

Trabajo de la Clínica Quirúrgica "B"

## HEMORRAGIAS MASIVAS COLONICAS (\*)

Dres. Boris Asiner y Alberto Valls

Consideramos "*Hemorragias Masivas Colónicas*" las originadas en el colon, en el que vierten un importante caudal de sangre. Se *exteriorizan por el ano*, en forma "masiva", más o menos inmediata, originando significativa repercusión sobre la volemia y el estado general. Representan una emergencia grave, que aunque no frecuente, es de difícil manejo y solución. Descompensan al enfermo desde el punto de vista hemodinámico y hematológico, pudiendo llegar la anemia, al grado de "shock hemorrágico agudo". Comprendemos en esta situación las hemorragias masivas colónicas que alcanzan —término medio— una cifra globular de 2.500.000 a 3.000.000 y alrededor del 50% de hemoglobina. El volumen de sangre eliminado puede ser demostrativo, aunque también puede ser retenido parcialmente en el colon (situación similar, a la hemorragia puerperal y retención uterina, con anemia aguda, en la que lo exteriorizado, no está en relación con la anemia existente). La exteriorización hemorrágica, de un proceso a topografía colónica, es difícil lógicamente establecerla. Ciertamente es que autores, con la denominación de "Proctorragias masivas agudas" dando una calificación amplia a la situación incluyen, en este capítulo las de origen "yeyuno-ileal" y las "anorrectales". Reconocemos que es difícil en la clínica ubicar el origen topográfico colónico de una hemorragia exteriorizada por el ano, pero la posibilidad de separar las de origen anorrectal es viable, aunque no tanto las yeyuno-ileales. En los enfermos con proceso patológico colónico conocido se está auto-

---

(\*) Trabajo presentado en la Sociedad de Cirugía el día 24 de mayo de 1961.

rizado a hablar de "hemorragia colónica masiva clínicamente". Fuera de esta situación, sabemos que ello es opinable pero creemos que el estudio conjunto del tema así presentado y su análisis, de esta aceptada realidad nosológica, como tema, es de utilidad. El estudio conjunto plantea problemas de:

- a) *diagnóstico topográfico (de modo fundamental)*
- b) *causa (etiología)*
- c) *mecanismo de la hemorragia*
- d) *indicaciones, tratamiento y oportunidad quirúrgica, (por posibles orientaciones terapéuticas en las afecciones que las originan, y que producen esta complicación hemorrágica).*

La habitual presencia en enfermos de edad avanzada, seniles, (con asociaciones lesionales, cardíacas, coronarias, etc. y otras) agregan factores que inciden en el pronóstico y hacen que la anemia resultante tenga más gravedad. Cuando es persistente, influye en la recuperación. La circunstancia de que la oportunidad de intervención quirúrgica, cuando tiene su indicación (por el estudio completo del enfermo y análisis de sus resultados) no es generalmente aceptada (aún en ambiente médico), sino luego del fracaso del tratamiento médico "aislado", complica más la situación. Es fundamental el disponer, que el enfermo afectado de esta emergencia, desde el primer contacto con un ambiente quirúrgico (único lado en que el tratamiento puede ser desarrollado correctamente) y desde el comienzo de su estudio, se encuentre con una vena cateterizada, pasando una transfusión. Una ordenada *historia clínica, de los antecedentes y enfermedad actual* y un *examen completo abdominal*, (sin maniobras intempestivas), el *tacto rectal* (para descartar causas anorrectales y verificar la presencia de sangre en el tracto digestivo bajo cuando no ha sido vista o juntada), la *endoscopía* (en especial para descartar lesiones bajas, o afirmar hemorragias originadas en lesiones bajas visibles, aun en pleno sangrado o durante su terapia), y en determinadas circunstancias, *el estudio radiológico del colon por enema, aún en agudo* (hecho en condiciones adecuadas), puede aportar significativos elementos de juicio. (Ha-

emos énfasis de su divulgación en nuestro medio). La *intubación nasogástrica* (para descartar lesiones altas gastroduodenoesofágicas) sobre todo en casos de "melenas", hace posible ubicar la hemorragia en el sector yeyunoileal y colónico. Finochietto (R.), señala que la presencia de sangre en el estómago, afirma el origen de la hemorragia entre el cardias y el ángulo duodenoyeyunal, pero la ausencia, entre cardias y recto.

