

COMENTARIOS

UNA NUEVA CAUSA DE HEMORRAGIAS DIGESTIVAS

Los gastroenterólogos se hallan a menudo ante hemorragias digestivas graves causadas por diversas enfermedades conocidas, tales como la úlcera péptica, las varices esofágicas, la hernia diafragmática, etc. Los progresos de la técnica quirúrgica vascular han añadido a aquéllas una nueva causa: la fístula aortoduodenal postinjerto. Los aneurismas de la aorta abdominal y las oclusiones aortoiliacas se tratan con frecuencia hoy día mediante el injerto. Como injerto se puede usar la aorta de un cadáver o un tubo sintético. Estos injertos en unos casos se toleran, y todo va bien. En otros, el injerto no se tolera y puede perforarse. Con la mayor frecuencia lo hace a nivel de la sutura proximal, en la vecindad de la tercera porción del duodeno. La cara anterior del injerto adhiere y se fusiona a la cara posterior del duodeno, se fisura y da lugar a hemorragias repetidas, o se perfora ampliamente y da origen a una hemorragia fulminante mortal.

El diagnóstico diferencial es fácil. La historia de la operación anterior practicada y la ausencia de síntomas de las lesiones corrientes asociadas a hemorragia gastrointestinal permite etiquetar la hemorragia de fístula aortoduodenal postinjerto. En unos casos el enfermo fallece en pocas horas. En otros, la hemorragia es intermitente y el enfermo puede sobrevivir varios días. Estos casos deben ser reoperados.

Abierta la cavidad abdominal, la fístula sólo puede demostrarse separando el duodeno del injerto. Después de aplicar los «clamps» de hemostasia, se extirpa el injerto y se coloca uno nuevo. El orificio duodenal se sutura. Para evitar se forme una nueva fístula puede intercalarse el omento entre el duodeno y la aorta. Mediante esta reoperación se ha podido salvar algún enfermo.

En un reciente trabajo publicado por NARANJO en esta revista se recopilan 14 casos. La mayor parte son homoinjertos practicados por aneurisma de la aorta abdominal. En dos casos se trataba de trombosis aortoiliaca. En éstos los injertos fueron de Nylon en un caso y de Dacron en otro. Recientemente CRAWFORD y colaboradores comunican seis casos de fístula aortoduodenal después de injerto por trombosis aortoiliaca.

Si el cirujano ha demostrado ser capaz de las más audaces operaciones sin que el enfermo muera en el acto operatorio, también se ha demostrado que las leyes de la patología general se cumplen inexorablemente. Si en algún caso la ruptura puede ser consecuencia de un defecto de técnica,

lo más frecuente es que se deba a alteraciones del injerto que el cirujano no puede evitar. Los autoinjertos venosos, carentes de túnica musculoeelástica resistente, ceden ante la presión arterial, se dilatan y se rompen si antes no se trombosan. Los homoinjertos arteriales contienen sustancias antigénicas que despiertan reacciones antígeno-anticuerpo en los tejidos del huesped, las cuales originan autolisis, ruptura de la elástica y fibrosis. Por otra parte, se desarrollan en el injerto intensas lesiones ateromatosas con oclusión trombótica. Los injertos artificiales pueden no ser tolerados o pueden infectarse.

En los casos de aneurisma el riesgo de ruptura seguida de muerte justifica la extirpación y el injerto. Sin embargo, obsérvese que algunos casos tratados por injerto fallecen precisamente de la complicación que se quería evitar: la ruptura en el duodeno y hemorragia consiguiente. En los casos de trombosis aortoiliaca la fístula aortoduodenal postinjerto debe hacer meditar a los cirujanos. Quizás se empleó en estos enfermos una terapéutica que les dejaba en situación de mayor riesgo que la que motivó la consulta.

F. MARTORELL

BIBLIOGRAFIA

- NARANJO, J. — *Injertos aórticos perforados en intestino; recopilación de 14 casos.* "Angiología", 12:35:1960.
- CRAWFORD, E. STANLEY; DE BAKEY, MICHAEL E.; MORRIS, GEORGE C. JR. y GARRETT, EDWARD. — *Evaluation of late failures after reconstructive operations for occlusive lesions of the aorta and iliac, femoral, and popliteal arteries.* "Surgery", 47:79:1960.