

POLIPO DEL SIGMOIDE (*)

Drs. José P. Otero y Manuel Arias Bellini

R., R. I. 25 años, casado, uruguayo. Hist. Ingreso: 17-IX-48. Egreso: 27-X-48. Diagnóstico: Pólipo colon sigmoideo. Tratamiento: Sigmoidostomía. Extirpación del pólipo.

Ingresa a la sala 23 del Hospital Pasteur.

Antecedentes personales. — Blenorragia a los 18 años, tratada por médico. Niega chancro. Fumador y moderado etilista hasta hace 3 años en que abandonó por creer que le hacía mal. No hay antecedentes dispépticos.

Antecedentes familiares. — S/p.

Motivo de ingreso. — Melenas.

Enfermedad actual. — En 1944 tuvo por primera vez melenas, al parecer abundantes, pues dice el enfermo que tuvo mareos y el hemograma bajó alrededor de 1 millón y fué estudiado en la Sala 21 por el Dr. Suárez Meléndez, que decidió practicar una laparotomía alta para explorar gastroduodeno. No se encontró según el enfermo, lesión alguna. Fué dado de alta a las dos semanas y pasado a Sala de Medicina (Sala 9) donde se le estudió sin llegar a conclusión alguna. No se marcó tratamiento.

Pasó bien 1 año, pero en setiembre de 1945 tuvo nuevamente melenas, pero menos escasas. Estuvo internado y fué tratado con hielo y coagulantes. En pocos días fué dado de alta. Pasó bien hasta julio de 1947 en que tiene nuevamente melenas; fué tratado igual. Siguió en estas condiciones repitiendo sus melenas dos veces más, hasta que el día 17 de setiembre de 1948 en que decide ingresar por comenzar nuevamente sus melenas. En ningún momento ha tenido dolores ni tampoco diarreas. Incluso durante sus episodios hemorrágicos, sus materias eran de consistencia pastosa, pero nunca del todo líquidas. Precediendo a las melenas ha tenido algunas veces una sensación de molestia en la parte izq. del epigastrio, que incluso ha llegado a esbozar moderado dolor. Apetito siempre conservado. Estado general excelente.

17-IX-48. Presión arterial: Mx. 17 ½. Mn. 5 ½.

18-IX-48. G. R.: 4.100.000. G. B.: 11.600. Hb.: 0.75. Vg. 0.91. Hematocrito: 45. Proteínas: 6grs.50. Urea: 0.55. T. coag. 12'. Wassermann: negativo. Orina normal. D. 1022.

(*) Esta comunicación fué presentada en la sesión del 5 de octubre de 1949.

BOLETÍN DE LA SOCIEDAD DE CIRUGÍA DEL URUGUAY

20-IX-48. Enema opaco: el enema llena y distiende todo el colon uniformemente, que presenta su morfología y situación anatómica normal. Dr. Burnett.

Carta enviada por el Pte. Villamil al Dr. Otero. 17-IX-48.

Estimado Prof. Otero:

Te envío para ingresar al Servicio de Uds. al coracero R. R. quien hace la siguiente historia:

En 1944 (setiembre) hizo una melena muy abundante, con molestias epigástricas, sin llegar a ser dolor; sin hematemesis, motivo que ocasionó



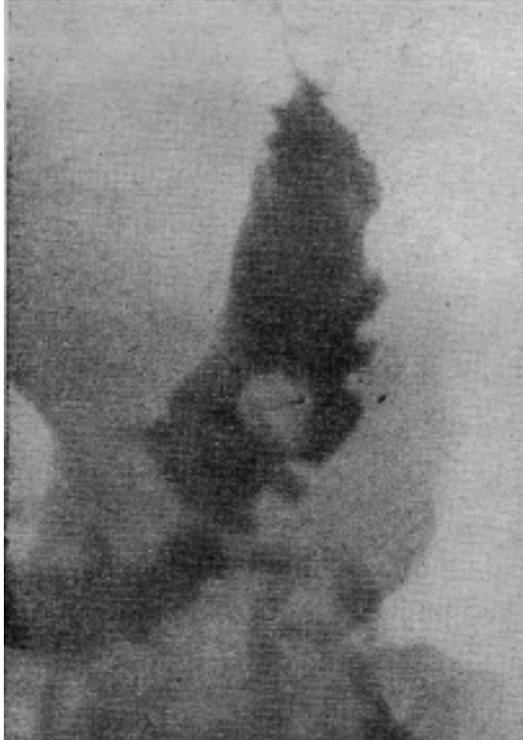
Caso I. - Fig. 1. La sustancia de contraste rellena uniformemente todo el colon, no observándose signos anormales.

su ingreso en la sala 21 de ese Hospital. Quedó una anemia muy grande (1 millón). Fué estudiado desde todo punto de vista (digestivo alto y bajo, sanguíneo, hepático, en la Sala 9) y como no se encontró ninguna causa, Suárez Meléndez le hizo una laparotomía exploradora pensando en un ulcus duodenal, que no se confirmó. Después de 2 meses de hospitalización fué dado de alta.