En general, el ser más "activo", aleja el riesgo de inadecuadas y estériles esperas, evitando operar enfermos agotados por hemorragias reiteradas. Posibilitará, en casos concretos, previa nivelación general y sanguínea, por una indicación oportuna, llegar a la solución. La operación será hecha con menor margen de riesgo, salvo los inherentes a la lesión y sus posibilidades tácticas y técnicas. No son organismos agotados por exsanguinación, carenciados y de elevado riesgo, los que hay que operar, en "gesto dramático", justificando el "equivocado antecedente" de una evolución y espera "injustificada". La **hemorragia y su causa —la lesión y su "topografía colónica"—** sujetos al **balance clínico, radiológico, endoscópico, y estudio de laboratorio, en cada caso en particular**, así como **el resultado de la evolución de una terapéutica bien conducida**, dará oportunidad a la *indicación operatoria*, no sólo por el hecho aislado de un *sangrado "masivo" y "continuo" "intensidad"*, o "medidas médicas" aisladas y fracasadas "**persistencia**". Los estudios de los factores etiológicos, posibles mecanismos, el aporte de estadísticas, y el organismo en el que cursan y sobre todo la **topografía establecida como "colónica"** (si es posible el sector), son elementos a tener en cuenta, "opinables" en cuanto a la **oportunidad**, aunque no en forma absoluta, como **indicación quirúrgica**. El capítulo rotulado de "hemorragias criptogenéticas", de esta topografía, tiene aún sus cifras "negativas" en el diagnóstico. "Pero es necesario evitar que el "tiempo" sea el escenario en que aparezcan nuevas hemorragias en la evolución, y que una exsanguinación, después de una hemorragia masiva, resulte fatal". Es necesario evitar que el episodio agudo transcurra y evolucione, sin haber puesto al organismo y al colon en condiciones de plantear una táctica quirúrgica, cuando se creyere oportuno, si las condiciones generales y de edad (no

absolutamente cronológicas) así lo habilitan. Justo es reconocer que un gran porcentaje de veces, las medidas de orden médico, “conservadoras”, son suficientes para solucionar la complicación hemorrágica de las enfermedades causales. Las investigaciones y métodos señalados, “deben evitar que la autopsia ponga en evidencia, una causa desconocida y no tratada de una hemorragia, que hubiera podido ser detenida por la intervención”.

Cierto es que toda falla, grava el pronóstico, y más aquí, donde se actúa en medio colónico séptico, “ocupado” y frecuentemente no preparado. Pero los medios actuales médicos y quirúrgicos, preparación pre-operatoria colónica (posible de realizar en horas, enemas calientes, sustancias antibacterianas, etc.) medidas de “recuperación”, antibióticos de amplio espectro, hacen que estos enfermos, a menudo complejos, seniles, (con problemas asociados vasculares, prostáticos, etc.) tengan menor riesgo por el aporte cuidadoso de un “equipo” bien organizado.

El inventario lesional operatorio es fundamental y la exploración requiere ser cuidadosa. Las tácticas estarán de acuerdo a las comprobaciones:

- a) Colotomía, exploradora, con o sin endoscopia (Ej.: resección de pólipo sangrante).
- b) Colostomía —desfuncionalización— (con o sin exteriorización).
- c) Colectomía.

Es menester tener presente que en patología colónica, existe la *posibilidad de tratar lesiones asociadas*, que requieren extensión del acto quirúrgico (*aún con lesiones evidentes de posible fuente hemorrágica*). El grupo “hemorragias criptogenéticas” más de una vez ha recibido beneficio de una resección, “ectomía”, o aun “ostomía”, puesto que no han reiterado la hemorragia (resección de la supuesta zona lesional, “ciega”). El estudio anatómopatológico en esas circunstancias no ha demostrado fuente evidente de la hemorragia, pero ella no se ha reiterado. La realización de una abertura colostómica (por arriba de la zona hemorrágica) y la exploración endoscópica, son maniobras posibles y de allí la utilidad previa de enemas calientes repetidos (lim-

pieza), y disponer para el acto operatorio de buen aspirador (con tubos intercambiables), así como el tener a disposición antibióticos de amplio espectro, para su uso local. En los casos de indicación de exploración laparatómica, ha sido posible ubicar origen topográfico de la hemorragia, sea en el *sector yeyunoileal o colónico*; si la causa es colónica (colon con sangre, un sector totalmente ocupado), el ileon sin sangre (esfinter ileocecal continente). Aquí el mecanismo y lesión causal de la hemorragia, tienen posibilidad por la intervención, de ser resueltos. (Caso del Dr. Cendan). Una *colostomía transversa*, puede señalar el origen derecho o izquierdo de la hemorragia, o una *colotomía endoscópica exploratoria* operatoria, o la *simple colotomía exploradora*, (algunos aun indican "punciones" colónicas exploradoras) por el aspecto de la sangre (rutilante con o sin coágulos, modificada o no). Por otra parte, *la colostomía* puede en determinadas circunstancias ser útil para desfuncionalizar el sector afectado.

