

Hemorragia del Aparato Digestivo por Úlceras de Stress*

Juan Jaramillo Antillón
Manuel Aguilar Bonilla

Fernando Alvarado Acosta
Alfonso Campos Rojas

Rodrigo Campos Rojas

El término ULCERAS DE ALARMA, lo hemos reservado nosotros para aquellas úlceras agudas de la parte alta del tubo digestivo que se desarrollan en pacientes sometidos a situaciones de stress que se pueden comprobar. Se excluyen, por supuesto, los sangramientos de enfermos portadores de várices esofágicas, gastritis erosivas exógenas, cáncer gástrico y los pacientes con antecedentes de úlcera péptica conocida.

La frecuencia real de las úlceras de alarma en nuestro medio la desconocemos, sobre todo por la dificultad para diagnosticar este tipo de lesión, en especial si se toma en cuenta el hecho de que la mayoría suelen ser indolorosas o por la rapidez con la cual curan en algunos casos. Hemos notado, sin embargo, que en los últimos años se ha incrementado el diagnóstico de esta lesión, sobre todo en enfermos que han sido intervenidos quirúrgicamente por otras causas y que en su postoperatorio inmediato, presentan sangramientos digestivos que incluso han llegado a ser mortales o también como respuesta final en pacientes moribundos por diversas enfermedades y en los cuales la clínica, la endoscopia o los estudios retrospectivos de necropsias, nos han dado el diagnóstico.

Se presenta 82 casos de úlceras de stress estudiados en el Hospital Central de la Caja Costarricense de Seguro Social hasta el año 1969, inclusive.

ETIOPATOGENIA

Se cree que en su origen intervienen mecanismos que aumentan las secreciones gástricas ácidas (mecanismo agresor activo) o disminuyen los mecanismos de protección de la mucosa, como son: moco de

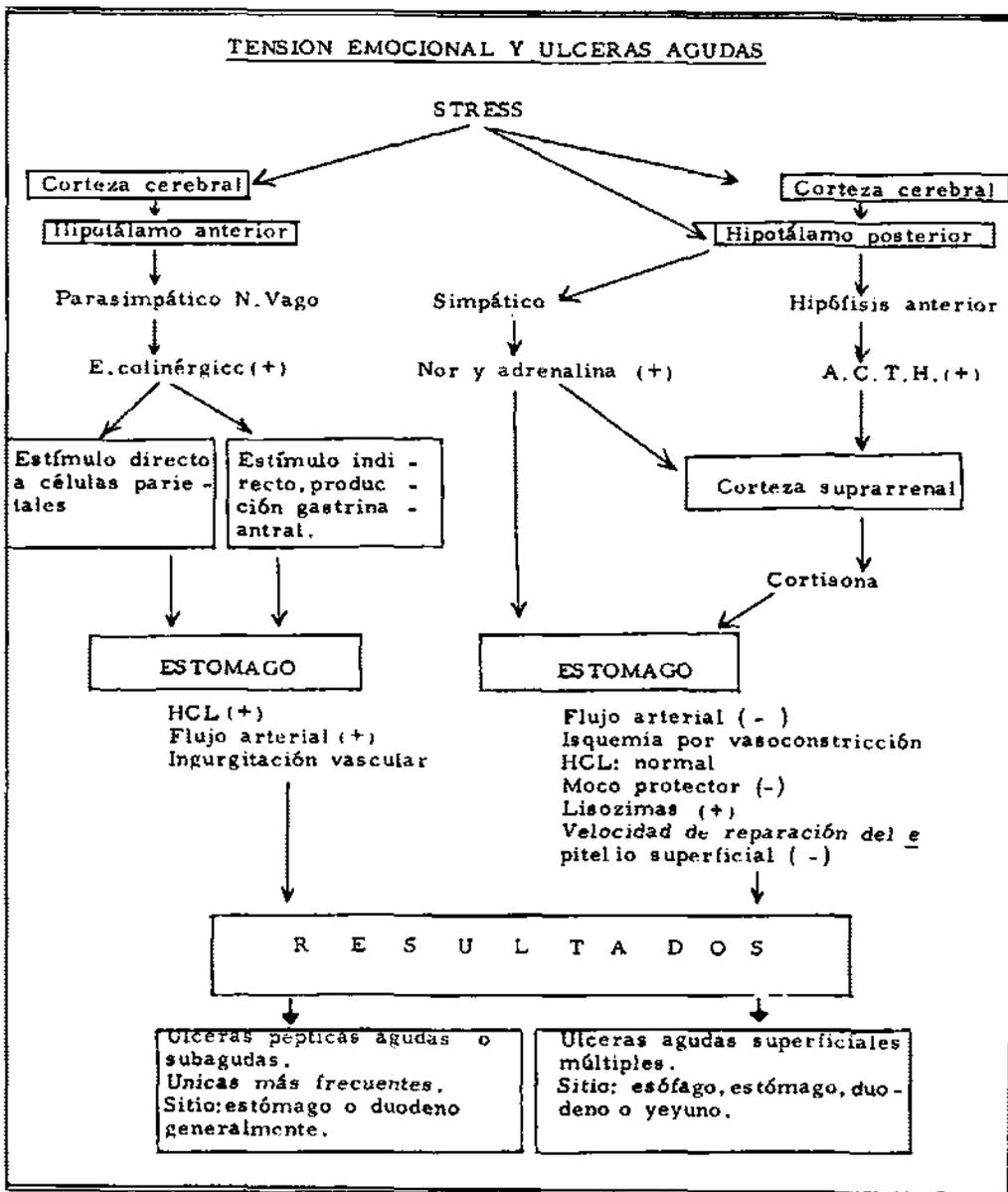
(*) Servicio de Cirugía y Anatomía, Caja Costarricense de Seguro Social.