BOLETÍN DE LA SOCIEDAD DE CIRUGÍA DEL URUGUAY

Al cabo de un año, en 1945, en campaña, repitió el cuadro y cedió con tratamiento médico.

En junio del año pasado, nueva melena abundante que fué estudiada en el Hosp. Militar, habiéndosele dado de alta al mes y medio, sin encontrarsele causa. En enero de este año, cuarto episodio hemorrágico, con las mismas características, sin dolores, espontáneos, repetidos durante 5 días



Caso 1. - Fig. 2. Se ha enfocado el segmento ilíaco del sigmoide. Radiografía tomada después de evacuación. Aparece una imagen clara y redondeada de falta de relleno, de bordes nítidos.

que motivó su nuevo ingreso al Hosp. Militar donde se agotaron los exámenes radiológicos, sanguíneos, rectosigmoidoscopias, sin encontrar causa de las hemorragias. En el intervalo de cada uno de los episodios no tiene molestia alguna. Hace dos días se produjo el quinto episodio: deseo de mover el intestino sin dolores, pero con cierta sensación subjetiva de que algo "derrama" en hipocondrio izq. y epigastrio, hemorragia de sangre oscura, abundante, sin vómitos. Repite la melena, el miércoles, tres veces; ayer jueves también

tres melenas y hoy, una vez a las 7 de la mañana, ya con sensación de mareos.

El examen me muestra solamente, un bazo palpable y sensación de doloridad en hemiventre superior izq. Aunque el enfermo sea más para estudio médico que quirúrgico, creo que se beneficiaría en ese Servicio. Te ruego lo



Caso 1. Fig. 3. Radiografía efectuada previa insuflación. Se reproduce la imagen de la figura 1. El colon se ha dejado distender perfectamente significando que no hay alteraciones de la elasticidad parietal.

estudies y si la sancion definitiva fuera quirúrgica, en tus manos lo dejo. Agradece y salúdate cordialmente. — *Villamil*.

Se le ha hecho dieta hídrica helada, hielo al vientre, calcio, coagulantes. 6/X/48. Radiografía de colon: N° 31801. — La imagen patológica de la

placa anterior se mantiene sin modificaciones. Por lo tanto se trata de una lesión orgánica.

19/X/48. Intervención: Prof. del Campo; Dr. Otero. Anestesia. Incisión inguinal izq. Mac Burney prolongada en la vaina del recto izq. En todo el sigmoide que se puede traer a la incisión sólo se palpa un pólipo, correspondiendo exactamente al señalado radiológicamente. Colostomía sobre la bandeleta anterior. Pólipo de 1 cm. de diámetro blando, algo rojizo con un pedículo mucoso largo de 4 ó 5 cms. implantado en el borde mesentérico. Ligadura y surget en la base. Cierre de la colostomía en planos. 1º mucosa-gastergut; 2º serosa gastergut; 3º refuerzo de serosa, lino. Cierre de la pared por planos, catgut cromado, lino.

Postoperatorio inmediato: Bueno. Sin incidentes. Al 3er. día enema salado que moviliza su intestino. Herida operatoria s/p.

H. Maciel N° 48-1117.

R. I. R., 25 años, sala 23, 17/IX/48. Dr. Otero.

Examen de pólipo de sigmoide: Macroscópicamente pólipo nodular, de superficie tuberosa, revestido por mucosa intestinal que parece no ulcerada; mide 1 cm. de diámetro. Está prolongado por un pedículo de mucosa intestinal de 2 cm. de largo. Al corte, la masa del pólipo es de color rojizo y tiene un quiste de 3 mm. de diámetro, de contenido mucoso y hemorrágico. El pedículo parece que está formado solamente de mucosa. Macroscópicamente parece un pólipo intestinal simple.

Histología de la mitad del pólipo.

