

Úlcera de stress perforada, en el curso evolutivo de una enferma en status asmático. Presentación de un caso

Por los Dres.:

MARTÍN LANDA BACALLAO,¹² JOSÉ PEÑA FUENTES,¹³
GRACIANO DE ARMAS LEYVA,¹⁴ RIGOBERTO PEDROSO
IZQUIERDO,¹⁵ JOSÉ SANFIZ VILA***

Landa Bacallao, M. et al. *Úlcera de stress perforada en el curso evolutivo de una enferma en status asmático. (Presentación de un caso)*- Rev Cub Med 14: 4, 1975.

Se reporta un interesante y raro caso de una enferma que falleció, y era portadora de una úlcera gástrica de *stress* perforada en el curso evolutivo de un *status* asmático; se dieron a conocer su historia clínica y evolución y se analizó sobre la sintomatología, frecuencia, etiopatogenia, diagnóstico y tratamiento de este tipo de úlcera.

La llamada úlcera de *stress* es una úlcera gastroduodenal aparecida en el curso de intensas y mantenidas emociones, generalmente relacionadas con graves afecciones o actos quirúrgicos de distintas naturalezas.

Algunos autores incluyen dentro de esta denominación a las complicaciones de una úlcera péptica preexistente (hemorragia, perforación, etc.); otros, con los que estamos de acuerdo, solamente consideran a las úlceras gastroduodenales agudas aparecidas en el curso de intenso *stress*, sin antecedentes de síntomas dispépticos.¹

Por sus pobres caracteres clínicos frecuentemente han sido hallazgos de autopsia, entre 1 y 6%.²

Reportamos este caso por lo raro de una úlcera gástrica de *stress* muy aguda y perforada en el transcurso de cuatro días de evolución de un *status* asmático y no haber encontrado en la literatura medias de evolución de un *status* asmático y caso igual o semejante.

Presentación del caso:

M.B.L. H.C. 159 779 Paciente de la raza blanca y el sexo femenino, casada de 34 años de edad, desocupada. Ingresa en el servicio de medicina del hospital general "Freyre de Andrade" el 1ro. de junio de 1973, a las 4.00 p. m., con el diagnóstico de *status* asmático dando como historia de su dolencia: hacía muchos años

Trabajo presentado en la 2da. Jornada Medicoquirúrgica del hospital "General Freyre de Andrade", diciembre de 1973.

Especialista de 2do. grado en medicina interna, jefe del departamento de medicina del hospital "General Freyre de Andrade".

¹² Médico general del hospital "General Freyre de Andrade".

¹³ Especialista patólogo del hospital "General Freyre de Andrade".

¹⁴ Especialista en medicina interna del hospital "General Freyre de Andrade".

periódicamente padecía de súbita e intensa falta de aire, catalogada como asma, y durante los cuatro días anteriores a este ingreso concurrió a otro hospital donde después de horas de ser atendida en el cuerpo de guardia, sin mejorar, por no tener camas disponibles la refieren a éste.

Agrega que siempre ha sido nerviosa.

Por su estado de gravedad se dificulta el interrogatorio, por lo que no se pueden obtener informaciones de sus antecedentes patológicos personales y familiares, ya que además falleció 7 horas y 20 minutos después de su hospitalización; se recoge como dato de interés suministrado por un familiar allegado a los tres o cuatro días de su fallecimiento, a requerimientos nuestros, después de conocer el resultado de la autopsia, que no tenía padecimientos o síntomas de úlcera gastroduodenal y que en algunas de las crisis asmáticas tomaba tabletas de prednisona.

Examen físico: se trataba de una enferma normotensa, que no deambula por su estado de gravedad, con decúbito preferentemente ortopneico, facies ansiosa y disnea, piel y mucosas normocoloreadas, sin infiltraciones subcutáneas, tórax insuflado, con tiraje intraclavicular, poca expansión y movilidad, polipnea espiratoria, de 24 por minuto, hipersonoridad, espiración prolongada, numerosos roncos y sibilantes bilaterales, tos improductiva persistente. Pulso lleno, regular, tenso, igual y con frecuencia de 88 al minuto, lábil. Ruidos cardíacos difícilmente audibles, no se observan los latidos de la punta en la pared del tórax y con una presión arterial de 130 y 90 también lábil.

El resto del examen físico no ofrecía datos de interés; el hígado se percute dentro de límites normales, con abdomen blando, sin zonas dolorosas, ni Inmorales.

