

Hematemesis *

Dr. JOAQUIN FRAGOSO

LAS HEMORRAGIAS provenientes del aparato digestivo denominadas hematemesis, plantean numerosos problemas ya que con frecuencia suelen ser de considerable magnitud. Identificar el síntoma por lo general es fácil, ya que el vómito que acompaña a este sangrado y el hecho de que usualmente hay hemorragia por vía rectal en forma de melena ayudan a reconocerlo con claridad. El problema diagnóstico que presentan estos pacientes es localizar el origen de la hematemesis, ya que dada la gran extensión del aparato digestivo y el hecho de que cualquier parte de la economía puede dar lugar a una hemorragia, hacen difícil la sistematización exacta.

En esta presentación se mencionaran únicamente los padecimientos que por la frecuencia con que producen hematemesis constituyen un problema real para el clínico. Se tratarán las hemorragias provenientes del estómago y de várices esofágicas y se mencionarán únicamente las de la parte terminal del aparato digestivo producidas por diverticulitis y por el cáncer del recto y del sigmoide. No hablaremos del diagnóstico diferencial entre hemoptisis y hematemesis porque ya lo hizo el Dr. Celis anteriormente.

En general, puede decirse que un paciente que presenta hematemesis tiene una alteración en estómago o en duodeno; esto es debido a que la frecuencia de los padecimientos ulcerosos gastroduodenales es mucho más alta que cualquier otro trastorno que pueda dar origen a este síntoma. Sin embargo, hay que considerar que de todos los pacientes con úlcera gastroduodenal sólo el 5 ó 10 por ciento llegan a tener hemorragias de consideración.

* Versión eléctrica del symposio de hemorragias llevado a cabo en la Escuela Nacional de Medicina.

La conducta terapéutica a seguir en un caso de hematemesis por úlcera gastroduodenal es reponer lo más pronto que sea posible el volumen de sangre perdida, si es posible volumen a volumen. Por mucho tiempo se consideró que esta actitud era peligrosa porque al elevarse la presión arterial a niveles normales podía favorecerse la presentación de la hemorragia de nueva cuenta, sin embargo, la experiencia ha demostrado que esto es absolutamente falso. Por otro lado, la hipovolemia provocada por la hematemesis produce trastornos de la oxigenación en distintos órganos fundamentalmente el riñón, el hígado y el cerebro que sólo pueden corregirse con una transfusión sanguínea oportuna y suficiente.

En cuanto a las medidas que tienden a detener la hemorragia misma, son variables según las diferentes escuelas y según el criterio personal del clínico; no obstante, en la actualidad se considera que un enfermo que ha sangrado en cantidad abundante por úlcera gastroduodenal en una ocasión, debe ser tratado médicamente y una vez que se haya mejorado su estado general debe ser intervenido de inmediato para hacersele una gastrectomía subtotal. Como es lógico, pensar, esta postura no es definitiva porque hay que considerar varias circunstancias, entre ellas, la edad del paciente. Se sabe que es excepcional que un individuo joven muera como consecuencia de la primera hematemesis producida por una úlcera, por tanto, a la mayor parte de los individuos jóvenes se les va a tratar conservadoramente. Por otro lado, se sabe que después de los 50 años es muy elevado el porcentaje de pacientes que mueren debido a la hemorragia por úlcera gastroduodenal por lo que se considera indicado llevar a cabo el tratamiento quirúrgico de la lesión tan pronto como las condiciones del paciente lo permitan.

El médico puede intervenir directamente para modificar las condiciones que agravan el estado ulceroso. Como es sabido, en la mayor parte de los enfermos con esta entidad, hay un aumento considerable de la actividad péptica del jugo gástrico y de la acidez libre y total, que es lo que va a producir la erosión de la mucosa y posteriormente de los vasos gástricos con la consecuente hemorragia. Entonces se debe tratar de disminuir este exceso de acidez, lo que se logra por medio de dieta láctea horaria o mediante la administración de leche a través de una sonda gástrica por goteo continuo después de la hematemesis.

Como en los enfermos de edad avanzada existe por lo general arterioesclerosis y los vasos ya no poseen las condiciones de elasticidad y contracción adecuadas para ayudar a detener la hemorragia es preferible hacer la gastrectomía inmediata para llevar a cabo la hemostasis directa.

Otro padecimiento del aparato digestivo que con frecuencia da lugar a grandes hematemesis son las várices del esófago. Estas se deben al aumento de presión intraluminal en las venas del sistema porta, lo que es causado por una obstrucción a su circulación, que se encuentra en la mayor parte de los casos dentro del hígado mismo. Como se sabe las obstrucciones del sistema porta se han dividido en prehepáticas, intrahepáticas y posthepáticas. Como ejemplo de la primera está la trombosis de la vena porta, como ejemplo de la segunda que constituye casi todos los casos de obstrucción, está la cirrosis hepática del tipo alcoholo-nutricional, que es la más frecuente y del tipo post-necrótico y portal; el ejemplo de obstáculo post-hepático lo constituye la trombosis de las venas suprahepáticas. Debe repetirse que la mayor parte de las obstrucciones se van a encontrar en el hígado mismo, debido al tejido fibroso característico de los procesos cirróticos o a la presencia de nódulos de regeneración. Esto determina una estásis circulatoria que aumenta la presión en el sistema venoso portal y fundamentalmente en las venas esofágicas, que son las que se rompen en la mayor parte de los casos, no obstante que todas las tributarias del sistema porta estén ingurgitadas.

