8 % de los casos. Podrá entonces, siempre que el caso lo permita, recurrirse a los métodos especiales de diagnóstico que más adelante veremos. No habrá que olvidar, sin embargo, que la hemorragia puede hacer desaparecer los síntomas radiológicos y clínicos de la úlcera.

La tensión arterial, de habitual baja en los ulcerosos, descenderá más aún después de la hemorragia. Su medición, al igual que el **estado del pulso**, no deberán ser descuidados.

Puede ser de utilidad la medición del Ph sanguíneo y de la reserva alcalina.

El examen citológico completo de la sangre, en especial el conteo de glóbulos rojos y el dosaje de hemoglobina, tendrán, como es natural, una gran importancia. De su valor en la interpretación y terapéutica del caso se hablará más adelante. Excepcional considero el descenso del número de glóbulos rojos habidos en una de mis observaciones, los cuales bajaron a menos de 500.000 por mm^3 . (Observ. N°. 10).

El aumento del número de glóbulos blancos y la neutrofilia nos hablarán de la posible coincidencia de la hemorragia con el estado inflamatorio de la úlcera. Ya vimos su interés bajo el punto de vista patogénico.

He podido comprobar en dos de mis observaciones, **la elevación de los eosinófilos** a medida que pasaban más días de la última hemorragia y su descenso con el retorno de las mismas. Insistiré sobre esto, lo mismo que sobre el valor de la **reticulocitosis sanguínea**, al hablar del pronóstico.

La observación de hematemesis y melenas, con sus caracteres especiales bien conocidos y sobre los que no insistiré, son, por así decirlo, el síntoma de más capital importancia. Tendrá mucho interés la apreciación de su cantidad y número. El aspecto de las hematemesis puede hacer pensar en que no son de origen ulceroso cuando se presentan oscuras, con coágulos, mezcladas a alimentos y otros caracteres de retención. Sin embargo, ello puede ocurrir en las úlceras del píloro y que han originado una estenosis con atonía y dilatación secundarias del estómago, en las cuales suelen producirse las hemorragias de éstasis por la gastritis hemorrágica para consecutiva (ver anatomía patológica). Tal es lo que ocurrió en la observación N° 1, en la que hubo hematemesis con los caracteres arriba descritos, que en un principio hicieron temer en la posibilidad de que se tratara de un cáncer gástrico.

La investigación de melenas pequeñas o microscópicas es también importante y deben ser siempre buscadas a fin de despistar la prosecución de la hemorragia en casos que se los conceptúa ya curados o en aquellos que siguen anemizándose y perdiendo terreno a pesar de no haberse reproducido hemorragias llamativas. Existen diferentes procedimientos para su búsqueda. He llegado a formarme el criterio de que no tienen un tan grande valor para este objeto las reacciones de Weber, Addler y Meyer. Su positividad o negatividad no nos asegurará de la existencia o no de hemorragias pequeñas, sino en un contado número de casos.

He preferido el examen microscópico directo, investigando la presencia de glóbulos rojos y así ha sido hecho en varias de las observaciones.

Porges (163), Schmidt y Von Noordon, Fischer, Boas (25)

y otros autores, aconsejan el empleo de la **prueba de Snapper** que consiste en la investigación de la hematóporfirina en las heces, secundaria ésta a la transformación de la sangre en el intestino. No podría dar una opinión sobre este procedimiento, que al decir de los autores nombrados, tiene valor.

La elevación de la temperatura, sobre todo en aquellas formas de “hemorragias febriles” y los síntomas **por el lado del sistema nervioso**, tienen también alguna importancia.

2) **Los síntomas locales.** —

A parte de los datos suministrados por el examen físico (puntos dolorosos, resistencia, tumor, etc.) es la radiología la que nos proporcionará datos de más valor e interés.

Ahora bien, ante un caso de hemorragias graves, ¿puede el médico impunemente, sin que vaya a significarle después un cargo de conciencia, emplear un procedimiento como el radiológico el cual requiere la ingestión de la mezcla opaca y el manipuleo indispensable que exige un buen examen de esta naturaleza? Las opiniones están repartidas, habiendo quienes, como Figarella, parecerían no titubear mucho en aconsejar su empleo.

Si se tiene en cuenta la terapéutica, debe ser este un procedimiento poco menos que de excepción ya que viola una de sus indicaciones más formales: el reposo del órgano. Pero dado que es de tan grande valor diagnóstico y como con frecuencia el caso no se presenta claro y exige dilucidar algunas dudas, se recurre a él con frecuencia a pesar de su peligro, practicándolo, claro está, con la mayor prudencia y muniéndose de todas las precauciones necesarias.

Los rayos X nos dirán — respecto a la úlcera — sobre su existencia ya única o múltiple, sobre su asiento, posible tamaño, etc. No olvidemos, sin embargo, que la hemorragia no solamente protege contra el dolor y atenúa el resto del síndrome clínico “inaugurando un nuevo período de acalmia”, sino que también suele influir sobre la imagen radiológica pudiendo llegar a borrarla totalmente, si bien que en forma transitoria a consecuencias de la desaparición del edema de los bordes de la úlcera (Ob-

