HEMORRAGIA DIGESTIVA ALTA. TRATAMIENTO VIDEOLAPAROSCÓPICO

Walter Minatti* MAAC, Germán Nifuri** MAAC, Daniel Iglesias***, Enrique Cánepa****

DEL SERVICIO DE CIRUGÍA GENERAL, HOSPITAL PRIVADO DE COMUNIDAD, MAR DEL PLATA

La hemorragia digestiva alta (HDA) por patología gastrointestinal ocupó la tercera causa de mortalidad en nuestro servicio. La mortalidad global publicada corresponde a 10%. La incidencia se da entre la 6ta. y 8va. década de la vida. La úlcera duodenal aguda constituye el principal causa de hemorragia digestiva alta. El abordaje videolaparoscópico ha permitido a cirujanos entrenados el tratamiento de la patología que con urgencia.

Varias publicaciones han comenzado la experiencia en animales con el tratamiento de la hemorragia digestiva alta por cirugía laparoscópica con sutura directa de la úlcera. 3, 4.

Técnica quirúrgica

Bajo anestesia general y en posición de litotomía se ubica el cirujano entre las piernas del paciente, un ayudante a cada lado y el monitor en la cabecera.

Se realiza neumoperitoneo con CO₂ hasta una presión de 12 mmHg y a continuación videolaparoscopia con óptica de 30° por trocar supraumbilical de 10 mm, sin evidenciar indicios de úlcera péptica desde la superficie gástrica.

Luego se colocan:

- Trocares de 10 mm c/u en ambos flancos, a nivel de línea axilar anterior, con el objeto de separar el lóbulo izquierdo del hígado desde la derecha y traccionar el estómago desde la izquierda.
- Trocar de 10 mm en hipocondrio izquierdo a nivel de línea medioclavicular, 3 cm por arriba del ombligo.
- 1 trocar de 5 mm en hipocondrio derecho a nivel de línea medioclavicular, 1 cm por arriba del ombligo.

Se realiza gastrostomía longitudinal de 6 cm, frente a la cisura angular y a 2 cm de la curvatura menor, con electrocauterio monopolar.

Se identifica úlcera de 7 mm de diámetro con sangrado arterial activo y se procede a realizar hemostasia directa con 3 puntos de Vicryl 3/0 continuos y nudos internos. Gastrorrafía con surjet de Vicryl 3/0 y colocación de drenajes en ambos espacios subfrénicos y subhepático derecho.

La paciente evolucionó bien iniciada la ingesta al 4to día; no se evidenció resangrado y fue egresada al 6to día postoperatorio sin presentar complicaciones.

DISCUSIÓN

En nuestra institución la indicación quirúrgica en H.D.A. por U.P. se basa fundamentalmente en los
requerimientos de transfusión sanguínea, independientemente de la condición al ingreso (Shock), de su topografía (Gástrica o duodenal), tamaño (> o < de 1 cm) y estigmas de sangrado (Forrest); concretamente operamos a aquellos que necesitan más de 4 Unidades de Sangre utilizando como criterio de transfusión sanguínea los siguientes parámetros: Hto = o < a 24% y/o Hb = o < a 8 g.

Si bien actualmente las posibilidades terapéuticas pasan por la cirugía convencional, la radiología intervencionista y la endoscopia, consideramos que el procedimiento laparoscópico en el tratamiento de la hemorragia digestiva alta por últera péptica se presenta como una alternativa de tratamiento, a considerar, en aquellos pacientes que se encuentran hemodinámicamente comprometidos.

BIBLIOGRAFÍA