menor calidad y cantidad, menor velocidad de reparación epitelial de la mucosa, disminución del riego sanguíneo, causando esquemia por acción simpática al abrir los circuitos arteriovenosos con disminución del flujo de sangre a la mucosa (mecanismo protector deprimido).

La vía final común de tales mecanismos parece ser que es el sistema nervioso vegetativo y glandular (hipófiso-suprarrenal) el cual se pone en juego por activación de mecanismos hipotalámicos, ya que éste, con o sin participación de la corteza cerebral, interviene en la integración de las reacciones que acompañan a los estados emotivos (Strees).

Vemos aquí que el HIPOTALAMO desempeña un papel muy importante en la integración de las reacciones viscerales del organismo en situaciones de emergencia y así, manifestaciones emotivas recibidas ahí pueden integrarse en esa misma zona y dar lugar a reacciones del simpático o parasimpático como respuesta a esas situaciones de emergencia. Tenemos pues, que ya sea por hiperactividad simpático-glandular (1), o por hiperactividad vagal o inclusive por interacción de ambas, es posible que puedan aparecer úlceras agudas del aparato digestivo superior.

TENSION EMOCIONAL Y ULCERAS AGUDAS



Ulceras pépticas agudas o subagudas. Unicas más frecuentes. Sitio: estómago o duodeno generalmente.

Ulceras agudas superficiales múltiples. Sitio: esófago, estómago, duodeno o yeyuno.

CAUSAS O LESIONES QUE PUEDEN DAR LUGAR
A LA APARICION DE ULCERAS AGUDAS
DE STREES

- 1) Intervenciones quirúrgicas: de cirugía cardiovascular, génito-urinaria, abdominal, cerebral, etc. (8-12).
- 2) Lesiones del sistema nervioso central: (úlceras de Cushing): Tumores intracraneales, accidentes cerebro vasculares, traumatismos, encefalitis, poliomiélitis bulbar, etc. (3).
- 3) Fracturas severas (4).
- 4) Quemaduras y lesiones por frío (úlceras de Curling) (2).
- 5) Infecciones severas (septicemias).
- 6 Estados de shock.
- 7) Embolias grasosas.
- 8) Insuficiencia respiratoria aguda de diversos orígenes.
- 9) Factores psíquicos: tensión emocional severa, estados agónicos.
- 10) Mixtas: uremia y strees, etc.
Operaciones e infecciones, etc.

CARACTERES CLINICOS DE LAS
ULCERAS DE STRESS

EDAD:

Se incluye los extremos de la vida.

SEXO:

Masculino o femenino por igual.