Ante esta sintomatología el diagnóstico positivo fue: un grave *status* asmático con severa insuficiencia respiratoria de cuatro días de evolución; se descartó pseudoasma cardíaco por la ausencia de signos y antecedentes de insuficiencia ventricular izquierda, así como la evidente presencia de síntomas de broncoespasmos y enfisema; se excluye también, a pesar de su ansiedad reactiva, que se tratase de una crisis ansiosa, ya que ésta no es tan prolongada y carece de los signos antes referidos, correspondientes a un asma bronquial.

Los análisis complementarios habituales del laboratorio estaban dentro de límites normales (hemograma, orina, urea y glucosa sanguínea). Por su estado de gravedad, y no ser imprescindible la radiografía de tórax, se omitió su indicación. Otros exámenes no pudieron realizarse por haber fallecido a las pocas horas de su hospitalización.

Con este criterio diagnóstico, durante su estancia de aproximadamente tres horas en el cuerpo de guardia, se le administró venoclisis de suero glucofisiológico 1000 ml; adrenalina subcutánea 1 mlg, administrada en tres partes iguales cada media hora; 0,25 gramos de aminofilina endovenosa; 47,5 mEq de bicarbonato de sodio en solución al 4% por la misma vía, directamente una sola vez; y oxígeno previamente humidificado constantemente a 6 litros por minuto, con catéter nasal.

Al no mejorar es hospitalizada con un tratamiento a base de venoclisis constante de dextrosa al 5% a 40 gotas por minuto; yoduro de potasio 10 gotas cada 6 horas; 250 mlg de tetraciclina por vía bucal cada 6 horas, junto con 10 mlg de prednisona antitusín 15 ml cada 6 horas, si persiste la tos improductiva; oxígeno en la misma forma anterior a 4 litros por minuto, y si estaba muy excitada darle media cucharada de jarabe de hidrato de cloral que puede repetirse a las 6 horas si es necesario. A las 6 de la tarde, dos horas después de hospitalizada se agrega al tratamiento antes expuesto, aerosol de 4 ml de suero fisiológico con 4 gotas de isoproterenol (isorenín) cada 6 horas; 250 ml de agua cada dos o tres horas y además jugo o leche cada cuatro horas. Al no mejorar prácticamente nada, y persistir la misma sintomatología de su ingreso, mucho más acentuada la insuficiencia respiratoria, con gran polipnea espiratoria, y ansiedad, con intensa tos improductiva, se agrega 60 mlg de prednisona endovenosa de una sola vez a las 11 de la noche. La enferma continuó cada vez peor aún cuando mantenía la misma presión arterial que a su ingreso, mayor ansiedad, no quería que se le retirase ni un instante el aerosol; por lo que cuando nos disponíamos a trasladarla al servicio de recuperación para usar otros medios terapéuticos auxiliares, a las 11 y 15 p.m. la enferma, súbitamente se obnubila y se pone cianótica, hace paro cardíaco y respiratorio, de los que no sale a pesar de administrársele respiración artificial boca a boca y masaje cardíaco con tórax cerrado, fallece a las 11 y 30 p.m., 7 horas y 20 minutos después de su hospitalización.

Autopsia: Los diagnósticos anatomopatológicos en síntesis fueron: asma bronquial, hipertrofia ventricular derecha, neumoperitoneo y una úlcera aguda gástrica de *stress* perforada. El estómago era de configuración normal, presenta a nivel del

tercio medio de la curvadura menor y epiplón gastrohepático un área de hemorragia de 3 a 4 cm mostrando en general las serosas deslustradas. Al abrirlo se observa a nivel del tercio medio de la curva- dura menor en correspondencia con la zona hemorrágica anteriormente descrita, una extensa ulceración de la mucosa de 5 cm de superficie; las zonas aledañas de la mucosa eran prácticamente normales. En la cara posterior se observan áreas de hemorragia de la serosa con enfisema de los tejidos (figuras 1 y 2).

En síntesis, como epicrisis se trataba de una paciente con antecedentes asmáticos,

que se hospitaliza con *status* asmático, con una úlcera de *stress* perforada, que le ocasionó un neumoperitoneo, el cual le reduce ostensiblemente la capacidad respiratoria que la lleva a una mayor insuficiencia respiratoria y muere.

Discusión post mortem. De acuerdo, precisamente, con las características de la úlcera gástrica de *stress* el diagnóstico de ésta fue insospechable, mucho más que estuviese perforada, ya que no mostró en momento alguno de su evolución síntomas de la misma y de su grave complicación, por lo que el diagnóstico fue un hallazgo necrópsico.



Figura 1.



Figura 2.