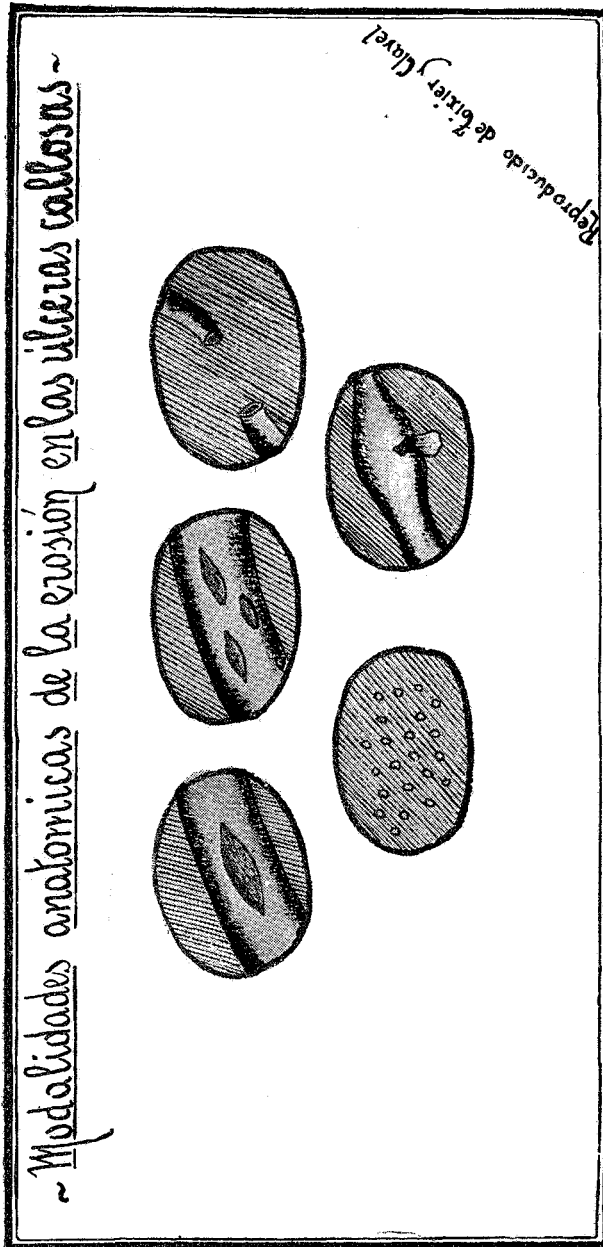


Figura 8.

servación N° 2) (esto no ocurre en las viejas úlceras callosas o cicatrizadas; en las formas que Gutmann califica radiológicamente como esclerosas y edemato-esclerosas).

Pero no debe desistirse porque un primer o segundo examen haya sido negativo. Las nuevas tentativas pueden ser coronadas por el éxito, empleando técnicas cuidadosas y posiciones diversas, sobre todo la ventral, lateral izquierda y la de Trendelenburg (Chaoul, 58). Actualmente, mediante los nuevos conocimientos sobre todo en lo que a nicho del bulbo se refiere, no debe escapar a un buen examen radiológico la presencia de una úlcera (Akerlund, 5). Elocuente en este sentido resulta la lectura de la observación N° 2.

El estudio de la motilidad gástrica, del tamaño y posición del órgano, de la posible existencia de adherencias, sobre todo periduodenales, que tan a menudo coinciden con la úlcera, etc., son otros tantos aportes de la radiología.

Una importancia nada despreciable tendrá el estudio de los **pliegues de la mucosa**, cuyo interés debe ir a la par con el de las gastritis o duodenitis crónicas, de las cuales ya me ocupara al referirme a la anatomía patológica y a las causas de la hemorragia (ver observación N° 1). Chaoul (58) y Berg insisten en el diagnóstico radiológico de las gastritis crónicas, reveladas por el estado granuloso ó “*etat mammelonné*” de la mucosa. Solé, Piñeyro Sorondo y Mosto (189) entre otros, también insisten sobre esto.

Alberti (4) dice poder apreciarse la existencia de várices duodenales sangrantes, por medio de una técnica especial que aconseja. También las várices esofágicas y gástricas pueden hacerse visibles mediante el uso de mezcla opaca más diluída, pudiendo recurrirse a esta técnica en caso de dudas sobre la fuente de la hemorragia, de acuerdo a las indicaciones de Schatzki (181).

3) **Algunos procedimientos especiales de diagnóstico.** —

Entre los procedimientos especiales de diagnóstico que pueden ser empleados en algunos casos, cabría incluir las técnicas radiológicas que se acaban de anotar.

La estereoradiografía, método moderno y que se está empleando con éxito, puede que sea de útil aplicación en algunos casos, es-

pecialmente cuando se crea estar en presencia de un tumor benigno del estómago.

Hay otros dos procedimientos que nos permiten apreciar las lesiones de una manera directa. Me refiero a la **gastroscopía y a la gastrofotografía**.

Su técnica no es difícil, sobre todo para la gastroscopía, pero son aparatos costosos y tropiezan también con el inconveniente, ya señalado a propósito de la radiología, de impedir el absoluto reposo del órgano. Sin embargo, muchos los emplean y casi todas las obras modernas se ocupan detenidamente de los mismos, siendo en algunos casos de gran ayuda.

Ya en 1868, Kussmaul (citado por Schindler), practicó gastroscopías con el aparato primitivo y deficiente de Désormeaux. Modernamente, Bensaude en Francia, Schindler en Alemania y Chevalier-Jackson en Norte América, entre otros, han perfeccionado su técnica y llegado a conclusiones de interés.

Paso por alto los detalles de técnica, descripción de aparatos, contraindicaciones, etc., todo lo cual podrá ser consultado en las obras especiales. Diré solamente que de los diversos modelos de gastroscopios, el más aconsejable parece ser el de Schindler, quien ha ideado un aparato flexible, de fácil manejo y poco traumatizante. Este autor (183, 184 y 185), llega a la conclusión de que el empleo de la gastroscopía es de gran utilidad y de menos peligro en el diagnóstico de las gastritis crónicas — sobre cuya importancia insiste, llegando a hacer un ensayo de clasificación de las mismas de acuerdo a los resultados de la gastroscopía — que para el de las úlceras y cáncer gástricos.

Kohn (126) se declara un entusiasta partidario del método y prescribe su empleo para todos los casos de diagnóstico difícil, inclusive en los de hemorragias. Los tres esquemas adjuntos han sido reproducidos de su obra (ver figuras 9, 10 y 11).