SINTOMAS GASTROINTESTINALES PREVIOS:

Ausentes.

DATO INICIAL:

Hematemesis o melena masiva (80% o más de los casos) (6).

DOLOR:

Poco frecuente.

LOCALIZACION:

Más frecuentes las gástricas y duodenales, pero pueden verse en esófago y yeyuno.

NUMERO:

Unicas o más frecuentemente múltiples (60 a 70%).

EPOCA DE APARICION EN RELACION CON LA ENFERMEDAD O TENSION QUE CAUSO LA ALARMA:

Aproximadamente a los 8 días.

TIPO:

Superficiales y suelen limitarse a la mucosa, aunque algunas se perforan.

ENDOSCOPIA:

Positiva generalmente.

RAYOS X:

Negativa por lo superficial de las lesiones.

PRONOSTICO:

Grave. Mortalidad del 50% o más (10-11).

TERAPEUTICA:

Médica o quirúrgica según el caso.

ANATOMIA PATOLOGICA:

Son úlceras agudas de la parte alta del tubo digestivo y que al revés de las erosiones superficiales, sí penetran la muscularis mucosae, pudiendo inclusive en ocasiones atravesar todo el espesor de la pared gastrointestinal dando perforaciones.

Hemos excluido las erosiones superficiales como las provocadas por la ingesta de salicilatos o alcohol, etc., y sin embargo, sí incluimos a las úlceras agudas que se desarrollan o las que aparecen por primera vez a consecuencia de STRESS.

Una úlcera aguda es una lesión circunscrita de la mucosa que penetra en la muscularis mucosae, siendo esta profundidad de la lesión lo que constituye la diferencia principal entre una erosión y una ulceración o úlcera aguda.

Suelen presentar bordes y fondo en donde el tejido conjuntivo es escaso o no existe, en tanto que en una úlcera crónica ésta posee tejido fibroso abundante en sus bordes y en su base. Además, suelen

curar con relativa rapidez sin dejar cicatriz cuando no conducen a la muerte por perforación o sangrado.

DIAGNOSTICO:

Pensar en ellas en todo paciente sometido a situaciones de stress y que presente anemia aguda por sangramiento digestivo, en especial si no hay dolor ni antecedentes previos de enfermedad capaz de causar sangrado digestivo. La endoscopia puede confirmar el diagnóstico, la radiología no suele darnos ayuda.

TRATAMIENTO:

- a) Combatir el shock: sangre, dextrán o Reodextrán, sueros, etc.
- b) Lavados gástricos: con suero salino o agua fría con hielo.
- c) Anticolinérgicos, succión continua y nada oral.
- d) Vitamina K, parénógeno, ayerogen (estrógenos conjugados).
- e) Gangliopléjicos a dosis elevadas (derivados de las cloropromazinas, etc.).
- f) Cirugía: la recomendamos relativamente precoz, si es necesario pasarle al enfermo más de 1½ litros en 24 horas, o si no es posible sostener el estado general con las medidas indicadas. No esperar a que el paciente entre en shock grave.

Se contraíndica la cirugía en los estados agónicos y shock septicémico, pues son la expresión ya de un estado final.

ULCERAS AGUDAS DE STRESS (Casos de Autopsias)	
Número de casos	65
Número de autopsias revisadas	2215
Sexo:	
Masculino	34
Femenino	31
Edad mínima	17 años
Edad máxima	92 años
Hematemesis	21 casos
Melena	17 casos
Los restantes 29 casos pese a no tener hematemesis ni melena, sí presentaban sangre en el interior del tracto gastrointestinal al momento de la autopsia.	
Dolor epigástrico	6 casos