CUADRO I
INCIDENCIA DE ÚLCERAS GASTRODUODENALES EN AUTOPSIAS

Hospital	No. consecutivo de autopsias	No. de Enf. con U. de Stress	No. de Enf. con U. crónicas
Seattle, Wash	4102	42	—
Cleveland, Ohio	943	62	31
Norway and Denmark	4317	208	177

COMENTARIOS

No se ha podido demostrar por estadísticas completas, la *incidencia* de la úlcera gastroduodenal de *stress* en general, ya que solamente se conocen algunas informaciones aisladas, todas basadas en autopsias, que en síntesis se recogen en el cuadro I.^{3,45}

En cuanto a la aparición de las úlceras de *stress* en el curso evolutivo de un *status* asmático desconocemos su *incidencia*, ya que la literatura médica que hemos analizado carece de información alguna al respecto.

La *etiopatogenia* de estas úlceras parece estar relacionada con una disminución de la resistencia de la mucosa gástrica por disminución de la secreción del *mucus* protector de la mucosa, una reducción del flujo sanguíneo gástrico por insuficiencia circulatoria, trombótica o embólica, coadyuvando breves o temporales períodos de hiperclorhidria en su inicio, todo como con

secuencia de fuertes y mantenidos estímulos emocionales sobre el hipotálamo, el que por vía neurohormonal da lugar a las alteraciones anteriores que conducen la formación de la úlcera.²

Son numerosas las distintas enfermedades o síndromes clínicos capaces de producir

la úlcera de *stress*, como se sintetiza en el cuadro II. En el mismo aparece la insuficiencia respiratoria como causa de las mismas; el autor reporta enfermo que hizo este tipo de úlcera, aun cuando no ocurrió durante la evolución de un *status* asmático, sino la observación de una hemorragia

CUADRO II	
ENFERMEDADES CAPACES DE PRODUCIR ULCERAS DE STRESS	
1.	<i>Lesiones del sistema nervioso central:</i>
a)	Tumores intracraneales
b)	Accidentes cerebrovasculares
c)	Trauma intracraneal
d)	Poliomielitis bulbar
e)	Misceláneas (encefalopatía, otras enfermedades nerviosas, etc.)
2.	<i>Tratamientos quirúrgicos:</i>
a)	Cirugía cardiovascular
b)	Cirugía genitourinaria
c)	Cirugía abdominal
d)	Otros tratamientos quirúrgicos
3.	<i>Fracturas</i>
4.	<i>Lesiones por quemaduras y por frío intenso</i>
5.	<i>Hipoxia:</i>
a)	Insuficiencia respiratoria
b)	Cor pulmonale
c)	Hipoxia por anestésicos
d)	Neumotórax
e)	Laringotraqueitis
f)	Carcinoma broncogénico
6.	<i>Intoxicaciones y trastornos metabólicos:</i>
a)	Uremia, coma diabético
b)	Intoxicación barbitúrica
7.	<i>Misceláneas:</i>
a)	Medicación (aspirina, corticoides, reserpina)
b)	Factores psíquicos
c)	Uso de cateter gástrico permanente
d)	Infección-Septicemia
e)	Shock
f)	Deshidratación
g)	Embolia de grasa

gástrica en el curso de una reanimación respiratoria. - 5

Las *características clínicas* de este tipo de úlcera son totalmente distintas a las pépticas gastroduodenales, ya que no obedecen a síndromes constantes, se manifiestan en forma súbita por hemorragias gástricas en un 80% de los pacientes, y en un 15% por perforación, sin digestopatías previas a estas complicaciones, en el curso evolutivo de enfermedades de distinta naturaleza, ya relacionadas en el cuadro II.

No obstante, pueden sintetizarse las características de la úlcera gástrica de *stress* como aparece en el cuadro III.²

Por todas las razones expuestas el diagnóstico de esta clase de úlcera, solamente puede pensarse en el curso evolutivo de una enfermedad con *stress*, de carácter médico, quirúrgico, traumático, cerebrales, quemaduras y de otra naturaleza; se presentan sangramientos digestivos, síntomas de perforación gastroduodenal u otras complicaciones de úlcera.

Sospechado el diagnóstico clínico parece ser que la mejor indicación diagnóstica auxiliar la constituye la gastroscopia, ya que la fluoroscopia y la radiografía gastroduodenal pueden también poner en evidencia la úlcera en algunos casos, siendo frecuente la ausencia de signos de ésta por estos dos últimos medios de diagnóstico, excepto cuando clínicamente se sospecha una perforación y se demuestra en la radiografía simple de abdomen con técnicas apropiadas, la presencia de gas libre en la cavidad abdominal.