Para la gastrofotografía se aconseja, entre otros, al gastrofotor de Back, quien lo ha ensayado bajo la dirección de Porges en la clínica de Wenckebach, de Viena (1920).

Interesante sería conseguir una anexión del aparato fotográfico al gastroscopio, de manera que se vea previamente la parte que se va a sacar.

Mediante estos dos procedimientos, gastroscopía y gastrofotografía, sería posible aclarar nuestras dudas cuando el caso las ofrezca. Una gastritis erosiva o ulcerosa, una úlcera hemorrágica, la posible existencia de tumores benignos, en especial la po-

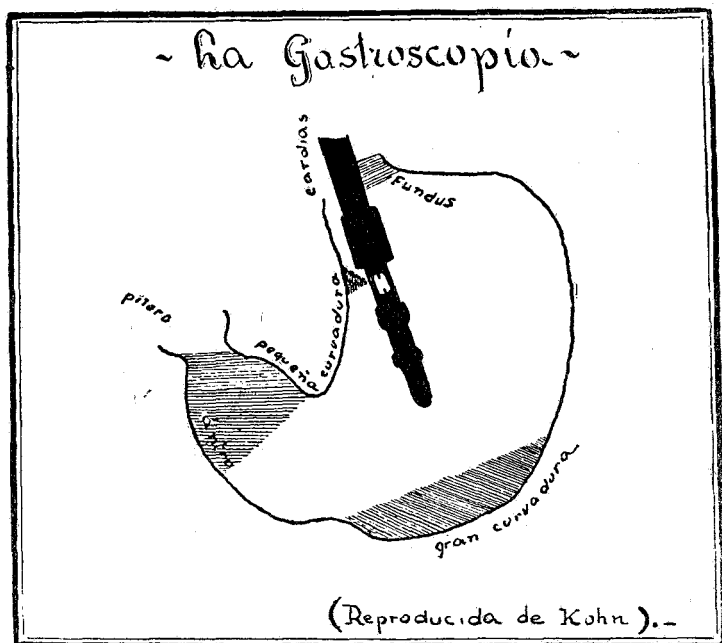


Figura 9.

liposis gástrica, no escaparán a su observación, informándonos sobre su aspecto macroscópico, grado de la lesión, fuente de la hemorragia y su forma de producción (en napa, en chorro), lesiones de vecindad, etc. Más de un caso en el cual no se encuentre causa justificable de la hemorragia, podrá así ser aclarado.

C) EL DIAGNOSTICO DIFERENCIAL CON LAS OTRAS AFECCIONES CAPACES DE DAR HEMORRAGIA

Hemos visto (Parte IIª. A) todas las causas posibles de originar hemorragias gastroduodenales graves. Al anotar a cada una de ellas, se hizo mención de algunos de sus caracteres principales. Por otra parte, acabamos de pasar en revista los síntomas más im-

portantes de la úlcera y de las hemorragias (Parte II^a. B). Con todos esos elementos, el camino del diagnóstico diferencial queda de este modo facilitado.

Se incurriría en repeticiones y largo sería detallar ahora el diagnóstico de una por una de todas esas causas, diferenciándolas con la úlcera.

Pasaré pues por alto muchos detalles, limitándome a hacer referencia tan sólo de los síntomas cardinales y los principales procedimientos que sirvan para la identificación de los diversos procesos que puedan originar hemorragias gastro-duodenales graves y repetidas.

Ante todo, recordemos **que la causa más frecuente está representada por las úlceras**; en ellas debe pensarse siempre como primera posibilidad, aún cuando falten los antecedentes; no excluyéndola sino cuando se hayan agotado todos los medios a nuestro alcance o cuando se imponga otro diagnóstico.

Cuando se trate de un paciente de cierta edad, con adelgazamiento rápido y progresivo, inapetente, que acuse hemorragias oscuras, "en borra de café" o aun rojas y recientes, debe pensarse en la posibilidad del **cáncer gástrico**. Ya dijimos que no era causa frecuente de las hemorragias que estudiamos, pero esa no es una razón para descartarlo. Tampoco deberá excluirse por la existencia de antecedentes ulcerosos en el enfermo pues podría tratarse de una úlcera malignizada.

La posible existencia de metástasis ganglionares o viscerales y el aspecto del enfermo no deben descuidarse. La investigación del quimismo gástrico debe ser formalmente contraindicado en presencia de hemorragias graves. Si en un determinado caso fuera posible investigarlo, nos daría la conocida fórmula que suele existir en las neoplasias del estómago.

La radiología será un poderoso coadyuvante del diagnóstico, dándonos la clásica sintomatología que en este sentido presentar los cánceres del estómago. También podrá sernos de utilidad la gastroscopía.

La existencia de antecedentes específicos, las reacciones de Wassermann y de Kahn positivas, la linfocitosis elevada y persistente, la presencia de manifestaciones luéticas en otros órganos, el aparente buen estado general del paciente, etc., harán pensar

al médico en la posibilidad **de la sífilis gástrica**. No escapará la importancia de este diagnóstico, pues como se dijo anteriormente, el tratamiento específico inmediato podrá dar cuenta de las hemorragias y de la lesión causal, siempre que las primeras nos dejen tiempo para intentarlo.

La radiología en este caso no nos sacará de las dudas muy fácilmente, a diferencia del cáncer y de la úlcera.

Difícil resultará muchas veces el diagnóstico **de los tumores benignos del estómago**, los cuales podrán dar algunos síntomas de dispepsia hiperesténica o bien simular el cáncer; pero otras veces carecerán de manifestaciones clínicas, revelándose tan solo por graves hemorragias. La radiología suele dar luz en tales casos, dando imágenes semejantes a las del cáncer pero con algunos caracteres diferenciales que a un radiólogo prolijo no deben pasar desapercibidos (Chaouf, 58).