LESIÓN O ENFERMEDAD PRINCIPAL DE LOS CASOS
AUTOPSIADOS

	<i>Nº casos</i>
Accidente vascular cerebral	8
Insuficiencia cardíaca	9
Cáncer del colon	4
Úlcera duodenal perforada	3
Pancreatitis aguda	4
Pielonefritis o glomerulonefritis aguda	3
Septicemia de diversos orígenes	3
Aborto séptico	2
Hipertrofia prostática	2
Obstrucción intestinal por adherencias	2
Infarto del miocardio	2
Neumonía aguda	3
Colecistitis, colelitiasis	2
Trombosis mesentérica	2
Hidronefrosis	1
Perforación traumática del colon	1
Absceso hepático	1
Trombosis intrahepática aguda de la porta	1
Cáncer del cérvix	1
Apendicitis aguda	1
Cáncer del hígado	1
Acidosis diabética	1
Insuficiencia respiratoria aguda, asma bronquial	1
Enteritis isquémica idiopática	1
Cáncer de la ampolla Vater	1
Trasplante del bazo al tórax	1
Fractura de fémur con embolias pulmonares	1
Cirugía extracorpórea por estenosis mitral	1
Necrosis epidérmica tóxica (Sind. de Lyel)	1
Hipertensión portal por cirrosis	1

SITIO ANATOMICO DE LAS ULCERAS AGUDAS

	Localización en el estómago		Total úlceras
a) Gástricas	Antropilóricas:	7	Unicas 10 Múltiples 30 38
	Cuerpo	12	
	Fondo	3	
	Difusas	16	
b) Duodeno			Unicas 5 Múltiples 5 10
c) Mixtas	Gastroduodenales	9	17
	Esófago-gástricas	6	
	Gastroyeyunales	1	
	Esófagogastro-duodenales	1	
d)	Úlceras agudas sangrantes que perforaron: 3 casos.		
TOTAL			65

COMPLICACIONES SOBREGREGADAS

Peritonitis aguda	11
Septicemia aguda	11
Shock severo	7
Insuficiencia renal aguda	5
Insuficiencia cardíaca	4
Embolias pulmonares	1
Hemorragia suprarrenal	1
Insuficiencia hepática	2

CIRUGIA EFECTUADA EN ESTOS ENFERMOS
PREVIO AL SANGRAMIENTO

	<i>Nº casos</i>
Laparatomía exploradora	4
Hemicolectomía	4
Resección prostática	2
Resección intestino delgado	2
Colecistectomía	2
Colecistoyeyuno-anastomosis	1
Colecistectomía, coledocotomía. Duodenostomía	1
Colédocoduodenoanastomosis	1
Pancreatoduodenactomía	1
Cierre de úlcera perforada de duodeno	1
Histerectomía	1
Cesárea	1
Legrado uterino	1
Nefrectomía	1
Biopsia renal	1
Trasplante del bazo al tórax	1
Hernioplastia	1
Craneotomía. Lobectomía	1
Esternotomía. Cirugía extracorpórea	1
Esplenectomía	1
TOTAL OPERACIONES	30

CASOS CLINICOS TRATADOS

Número de enfermos	17
Sexo: Masculino	11
Femeninos	6
Edad mínima	20 años
Edad máxima	79 años
Presentaron hematemesis	6 casos
Presentaron melena	14 casos
Presentaron dolor epigástrico	3 casos

SITIO ANATOMICO DE LAS ULCERAS

a) GASTRICAS: Unicas	2 casos	Total
Múltiples	5 casos	7
b) DUODENALES	6 casos	6
c) MIXTAS (gastroduodenales)	4 casos	4
TOTAL		17

LESION O ENFERMEDAD PRINCIPAL DE LOS
17 CASOS TRATADOS
(Casos Clínicos)

Resección por hipertrofia prostática	3
Severa crisis emocional	3
Severa crisis emocional más cirugía de recto	1
Aborto séptico	2
Úlcera duodenal perforada	2
Cáncer de vejiga	1
Histerectomía por fibroma uterino	1
Heridas traumáticas de colon y duodeno	1
Accidente vascular cerebral	1
Lumbotomía exploradora post-traumatismo	1
Injerto aorto-iliaco por arterioesclerosis	1

CIRUGIA PREVIA EFECTUADA EN ESTOS ENFERMOS
ANTES DE LA APARICION DE SUS ULCERACIONES

Prostatectomía	3
Sutura úlcera duodenal perforada	2
Lumbotomía exploradora	1
Laparatomía y cierre de perforaciones de duodeno y colon	1
Legrado uterino	1
Fistulectomía perianal	1
Injerto aorto iliaco	1

TRATAMIENTO

a) Médico:	10 casos
b) Quirúrgico:	7 casos
Gastrectomía subtotal	5 casos
Vaguetomía con piloroplastia y ligadura vaso	2 casos