Diagnóstico histológico: Pólipo glandular mucoso simple. (Dr. Matteo, 28/X/1948).

El 2º caso corresponde a un enfermo de los Dres. Morador e Ithurralde, que consulta porque desde hace tres meses tienen un síndrome diarreico. Se le efectúa examen de materias fecales y se comprueba amibas disentéricas.

Se le trata con Carbazone y Emetina; como no mejorara se complementa el estudio con clisma baritado y rectoscopia. La figura 4 corresponde al negativo efectuado donde aparece una pequeña imagen lacunar con características de un tumor benigno. La rectoscopia visualizó directamente la imagen señalada.

Se le efectuó extirpación por sigmoidostomía; el examen anatomopatológico, efectuado por el Dr. Cassinelli, confirmó la impresión radiológica y endoscópica.

Presentamos dos casos de pólipos del sigmoide, por tratarse de una afección relativamente poco frecuente en esa localización,

porque se plantearon problemas diagnósticos que no fueron resueltos durante muchos años por los médicos tratantes y por último para exponer someramente el tratamiento que les fué aplicado con éxito.

No vamos a entrar al estudio anatómo-patológico detallado de estos tumores, pero para dar una idea de su frecuencia relativa, diremos que Dewis en 1906 (citado por Rankin) "revisó los tumores benignos del tractus gastro-intestinal y relató 219 casos en los cuales los tumores estaban en los intestinos, incluyendo el grueso y el delgado. Los dividió en la forma siguiente:

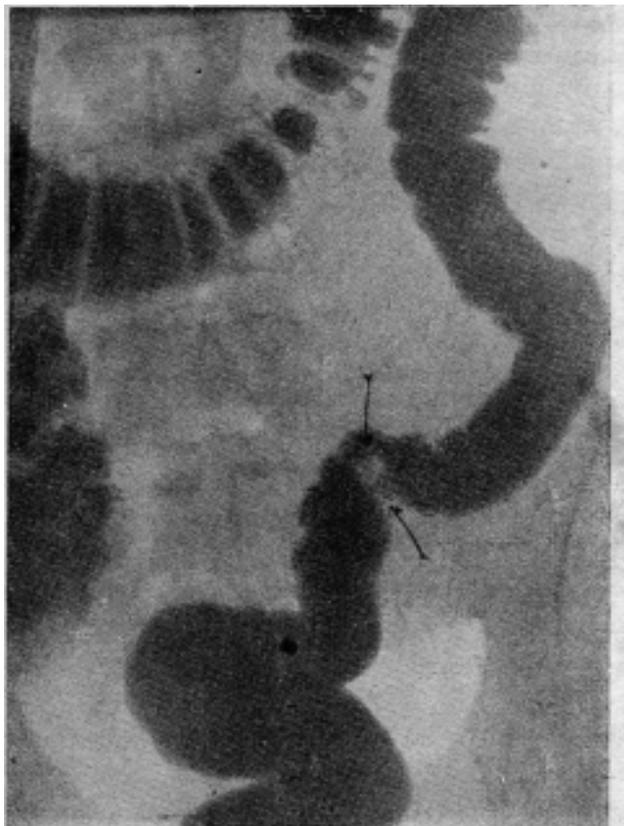
Miomas	40
Adenomas	127
Lipomas	44
Fibromas	5
Angiomas	3

De estos tumores 101 estaban en el Recto (81 adenomas; 10 miomas; 6 lipomas, 2 fibromas y 2 angiomas)".

Adenomas. — Bajo este subtítulo transcribiremos de Rankin lo siguiente: "Los adenomas simples son más comunes que cualquier otro tipo de tumor intestinal benigno, y son al mismo tiempo de mucho mayor importancia desde el punto de vista pronóstico. De 246 tumores benignos desarrollados en el intestino, 204 eran adenomas; de los cuales 156 estaban en el recto y 48 estaban en el colon. Ellos son generalmente considerados como provenientes de las glándulas de Lieberkuhn, y estructuralmente se parecen a la membrana mucosa, aunque las glándulas son más largas y más ramificadas. Macroscópicamente ellos son sesiles o pedunculados y su tamaño varía en términos amplios. Su color varía desde el rosa pálido hasta el rojo oscuro. Su aspecto puede ser modificado por ulceración, hemorragia, necrosis o estrangulamiento".