Schindler y Sielman (185), asociando la gastroscopía con la estereoradiografía llegan a poder localizar e identificar casos de tumores benignos del estómago.

Para el despistaje de las **hemorragias gástricas por apendicitis**, deberán primar sobre todos los recursos, aquellos proporcionados por una buena anamnesis y un buen examen del enfermo.

Para las **perivisceritis** — cuyo diagnóstico debe admitirse con ciertas reservas — será la radiología de una gran ayuda, no sólo por el diagnóstico que de ellas pueda hacerse, sino también por la posible existencia de una úlcera duodenal asociada a las adherencias de este órgano o de la vesícula.

Cuando las hemorragias se produzcan **en un hepático**, serán aclarados los antecedentes (alcoholismo, lúes), se investigará el estado físico y funcional del hígado con todos sus síntomas locales y generales, la presencia de una esplenomegalia, etc., y, al par que todo esto, tendrá un especial valor la esofagoscopia, deteniéndose especialmente en la región vecina al cardias. Podrá estar más bajo el origen de la hemorragia, en pleno estómago, siendo igual su mecanismo de producción (insuficiencia hepática, hipertensión portal) (Observ. N°. 14).

En algunas afecciones esplénicas (ver Parte IIª, A, d) pue-

den ocurrir dos eventualidades respecto al diagnóstico. En efecto, puede ser fácil o resultar, por el contrario, sumamente difícil. Cuando una enfermedad de Banti, una anemia esplénica, la trombosis de la esplénica, etc., son puestas de manifiesto por sus síntomas habituales y en primer lugar por la esplenomegalia; entonces el origen esplénico de las hemorragias no costará mucho dilucidarlo. En cambio, puede suceder que un paciente manifieste su enfermedad únicamente por hematemesis graves. Se investiga cuidadosamente toda causa posible y su búsqueda resulta infructuosa; y es después, a veces mucho después, que estas hemorragias se ven justificadas por la aparición de todos los síntomas de una afección esplénica.

Abrami refiere a este respecto una observación muy interesante. Se trataba de un hombre que presenta súbitamente hematemesis y melenas de carácter grave. Es intervenido de urgencia, no encontrándose nada en estómago e intestinos; **el bazo parecía normal**. Después de siete años, una esplenomegalia progresiva dió la explicación de sus primeros accidentes.

Se comprende que la dificultad para el diagnóstico en esta última eventualidad sea muy grande o hasta imposible. En tales casos habrá que pensar en esa posibilidad y una esplenectomía, como recurso extremo, puede hallar su justificación una vez que se haga el estudio anátomo-patológico del bazo después de la intervención.

Para el diagnóstico de las hemorragias gastroduodenales **en la litiasis biliar y en algunas colecistitis no litiásicas**, se tendrán en cuenta los antecedentes de cólicos, el hecho de que se trate de mujeres que han tenido familia, los síntomas dolorosos y tumorales del hipocondrio derecho, la hipercolesterinemia, la hipocolesterinocolia por el sondaje duodenal, etc. La colecistografía empleando la vía endovenosa puede ser de gran utilidad.

Finalmente, la medida de la tensión sanguínea, el examen completo de sangre, sin descuidar el tiempo de hemorragia y de coagulación y el conteo de plaquetas, los antecedentes hereditarios (hemofilia), la existencia de hemorragias en otras partes del organismo, etc. darán cuenta de las hematemesis y melenas que se produzcan **por una alteración de la crisis sanguínea u otras causas**.

Para terminar, recordaré nuevamente la posibilidad de que **no se encuentre una causa justificable por más que se la investigue**. La conducta del médico frente a tan alarmante situación deberá estar supeditada al caso particular en que le toque actuar (ver más adelante). Creo, sin embargo, de que nunca se insistirá lo suficiente sobre lo prolijo y amplio que debe ser el examen, utilizándose todos los medios que estén a nuestro alcance con el objeto de aclarar las dudas planteadas por estos casos.

D) EL PRONOSTICO

Es uno de los aspectos más delicados que debe afrontar el médico ante un caso de hemorragias gastro-duodenales graves y repetidas.

Debe ser considerado bajo dos aspectos diferentes: a) El pronóstico según la causa de la hemorragia y b) El pronóstico según la cantidad y número de las hemorragias, estado de anemia y condiciones generales del enfermo.

a) **El pronóstico según la causa de la hemorragia.** — Este se deducirá de la enfermedad originaria, pero claro está que no podemos entrar a considerar nuevamente a una por una de esas causas. Baste recordar que hay algunas capaces de producir hemorragias más graves que otras y que en cuanto a las úlceras mismas — las que nos interesan directamente en este trabajo — variará mucho el pronóstico según la forma anátomo-patológica de éstas y el mecanismo de producción de la hemorragia.

Hemos insistido ya sobre la importancia de esa diferenciación. Habrá úlceras que den hemorragias coercibles; otras por el contrario — las angioterebrantes principalmente — desencendrán casi siempre hemorragias muy graves e incoercibles. Su pronóstico será también diferente.

b) **El pronóstico según la cantidad y número de las hemorragias, estado de anemia y condiciones generales del enfermo.** — Pauchet (157) distingue cuatro tipos de hemorragias diferentes según su intensidad y abundancia: 1°. Las hemorragias fulminantes. 2°. Las hemorragias graves y repetidas. 3°. Las hemorragias

de abundancia mediana. 4°. Las pequeñas hemorragias. A este último grupo no lo considero porque forma parte del síndrome, podría decirse habitual, de la úlcera.