El *tratamiento* generalmente es el de las complicaciones, por lo que, como hemos expresado, muy frecuentemente se inician sus síntomas, siendo casi siempre necesario el tratamiento quirúrgico.

La *mortalidad* es considerable, se eleva a más del 50% en las estadísticas analizadas.⁷⁻⁸

La supervivencia está directamente relacionada con el diagnóstico precoz y terapéutica oportuna.

CUADRO III	
CARACTERÍSTICAS CLÍNICAS DE LAS ÚLCERAS DE STRESS	
1.	Edad y sexo: indiferente
2.	Ausencia frecuente de síntomas previos gastrointestinales
3.	Súbito comienzo por hematemesis, melena o perforación
4.	El dolor es raro o insólito
5.	Igual incidencia gástrica o duodenal
6.	Son comunes las úlceras múltiples
7.	Frecuente carencia de hiperclorhidria
8.	Relación temporal con el <i>stress</i> , usualmente dentro de una semana
9.	Frecuente ausencia de signos radiológicos de úlcera
10.	Mortalidad de más de un 50%
11.	Rápida curación si el paciente sobrevive
12.	La cirugía puede ser necesaria por perforación o sangramiento incontrolados

SUMMARY

Landa Bacallao, M. et al. *Perforated stress ulcer in the course of status asthmaticus. A report of one case.* Rev Cub Med 14: 4, 1975.

A female patient who died having a perforated stress ulcer in the course of status asthmaticus is presented. Her clinical history and evolution are showed. Symptomatology, frequency, pathogenesis, diagnosis and treatment of this type of ulcer are considered.

RESUME

I, Landa Bacallao, M. et al. *Ulceres de stress perforée au cours d'un status asthmatique. A propos d'un cas.* Rev Cub Med 14: 4, 1975.

On rapporte un intéressant et rare cas d'une malade qui est décédée, étant porteuse d'une ulcère gastrique de stress perforée, au cours d'un status asthmaticus; on fait connaître son dossier clinique et son évolution. En plus, on tient compte de la symptomatologie, la fréquence, l'étiopathogénie, le diagnostic et le traitement de ce type d'ulcère.

PE3KME

JlaH,ua EaicaJiBao M. h sp. fl3Ba no noBOjij cTpeccoBoro coctohhkh Ha \$oHe acTMaTmeckKoro 3ac50JieBaHHH.npeflcTaBJieHHfi o^Horo cjiy^an. Rev Cub Med 14:4,1975.

CooóinaeTcn HHTepecHyñ n pejiy<Hñ cjiy^ai tíojiBHOK.cTpaaoinefi xejiyuoHHoií H3BOH no noBojiij 'CTpeccoBoro coctohhhh Ha \$oHe acTMaTtraeccicoro 3adojie - BaHHH.BCJieflCTBHH ^ero ywiepjia. CooCmaíoTCH HCTopmi dojie3Hn,Kyc h erara TOMaTOJi0riiH,TiacT0Ta,3TH0naT0reHHfl.¿MarHOCTHKa n jieneHHH 3Toro BHfla H3BU.

BIBLIOGRAFIA

1. —Chenoiveth, A.I. y A.R. Dominick. Stress ulcer in infants and children. *Ann Surg* 161: 977-984, 6 junio 1965.
2. —Brooks, F. P. Stress ulcer: Etiology, diagnosis and treatment. *Med Clin North Am* 50: 1447-1455, 5, sep. 1966.
3. —Daalgaard, J. B. Cerebral lesions as a cause of peptic ulceration. *Proc. World Congress of Gastroenterol. I*: 387, Ed.: Williams and Wilkins Co. Baltimore.
4. —Fletcher, D. G. y H. N. Harkins. Acute peptic ulcer as a complication of major surgery. *36*: 212-226, 2, agosto 1954.
Rev Cub Med 14: 531-541, julio-agosto, 1975
5. —Woldman, E.E. Acute ulcers of the upper gastrointestinal tract. *JAMA* 149: 984-987, 11, julio 12 de 1952.
6. —Levrat, M. et al. Les ulcères gastroduodénaux aigus du stress. *Lyon Chir* 60 : 212-223, 2, marzo 1964.
7. —Griffin, B.G. et al. Stress ulcer of the gastrointestinal tract. *Gastroenterology* 32: 404-414, 3, mayo de 1957.
8. —Lillehei, C.W. et al. Role of stress in the etiology of peptic ulcer.— S. Forum. 1951.— Philadelphia.— Editors: W.B. Saunders Co. pp. 43-48, 1952.