En resumen: los tumores benignos de colon son poco frecuentes con relación a las otras afecciones del órgano, su tamaño es variable pero en general es moderado, pueden ser pediculados o sesiles, siendo los tipos estructurales más frecuentes el adenoma, el lipoma, el mioma, el fibroma y el angioma por su orden. Estos tumores pueden sufrir modificaciones debidas sobre todo a alte-

raciones de su régimen circulatorio: ulceraciones, hemorragias, necrosis y estrangulamiento (posiblemente por torsión de su pedículo). En cuanto a su situación en altura ellos son muchísimos más frecuentes en el recto (o por lo menos mucho más recono-



Caso 2. - Fig. 4. Se visualiza en el segmento distal del sigmoide pequeña imagen lacunar a contornos nítidos.

cibles) y repartidos con una frecuencia más o menos semejante en el delgado y grueso. Sin embargo parecen predominar más bien en yeyuno y sigmoide.

Síntomas. — Los tumores benignos no tienen síntomas propios y sólo se manifiestan por sus complicaciones. Por lo tanto un portador de tumor benigno se parece algo a un sujeto para-

sitado en el sentido de la latencia prolongada y aun indefinida del proceso que puede permanecer ignorado toda su vida. Sus manifestaciones clínicas corresponden casi siempre a fenómenos de oclusión intestinal más o menos crónica, ya sea por obstrucción, por invaginación o por vólvulo determinados por la acción mecánica del tumor. Por otra parte pueden aparecer síntomas de tipo diarreico cuando están situados en la parte baja del intestino.

Estos síntomas se precipitan en forma de crisis oclusivas o diarreicas que desaparecen luego o arrastran una situación quirúrgica o médica urgente y que hay que tratar y resolver por sí misma.

A veces el tumor puede llegar a tener cierto desarrollo y ser comprobado ya por el enfermo, ya por el médico en un examen abdominal o pelviano, ya por el cirujano en el curso de una operación hecha por otros motivos. Sea como fuere el hecho dominante en ese caso es *el síntoma tumor*.

Por último el tumor puede manifestarse por *hemorragias* solitarias o asociados a alguno de los otros síntomas descriptos.

Lo más a menudo la hemorragia es el sólo síntoma, siendo variable en su abundancia, en su repetición episódica, en su aparición y desaparición, etc.

No tiene características propias que permitan reconocerla y lo más que uno podría decir es que se presenta como hecho aislado y dominante en un sujeto que por lo demás está en perfectas condiciones de salud y no tiene ningún otro síntoma funcional asociado. O sea no tiene ninguno de los síntomas de las otras afecciones que suelen dar hemorragias digestivas y especialmente no tiene síntomas funcionales gástricos o intestinales, ni tampoco síntomas de procesos generales infecciosos o hematológicos. En suma, se trata de un sujeto completamente sano en todo y que padece de episodios más o menos abundantes de meLENAS con mayor o menor repercusión ocasional sobre la fórmula sanguínea, pudiendo llegar hasta determinar un problema de anemia aguda por hemorragia, que podría incluso llevar a una intervención de urgencia.

Dos palabras respecto a los caracteres de la sangre misma que dependerán ante todo de la situación en altura en el tractus

digestivo. Si el tumor está situado en el yeyuno, por ejemplo, la sangre se manifestará como una clásica "melena", oscura, íntimamente unida a las materias, más o menos digerida, etc. Si la situación es baja, como sucedía en nuestro enfermo N° 1, la sangre será más fresca, más roja, o mejor menos oscura y además más individualizable como sangre pura, no mezclada a las materias, pues apenas producida ella es evacuada. En el caso que relatamos, el enfermo traía la sangre en una ventosa y su aspecto era claramente de sangre bastante aislada, no de "melena" y de color rojo oscuro pero no negro. El Dr. Sanjinés insistió mucho en estos caracteres de la hemorragia y eso lo llevó a pedir el estudio radiológico cuidadoso que fué la clave del diagnóstico.

LAS GRANDES MELENAS DE ORIGEN INCIERTO

En un artículo muy interesante y sugestivo de Harvey Stone publicado en *Annals of Surgery* de octubre de 1944 bajo el título del acápite, se estudian las grandes melenas cuyo origen es difícil o imposible de establecer. Divide los casos caracterizados predominantemente por hemorragia en 3 grupos:

- a) Aquellos cuyo estudio revela una causa definida de la hemorragia;
- b) aquellos en que se descubre una lesión que quizás pueda explicarla; y
- c) aquellos cuya exploración a fondo no permite llegar al diagnóstico.