En las primeras el pronóstico es casi siempre letal, no dando tiempo para adoptar las medidas terapéuticas, pues la hemorragia es incesante y producida por un grueso vaso que sangra en chorro. Conozco por referencias el caso de un estudiante de medicina que presentó el cuadro de la hemorragia fulminante por úlcera. Cuando se lo estaba por intervenir de urgencia en el hospital San Roque, falleció víctima de la hemorragia que sólo cesó, desde su comienzo, con la vida del enfermo. Son por fortuna poco frecuentes y sólo será posible su salvación cuando son tomados muy a tiempo.

En el segundo caso — hemorragias graves y repetidas — debe hacerse un pronóstico serio, guiándose por el estado del pulso, la tensión arterial, el conteo de glóbulos rojos y dosaje de hemoglobina, condiciones generales del paciente, etc. Se contará casi siempre con el tiempo necesario para realizar una transfusión y tomar las otras medidas terapéuticas; pero no hay que modificar el pronóstico hasta no ver una supresión de las hemorragias y que el número de glóbulos rojos aumenta en forma sostenida. Un elemento de buen pronóstico en estos casos lo constituirá la ausencia de pequeñas melenas macro y microscópicas, una vez que las hemorragias abundantes hayan cesado. (La mayoría de las observaciones que van al final, corresponden a este segundo grupo).

En el 3er. caso, hay tiempo suficiente para tomar las medidas necesarias y preparar el enfermo. El pronóstico no debe ser siempre halagador, dejando un margen a la posibilidad de otras ulterioridades. En efecto, puede suceder que las hemorragias de abundancia mediana, sean sólo premonitoras de otras mucho más graves.

Es común leer en los trabajos de los que se han ocupado de las hemorragias gastroduodenales, que se atribuye un valor muy grande al número de glóbulos rojos y a la tasa de hemoglobina, tanto para emitir un pronóstico, como para adoptar una medida terapéutica. Indudablemente que — como lo acabamos de ver —

esta medida tiene una gran importancia y que no debe nunca descuidarse; pero las conclusiones que de ella pueden desprenderse en cuanto al pronóstico, no deben ser tomadas en forma absoluta. Una de mis observaciones, por ejemplo, llegó a presentar un grado tan marcado de anemia, que los glóbulos rojos descendieron a 500.000 por mm^3 .; cifra que fué controlada y que si aun padecía de algún error, no debía ser éste muy grosero dado el cuadro que presentó (Observ. N°. 10).

Tiene importancia como elemento de pronóstico **el dosaje de úrea en la sangre**. Puede ésta encontrarse aumentada y ello suele ocurrir por tres causas diferentes. En primer lugar, puede ser una uremia verdadera (nitrogenémica) anterior, la cual origina la gastritis hemorrágica, como ya se dijo al tratar de las causas. En segundo lugar puede aparecer secundariamente a la hemorragia misma, la cual es retenida en el intestino constituyéndose el "budín sanguíneo" a consecuencias del cual se origina la uremia (Sanguinetti, 177). La tercera forma es aquella que se produce a raíz de una transfusión sanguínea por hemorragia gastro-duodenal, siendo su pronóstico sumamente grave.

Ya se hizo mención **de la eosinofilia y de la reticulocitosis sanguínea**. De la primera he podido observar las variaciones acusadas por la fórmula, según los momentos de la enfermedad. Los eosinófilos aumentaban visiblemente cuando las hemorragias se alejaban, volviendo a disminuir cuando se repetían (Observ. N°. 2 y 8).

En cuanto a la reticulocitosis, trabajos modernos le dan importancia como elemento de apreciación pronóstica. Las ya antiguas investigaciones practicadas por Cesari Demel hace más de 20 años y que han sido remozadas hace poco por Noël Fiessinger, entre otros, referente a la presencia de glóbulos rojos reticulados en los estados de globulia normal y en los de anemia, han permitido llegar a algunas conclusiones de utilidad para la apreciación pronóstica y terapéutica de las hemorragias.

El concepto clásico admite que la presencia de glóbulos rojos nucleados, eritoblastos basófilos, etc., es un indicio de buena regeneración y, por ende, se los debe considerar como buen elemento de pronóstico. Por el contrario, las nuevas ideas surgidas

del estudio de la reticulocitosis, considera el aumento de ésta, como una buena señal de regeneración, aun cuando no marche a la par con el aumento de los elementos antes mencionados. En tal caso, dicen los partidarios de este concepto, **la reticulocitosis es una manifestación de equilibrio del funcionamiento medular.**

El número de reticulocitos es normalmente de 3 % (150.000 por mm³.); pudiendo llegar su aumento en ciertos casos a 8, 12, 20 ó más por ciento .

PARTE IIIª.

EL PROBLEMA TERAPEUTICO

A). Consideraciones Generales

Corresponde considerar ahora el problema terapéutico de las hemorragias por úlceras gastro-duodenales. Arduo y discutido problema éste desde hace más de 50 años y que entraña una de las más graves responsabilidades que se le presentan al médico.

Siempre la situación es grave y dramática; el síntoma hemorragia es de los que más alarman y de los que más urge solucionar. Al médico se le interroga mucho y por lo general se lo controla y apura. Indispensable es una gran seneridad y dominio de la situación al par que un exacto conocimiento de lo que debe hacerse.

Son muchos los recursos de que se dispone, pero si no son bien empleados y si **el criterio que nos guía es unilateral y sistematizado para todos los casos**, con frecuencia se tendrán que lamentar evoluciones desagradables.

Veamos, sintetizando, un poco de historia. En 1880, Von Eisselsberg plantea por primera vez el problema quirúrgico. Interviene a un enfermo que padecía de una úlcera de pequeña curvatura con fuertes hemorragias, practicando su resección, pero, éste fallece a consecuencias de la operación.

Von Kleefe, dos años más tarde, salva mediante una pilorec-

tomía a un caso de úlcera con graves hemorragias.