RESULTADOS

Control de la hemorragia con tratamiento médico:	4
Falla en control de la hemorragia con tratamiento médico:	6
Control de la hemorragia con cirugía:	5
Falla en control de la hemorragia con cirugía:	2
Sobrevida	52%

RESUMEN Y CONCLUSIONES:

Se demuestra por el número de casos presentados, que las úlceras agudas de stress no son raras y que suelen observarse en enfermos intervenidos quirúrgicamente, en los que han sufrido trauma psíquico reciente, en los portadores de procesos septicémicos o como respuesta final en pacientes moribundos por diversas enfermedades.

Los conocimientos actuales de la fisiopatología de estas úlceras, sugieren que los mecanismos de producción de ellas son desencadenados por situaciones de emergencia debidas a manifestaciones emotivas recibidas e integradas en el hipotálamo, dando reacciones del simpático, parasimpático, o ambos a la vez, como respuesta a esos estímulos.

Se ve en ambos sexos por igual y sus síntomas principales son: anemia con o sin melena y hematemesis; raramente son capaces de provocar una perforación.

Las causas etiológicas más frecuentes fueron: accidentes vasculares cerebrales, cardiopatías, septicemias y cirugía del aparato digestivo y urológico.

Fueron únicas en 24 de 82 pacientes: 19%.

Estuvieron localizadas al estómago en 45 de 82 casos: 54.8%.

Por la frecuencia con que fueron únicas y la mayor afinidad por localizarse al estómago (54.8%), recomendamos, que si no se logra con la terapéutica médica una rápida mejoría, debe pensarse en efectuar una gastrectomía subtotal amplia, con cierta precocidad y cuando no se trata de enfermos en estado agónico, en los que la cirugía está contraindicada.

BIBLIOGRAFIA

- 1.—AKE, SVENSSON: Gastrointestinal haemorrhage after prostatectomy. *Acta Chir. Sncad.* 133: 229-231; 1967.
- 2.—BERKOWITZ, D.; WAGNER, B. W. and ORRICHIO, J. F.: Acute peptic ulcerations following cardiac surgery. *Ann. Int. Med.* 46: 1015; 1957.
- 3.—DRYE, J. C.; SHOEN, A. M. and ROSS, J. E.: Effect of nonspecific trauma on gastric secretion and quiescent peptic ulcer. *Arch Surg.* 69: 450, 1954.
- 4.—FELDMANS, S.; LUTTWAK, E. M. and CARMON, A.: Acute neurogenic activation of chronic duodenal ulcers. *Arch. Int. Med.* 115: 140; 1965.
- 5.—GRIFFIN, R. G.; LAWSON, R. L. and MOORE, D. L.: Stress ulcer of the gastrointestinal tract. *Gastroenterology* 32: 404; 1957.
- 6.—HUMMEL, R. P.; LANCHANTIN, G. H. and ARTS, C. P.: Clinical experiences and studies in Curling's ulcer. *J. A. M. A.* 164: 141; 1957.
- 7.—INFANTE, DIAZ, S. y MANSFERRER, R.: Úlceras neurogénicas del tubo digestivo. *Memorias del X Congreso Médico Centroamericano, El Salvador.* 497. 1963.
- 8.—LEBRAT, M.; PASQUIER, J. y LAMBERT, R.: Les ulcères gastroduodénaux aigus du stress. *Lyon Chirurgical* 60: 212; 1964.
- 9.—LILLEHEI, C. W.; ROTH and WANGENSTEEN, O. R.: Role of stress in the etiology of peptic ulcer. *S. Forum. Philadelphia, W. B. Saunders, Co.* 43-48; 1952.
- 10.—McDONNELL, W. and McCLOSKEY, J. F.: Acute peptic ulcer as a complication of surgery. *Ann. Surg.* 67: 1953.
- 11.—MEARS, F. B.: Autopsy survey of peptic ulcer associated with other diseases. *Surgery* 34: 640; 1953.
- 12.—SPENCER, J. A. MORLOK, G. C. and SAYRE, G. P.: Lesions in upper portion of the gastrointestinal tract associated with intracranial neoplasms. *Gastroenterology* 37:20; 1959.