Nosotros queremos insistir sobre el hecho de que esta clasificación clínica es muy interesante, porque permite una orientación terapéutica según el grupo a que pertenezca el caso.

Cuando la causa es conocida y definida, la terapéutica debe ser orientada desde luego según la etiología.

Pero cuando la causa es desconocida o dudosa, uno debe ser parco en las indicaciones quirúrgicas y no aconsejar en principio la laparotomía exploradora para buscar la causa por este medio. Es sumamente difícil poder establecer el origen de la hemorragia por la exploración y si uno se decide a ella debe ha-

cerla con gran cuidado y detalle, exponiendo sucesivamente y prolijamente desde el cardias hasta el recto-sigmoideo, palpando cuidadosamente cada tramo digestivo, etc. No basta por ejemplo con decir que no hay lesiones gastro-duodenales o hepatoesplénicas, es necesario además certificar el arco duodenal, el yeyuno-íleon y el colon y recto alto.

Recordamos con toda precisión el caso de una enferma de Sala Argerich, operada hace años por uno de nuestros buenos cirujanos, por grandes melenas a repetición que anemizaban a la enferma y en la cual la exploración cuidadosa fué completamente negativa, lo cual no impidió que se repitieran luego las hemorragias demostrando la persistencia de la causa.

Por lo tanto es imperativo estudiar muy bien estos enfermos, haciéndoles radiología completa de todo el tubo digestivo, esofagoscopia, gastroscopia, rectosigmoidoscopia, hematología, etc. Es necesario hacer pasar el mayor número posible de ellos al grupo a) de Harvey Stone para poder actuar con certidumbre y eficacia.

Refiriéndonos particularmente a las melenas por tumores benignos del colon, queremos insistir en la decisiva importancia de un buen estudio radiológico o de una buena recto-sigmoidoscopia según la localización.

No basta indicar un enema opaco sino además insistir ante el radiólogo sobre la importancia del problema. No debe pasar como en este paciente, con el cual repetidos exámenes radiológicos de colon fueron negativos. Aquí como siempre hay que repetir con Lejars: "Saber lo que hay que hacer; saber y querer hacerlo".

Estudio radiológico. — Según estadísticas de la Mayo Clínica, de cada 100 estudios radiológicos de colon es posible observar de 1 a 2 % de pólipos. No puede negarse la importancia del factor inflamatorio, de ahí la frecuencia con que se encuentran pólipos en la colitis ulcerosa, citemos también el factor hereditario y familiar; por ese motivo se aconseja efectuar estudios radiológicos a otros miembros de la familia aún en ausencia de signos clínicos. Las primeras modificaciones patológicas no se inician en el epitelio sino en la sub-mucosa. El pólipo puede aparecer pedi-

culado, sésil, vellosos, ulcerado, inflamado, fijo o libre, y estas características pueden observarse aisladamente o en conjunto en un mismo segmento del intestino. La mucosa que rodea al pólipo puede ser normal o alterada, depende del estado anatómico del pólipo; si éste está ulcerado o inflamado la mucosa circundante participa del proceso.

Estas modificaciones anatomo-patológicas tendrán su correspondiente traducción radiográfica.

Examen radiológico. — Es necesario una correcta preparación del paciente efectuando un enema evacuador. Siempre que se desee descubrir una lesión poliposa es necesario utilizar el método de Fischer o del doble contraste en sus tres fases de repleción, evacuación e insuflación, ya que conformándose con el simple enema de bario dichos pólipos pasan inadvertidos.

Señalaremos el criterio adoptado para efectuar el diagnóstico de tumor benigno del colon:

Defecto de relleno de contorno nítido que se asemeja a una burbuja de aire que puede hacerle deslizar algunos centímetros hacia arriba y hacia abajo.

La elasticidad parietal en la vecindad no está alterada y el perfil del colon no está modificado, se observa a veces un aspecto tubular por ausencia de las haustras si existe un proceso inflamatorio.

Si hay pérdida de sangre por el recto y no pudo determinarse la causa, es necesario repetir el examen. Aun habiendo observado en un primer examen modificaciones del relieve mucosal en las características que presenta el pólipo, es conveniente repetir el examen radiológico; la reproducción de la misma imagen permite asegurar el diagnóstico.

Si hay pólipos con topografía cólica pueden encontrarse lesiones similares en estómago y en intestino delgado; por esta razón se justifica un estudio radiológico completo del tubo digestivo.