Dieulafoy (77), en 1887, consigue vencer la resistencia que le oponía un cirujano y hace que éste opere a un caso de hemorragias graves y repetidas, a consecuencias de las cuales presentaba una intensa anemia. El enfermo se salva mediante la sutura de una ulceración superficial a la que Dieulafoy le dió el nombre de "Exulceratio simplex". Frente a este caso que se salvó con la operación oponía otros siete, que, médicamente tratados, fallecieron todos.

Pocos años después, Mikulicz hace la defensa del tratamiento médico, siendo su opinión apoyada por muchos de sus contemporáneos. Se establecen discusiones apasionadas — las mismas que en la actualidad están a la orden del día — pero primando en aquel entonces el criterio abstencionista.

Y con el correr de los años, nuevas y numerosas publicaciones al respecto tratan de aclarar el problema.

Gur (103) demuestra que desde 1890 a 1900, las intervenciones realizadas han dado un 47.7 % de mortalidad; de 1900 a 1910, 27.6 % y de 1910 a 1920 un 11.7 %. Finsterer, de Viena, constituido en campeón, podría decirse, de la intervención casi sistemática de las hemorragias por úlceras gastro-duodenales, presenta estadísticas elocuentes.

Balfour y Judd en Estados Unidos; Pauchet, Wilmoth y Papin, Gutmann, Hartmann, Démole, Tixier y Clavel, Figarella y otros más en Francia; Von Haberer y Porges entre otros, en el Norte de Europa; Corachán y Urrutia en España; Judine en Rusia; Bulmes en Inglaterra, etc. etc., tratan el problema terapéutico extensamente.

Entre nosotros el Profesor Escudero dió su opinión intervencionista (gastrectomía) hace ya unos años, confirmándola últimamente (citado por José A. Caeiro en la Soc. de Cirujía de B. Aires, 42). El año pasado se produjo un debate en una sociedad médica de Buenos Aires, emitiéndose numerosas opiniones.

De las diferentes ideas respecto al tratamiento se deduce que hay dos divergencias fundamentales. La primera — la más importante — se refiere a si debe hacerse el tratamiento médico o el

tratamiento quirúrgico. La segunda — que pertenece casi exclusivamente al resorte de la cirugía — es la de qué procedimiento operatorio debe aconsejarse (ligaduras, gastrectomía, gastroenterostomía, etc.).

Adelantaré el siguiente criterio: **No es una sola conducta sistematizada para todos los casos la que debe aconsejarse, sino que en cada caso particular deberá estudiarse a qué conducta terapéutica se hace pasible.** Además, y éste es también un concepto importante, **el tratamiento médico y el quirúrgico han de ser en muchos casos complemento el uno del otro.**

Esta opinión se basa en el conocimiento anátomo-patológico sobre los diferentes grados de lesión en las úlceras. Ya vimos al estudiar la anatomía patológica y el mecanismo de producción de la hemorragia, cuán distintos podían ser, de un caso a otro, las lesiones producidas y la hemorragia consecutiva. En algunos la hemorragia curará espontáneamente o con tratamiento médico; en otros deberá recurrirse sin pérdida de tiempo a la cirugía.

También se basa en el estudio del caso particular en que nos toque actuar, ya que tantas diferencias podrán apreciarse de un enfermo a otro. Así habrá que considerar antes de tomar una decisión, el estado del sujeto, grado de anemia, la abundancia y forma de las hemorragias, la posibilidad de las transfusiones sanguíneas, el medio que sea propicio para un tratamiento delicado ya sea éste médico o quirúrgico, etc.

Siguiendo por orden el plan trazado de antemano y expuesto al principio de este trabajo, he de ocuparme primeramente de las indicaciones del tratamiento médico y después de las del tratamiento quirúrgico, estudiando después los recursos con que cuenta uno y otro.

B). Las indicaciones del tratamiento médico.

En tesis general, el tratamiento médico puede ser empleado con dos finalidades primordiales, a saber: Como tratamiento único, cuando se lo juzga suficiente para vencer a las hemorragias y como una medida previa, preparatoria y complementaria de la intervención quirúrgica. Suele ser esto último lo que con más frecuencia ocurre.

¿Cuáles son las razones que se han dado en pro del tratamiento médico? Hay muchas, algunas objetables y otras más dignas de tenerse en consideración. Veamos las principales, haciendo su crítica y comentario al mismo tiempo que su enunciación.

1°. El diagnóstico no es siempre seguro y las causas son muy variadas, pudiendo llegar a operarse un paciente con otra afección que no sea la úlcera y que dé hemorragias. La importancia de este argumento no puede negarse. Ya han sido enunciadas todas las causas no ulcerosas, gástricas y duodenales o ajenas a estos órganos, que pueden originar hemorragias más o menos graves. Por otra parte, se han visto detalladamente todos los medios de diagnósticos de que se dispone en la actualidad a fin de no caer en el error. Pero, si bien un error de diagnóstico puede ser evitado, éste sólo ocurrirá en contadas ocasiones, siempre que se haya practicado un examen prolijo e integral del caso.

Sin llegar a decir con Finsterer que “prácticamente la hemorragia debe ser considerada como de origen ulceroso”, tampoco puede admitirse sin reparos la afirmación de autores como Gutmann, quien manifiesta que solo menos de un cuarto de los casos de hemorragias gastro-duodenales corresponden a la úlcera y que un alto porcentaje quedan sin etiología conocida. Debemos más bien inclinarnos a considerar la primera opinión como más próxima a la realidad. Ya se dijo que Bulmer, sobre 526 casos de hemorragias gástricas, la encontraba a la úlcera como causa en el 89 %, quedando sólo un margen de 59 casos para la cirrosis hepática, el cáncer gástrico y otras afecciones (Bulmer, 38).