El porqué las venas esofágicas son las que se rompen en casi todos los casos, se explica actualmente por una teoría que menciona que la presencia de los paquetes varicosos en el cardias producen una insuficiencia relativa de este esfínter y permite el paso de jugo gástrico hacia el esófago, ésto produce una esofagitis péptica que va a erosionar los vasos esofágicos y a provocar su ruptura.

Las hemorragias por esta causa son muy frecuentes y tienen un elevado índice de mortalidad, ya que por estudios estadísticos se ha demostrado que el 80 por ciento de los enfermos con várices esofágicas mueren un año después de su primera hematemesis.

De esto se destaca la importancia de hacer un tratamiento oportuno y adecuado para permitir al paciente en esta situación la máxima supervida.

En caso de una emergencia en que la hematemesis se presenta bruscamente es necesario reponer la sangre perdida, que aparte de combatir la anemia ayuda a que el paciente no caiga en coma hepático.

En segundo término hay que tratar de cohibir la hemorragia; para esto hay varios procedimientos, por un lado la introducción de sondas tipo Folley, Patton o Sengstaken las que por distensión cardial tienden a detener la hemorragia. Su uso no siempre es efectivo, ya que se ha ob-

servado que en el 40 o 50 por ciento de los casos, la hemorragia continua o bien se reinstala una vez retirada la sonda. Además, la sonda no puede dejarse más de 48 a 72 horas porque suele producir necrosis del esófago y es muy molesta para el enfermo por lo que hay que retirarla al poco tiempo de haberla introducido.

Recientemente apareció publicado un procedimiento que hemos usado y que parece ser de una gran efectividad. Consiste en la administración de 20 unidades de pituitrina diluidas en 200 ml. de suero glucosado e introducidas por vía intravenosa lo más rápido posible. En los enfermos que hemos tratado por este medio se ha podido suspender la hematemesis temporalmente, con lo que mejoran las condiciones del enfermo y se pueden recurrir a otros recursos terapéuticos.

Se dice que la pituitrina actúa provocando una dilatación del área esplácnica, lo que produce una disminución de la presión intravascular del sistema porta semejante al que se obtiene haciendo derivaciones quirúrgicas tipo porto-cava o espleno-renal.

Este recurso es temporal, pero puede utilizarse 4 o 5 horas después del primer episodio hemorrágico si es que se presenta una nueva amenaza de hematemesis. Como la pituitrina no tiene efecto duradero suele hacerse necesario recurrir a la ligadura de las venas esofágicas.

Antes de terminar lo relativo al tratamiento de las várices esofágicas, es conveniente puntualizar algunos datos útiles para su diagnóstico. La ingurgitación de estas venas usualmente es parte de un síndrome clínico llamado hipertensión portal.

Este se reconoce clínicamente por la presencia de esplenomegalia, red venosa abdominal colateral, ascitis, hemorroides y várices esofágicas.

Estas últimas se pueden demostrar radiológicamente haciendo que el paciente trague un medio de contraste opaco, pudiéndose con una técnica especial, poner de relieve los defectos de llenado en la porción inferior del esófago que están dados por las dilataciones varicosas. También suele hacerse objetivo todo el sistema porta por medio de la esplenoportografía, que consiste en la introducción de medio de contraste yodado directamente en la pulpa esplénica por una aguja N^o 18 a gran velocidad y tomando placas radiográficas seriadas.

Desde hace tiempo se ha pensado que la manera de tratar la hipertensión portal es, lógicamente, disminuir la presión dentro de este sistema, derivando la sangre de esta red venosa hacia la circulación general. En la actualidad este hecho es posible llevarlo a cabo por medio de anastomosis del tipo porto-cava o espleno-renal.

Estas técnicas han sido criticadas desde numerosos puntos, pero hay que considerar lo siguiente: lejos de ser un procedimiento antifisiológico, es un recurso terapéutico que en realidad imita lo que la naturaleza misma trata de hacer al formar las redes de circulación colateral para intentar derivar la sangre hacia la circulación sistémica.

Estos no son los únicos problemas del aparato digestivo que producen hematemesis, pero por su frecuencia son las más importantes. Ya se mencionó anteriormente que la diverticulitis y el cáncer del ciego y del sigmoides pueden producirla, pero su presentación es mucho menos frecuente. En ciertas ocasiones es difícil el diagnóstico diferencial entre una hemorragia proveniente de una úlcera gastroduodenal o de várices esofágicas. En entidades como la cirrosis post-necrótica la sintomatología de hipertensión portal o las alteraciones en las pruebas de funcionamiento hepático pueden ser mínimas y sin embargo, pueden existir várices esofágicas sangrantes. En estos casos dudosos entre úlcera o várices esofágicas, la introducción correcta de una sonda de Patton suele hacer el diagnóstico. Si aún con ella el paciente sigue sangrando, lo probable es que se trate de una úlcera, o viceversa. Empero hay ocasiones en que el caso es más confuso, pues pueden coincidir ambos padecimientos, lo que se ha encontrado en 20 por ciento de pacientes con cirrosis hepática. Ante estados de duda como éste, lo indicado es llevar a cabo una laparotomía exploradora para hacer el diagnóstico quirúrgico y así decidir sobre la terapéutica más conveniente.