Si a ello agregamos que muchas de las hemorragias de causas no ulcerosas son beneficiadas también por la cirugía gastro-duodenal, llegaremos a la conclusión de que este argumento sólo tiene un valor muy relativo, siendo únicamente valedero para contados casos.

2°. La hemorragia es expresión de úlcera infectada, quedando por esta causa contraindicada toda intervención sobre la misma.

La teoría de la infección como causa de la hemorragia en las úlceras gastro-duodenales, que cuenta con muchos partidarios, puede admitirse para algunos casos únicamente. Solé, Piñeyro Sorondo y Mosto (189), la encuentran sólo en dos casos sobre 19. Los mismos autores aceptan este argumento de contraindicación

de la intervención para esos pocos casos, juzgándola — sobre todo a la gastrectomía — como un acto temerario y origen de fracasos. Por el contrario, Figarella (90), al analizar este rol de la infección, llega a la conclusión de que, en caso de existir, es más bien una razón en favor de la intervención quirúrgica, dado el peligro de que la infección pueda originar en el lugar de la ulcera, lesiones arteriales de mayor importancia y por consiguiente más hemorragias.

En síntesis, aceptando esta contraindicación, debe ser aplicada para aquellos casos en que la clínica y el laboratorio nos hagan sospechar la existencia de una úlcera infectada; pero la abstención será, por lo general, una medida temporaria, de espera, hasta tanto el período infeccioso haya cedido y pueda entonces intervenir con menos riesgos, empleando, mientras tanto, todos los recursos del tratamiento médico para la hemorragia y para la infección (ver más adelante).

3°. La mortalidad con el tratamiento médico es baja y menor que con el tratamiento quirúrgico.

Al tratar este punto tendría que entrarse a exponer y discutir las numerosas estadísticas que existen al respecto. Pero las estadísticas para que tengan un valor incontestable, deben ser revisadas y depuradas, considerando tan sólo a aquellas que incluyen casos que puedan ser colocados frente a frente, como éxitos o como fracasos de uno y otro tratamiento.

No debemos por consiguiente tener en cuenta a los casos de una o pocas hemorragias benignas, pequeñas, sucediéndose con largos intervalos y con un excelente estado general; en ellos, tal complicación podrá corregirse espontáneamente o mediante algunas medidas dietéticas o terapéuticas de orden médico. Tampoco deben incluirse a aquellos en los que la intervención es tomada como un desesperado recurso ante un caso en el que se han agotado ya todos los medios médicos, encontrándose el paciente en condiciones de marcada inferioridad. Con toda razón argumentan los partidarios de la intervención quirúrgica, que ésta dará tantos mejores resultados mientras más precozmente se lo resuelva, siempre que el caso lo permita.

Finalmente, no puede admitirse un parangón de las esta-

dísticas que no encierren ningún caso de úlcera angio-terebrente — de aquellos sobre los cuales ya insistimos respecto a la gravedad de sus hemorragias — con las estadísticas que incluyan entre sus números a esta forma tan maligna.

Deben considerarse pues, únicamente, a los casos con hemorragias de importancia y a repetición tratados médicamente y a los que, en igualdad de condiciones, se ha decidido oportunamente una intervención quirúrgica.

Las estadísticas son numerosísimas; cada autor presenta la suya y en sus trabajos pueden ser consultadas (Balfour, Judd, Miller, Wilmoth y Papin, Figarella, Bulmes, Démole, Gutmann, etc.).

Promediando unas con otras y eligiendo aquellas con una mayor casuística, puede llegarse a la siguiente conclusión: Para las hemorragias graves por úlceras agudas y crónicas gastro-duodenales, con el solo tratamiento médico — incluso las transfusiones de sangre — el porcentaje de mortalidad que parece aproximarse más a la realidad es el de un 20 a 25 %.

Si se quiere comparar estas cifras con las aportadas por los casos que son operados, hay que hacer, ante todo, dos salvedades de importancia. Me refiero a la clase de intervención que se haya realizado y a la precocidad de la intervención (ver más adelante). Finsterer, por ejemplo, insiste mucho sobre estas dos circunstancias. El ejecuta casi sistemáticamente la resección amplia y lo más precoz posible. Su estadística es halagadora en extremo, pues nos habla de un dos por ciento de mortalidad. Habría que ver bien los casos que incluye y no olvidar que trabaja en un medio muy favorable, con una gran experiencia y una especial dedicación de su parte para esta clase de intervenciones.

Promediando los diferentes resultados que dan otros autores, el porcentaje presentado por Finsterer está muy por debajo de la realidad; no habiendo encontrado ninguna cifra que se aproxime a la del 2 % de mortalidad, ni aún entre los de más autorizada opinión.

Puede decirse que el porcentaje más seguramente exacto es el de un 15 a 20 % de mortalidad, contando con que no se haya intervenido demasiado tarde y que se haya realizado la opera-

ción más adecuada (resección amplia, por lo general). Este argumento estadístico apoya más, por consiguiente, a la tendencia intervencionista que al tratamiento médico.

4°. La hemorragia puede cohibirse espontáneamente.

Ya me he ocupado antes de la posibilidad de que una hemorragia pueda coartarse espontáneamente o con el tratamiento médico. Pero también vimos cómo hay otras en las que sería imposible evitar su prosecución, si no se recurre a medios directos (ligadura, resección). Todo depende de su mecanismo de producción y del grado de lesión que exista (ver Parte F. B y C).

Es cierto que un reposo absoluto, el empleo de coagulantes y las transfusiones de sangre, pueden dar cuenta de las primeras; pero ingenuo sería pretender que estos recursos vayan a coartar una hemorragia producida por la rotura de un vaso importante, en donde, como muy bien se ha dicho, las transfusiones y el suero **no harán más que entretener a la hemorragia**. Un coágulo podrá instalarse después de la primera hemorragia y ello explicará el porqué ésta no es casi nunca capaz de matar al enfermo; pero poco después el coágulo de defensa es desalojado de allí, produciéndose la repetición de otra hemorragia y así sucesivamente.

Este argumento será válido, pues, sólo para ciertos y determinados casos.

5°. El estado de anemia.

El número de glóbulos rojos y la tasa de hemoglobina han sido utilizados por los partidarios del tratamiento médico como una razón más en contra de la operación.

Es natural que el peligro de una intervención se acrecienta a medida que la anemia es más marcada. Por eso algunos cirujanos no intervienen si el número de glóbulos rojos y la hemoglobina están por debajo de 2.000.000 y 45 % respectivamente. Sin embargo, en numerosos casos se ha visto intervenir con cifras mucho más bajas que las indicadas, sin que el fracaso de la intervención — en caso de existir— pudiera ser atribuido a la anemia.

Además, las transfusiones de sangre pueden levantar rápidamente el número de glóbulos rojos y dejar al enfermo en condiciones de afrontar el acto quirúrgico (Observaciones N°. 1, 2, 3, 5).

En síntesis, el estado de anemia, cuando sea muy marcada, constituirá un motivo para que se trate al enfermo médicamente, pero con miras de una intervención en cuanto se mejore, si ésta se juzgare necesaria.

6°. Hay úlceras en las que no pueden ejecutarse las intervenciones que son realmente eficaces. Operarlas es sólo agravar la situación.

Efectivamente, hay casos en los cuales una úlcera da fuertes hemorragias y por ser adherente o perforante en otros órganos (páncreas, hígado), resulta imposible o muy peligrosa su extirpación. Desgraciadamente, son las más graves por la clase de hemorragia que producen y no hay que cifrar muchas esperanzas en el tratamiento médico. **Sin embargo, éste puede salvar la situación**, como ocurrió en algunas de mis observaciones (Observaciones N°s. 8 y 10).

No dejan de tener sus recursos los cirujanos en tales casos, taponando, haciendo una gastroenterostomía y hasta resecando (Finsterer, Judd), pero los resultados no parecen ser muy halagadores. La primera intervención que se realizó en la enferma de la observación N°. 4, debió limitarse a una gastroenterostomía por tratarse de una úlcera adherida; cuando a consecuencias de la recidiva de las hemorragias unos meses después, hubo que reintervenirla, la gastrectomía que se practicó fué seguida por la muerte de la enferma.

Son éstas las principales razones que se han dado en favor del tratamiento médico. Hemos visto, al analizarlas, cómo algunas resultan argumentos que hablan más bien en pro de la intervención, a parte de otras que vamos a ver enseguida.

Concretando, puede decirse que el tratamiento médico, definitivo o preparatorio, estará indicado para los siguientes casos:

1°. Cuando el diagnóstico de úlcera resulte imposible o sea muy dudoso y en la mayoría de los casos en que sea otra la causa de la hemorragia.

2°. Cuando las hemorragias sean de una extrema gravedad, no dando tiempo a intervenir (casos que, por lo demás, son casi siempre fatales).

3°. Cuando la clínica y el laboratorio nos digan que la hemorragia es una expresión de infección aguda y marcada de la úlcera (Indicación discutida, en el sentido de limitarse al sólo tratamiento médico cuando las hemorragias se repiten con tenacidad).

4°. En los casos en que la hemorragia por úlcera se produce una o dos veces, no reapareciendo más una vez iniciado el tratamiento médico (de todos modos, el porvenir del enfermo será muchas veces el de la intervención).

5°. Siendo el grado de anemia muy avanzado al mismo tiempo que la tensión arterial muy baja, será prudente no operar mientras el tratamiento médico — en especial las transfusiones — no mejore la situación. Lo más prudente es aconsejar una expectación armada, en previsión de un fracaso de los recursos médicos.

6°. Las úlceras inoperables porque tengan muchas adherencias o sean perforantes en otros órganos (Observ. N°. 10).

7°. Aun cuando la indicación operatoria sea formal, habrá que contar para ello con un buen medio quirúrgico y con la pericia y habilidad del cirujano en esta clase de intervenciones (Finslerer), valiendo más bien abstenerse en caso contrario.

C) Las indicaciones del tratamiento quirúrgico. —

Al tratar de las indicaciones del tratamiento médico, hemos visto también algunas de las que corresponden a la cirugía.

Debemos agregar ahora algunas razones más, aducidas por los partidarios de la intervención.

La existencia anterior a la hemorragia o el temor de la perforación posterior es una razón de importancia. No hay duda que frente a tan temible situación, sólo la cirugía oportuna podrá salvar al enfermo.

La incertidumbre sobre la evolución próxima o remota que tendrá el ulceroso con hemorragia, es también otro argumento en favor de la intervención.

En aquellos casos en que la úlcera da lugar a hemorragias imperceptibles clínicamente pero bien reconocibles con los métodos de laboratorio y cuya persistencia es a menudo origen de anemias progresivas que pueden alcanzar una gran intensidad; en estos casos, de resistir al tratamiento médico, la intervención radical es absolutamente necesaria, pero debe ser precedida y continuada por un tratamiento médico bien dirigido (Corachán, 53).

Repetiré lo dicho en otra oportunidad (141): La úlcera, aun sin complicaciones, es muchas veces enfermedad quirúrgica. Operarla, pues, en caso de hemorragia, significará salvar al hemorrágico y curar al ulceroso.

En síntesis: **A excepción de las indicaciones de orden médico que se han dejado anotadas, todos los demás casos de hemorragias por úlceras gastro-duodenales son del resorte de la cirugía y a ella debe recurrirse sin pérdida de tiempo, siempre que sea posible.**

(Continuará)