La *exploración radiológica contrastada de colon*, a baja presión (baritada o con hidrosolubles) en plena hemorragia o mejor aún en el tratamiento de la emergencia, en ambiente quirúrgico, disponiendo de equipo y técnico, médico, para su manejo (con presencia del cirujano), tiene sumo valor. Si bien es escasa nuestra experiencia (limitado número de casos), no creemos que sea factor de agravación, sino que por el contrario es una maniobra útil en los estudios, puesto que puede ubicar el origen y poner de manifiesto el sector causal lesional, es decir la *topografía*. Aporta bases ciertas a la indicación operatoria y da posibilidades de detener la hemorragia, aún por acción indirecta; resección de la zona afectada, "ciega".

*Clinicamente*, las hemorragias colónicas masivas expresadas por evacuación (total o parcial) masiva anal, establecen una repercusión hemodinámica importante y la consecutiva hipoxia visceral, parenquimatosa, que puede entrar con su propia patología en la agravación subsiguiente. La sangre evacuada "proctorragia", roja o modificada, con o sin coágulos o aún melenas (según tiempo de permanencia intraluminal, contenido de materias y estado del peristaltismo intestinal) se expresa clínicamente con: palidez (piel-mucosas), mareos, lipotimia, sudores fríos, sed, in-

quietud, pulso chico rápido e hipotensión. Falta de relleno venoso. Puede alcanzar el grado de "shock hemorrágico agudo". Todos estos síntomas están vinculados al grado de hemorragia, rapidez de su establecimiento, condiciones orgánicas y edad, estado del aparato circulatorio y situación hemodinámica del organismo afectado. La reproducción del episodio hemorrágico es posible en la evolución. Puede presentarse luego un componente febril agregado. En término medio, las cifras hemoglobínicas y globulares señaladas en la evaluación de la hemorragia, pueden variar en la evolución, por posterior hemodilución y modificaciones volémicas. En general, hay una leucocitosis reaccional, cuya falta es índice de un agotamiento medular, sobre todo cuando ha existido reiteración de las pérdidas hemáticas. Su monto comprende, aparte de lo exteriorizado, el contenido intraluminal, posible de ser evacuado (por enemas calientes, a baja presión, repetidos). El episodio será valorado por el examen clínico, comprobaciones de laboratorio y respuesta terapéutica. Es necesario anotar en la historia clínica, la duración de la hemorragia, a exteriorización anal, proctorragia, y los controles habituales. Si ha habido o no detención clínica (característica de las deposiciones y/o enemas calientes), resultado del tacto rectal, examen clínico y endoscopia. Si se han usado hemostáticos, coagulantes, (vía parenteral o tópica local), antibióticos de amplio espectro, (dosis y tiempo de su uso), cifras de urea, orina (volumen y examen y cloruros. Estudio de la crisis sanguínea, puesto que hemopatía (púrpuras), pueden exteriorizarse por hemorragia colónica estudio del tiempo de coagulación y ansería tiempo de protrombina, prueba de lazo, hemograma e . . . El examen que a clinica de la hemorragia masiva, a exteriorización ana., hace difícil establecer el origen colónico, aunque posible es, como primer paso por examen del periné, tacto y anoscopia (endoscopia), separar las causas anorrectales (que no tratamos aquí . La orientación fundamental es ubicar la topografía y luego tener en cuenta la posible etiología, estableciendo que muchas veces sólo la anatomía patológica puede decirlo, lo que impone una secuencia terapéutica correspondiente. ¿Es válido, como expresión clínica hablar de "hemorragias colónicas masivas" o mejor aún de "proc-

torragias masivas"? Sería claro en enfermos de proceso colónico patológico conocido. Pero creemos que aún fuera de esta circunstancia, en un estudio conjunto, denominar así el tema, que tiene realidad nosológica, puede ser útil.

El ordenado planteo clínico de una hemorragia masiva colónica, requiere el análisis de varios capítulos:

I — *Diagnóstico de: hemorragia y topografía colónica.* La existencia de la hemorragia está expresada en la pérdida hemática "masiva" a la luz colónica y exteriorizada por el ano en mayor o menor cantidad. Difícilmente no llame la atención, sea por el hecho mismo de la pérdida, comprobada y exteriorizada por el ano, o la repercusión clínica de la situación con la anemia resultante. Será valorada clínica y hematológicamente. Se establecerá su duración, su persistencia o cese, o aún su recidiva. Existen situaciones claras en que la historia clínica aporta elementos de certeza (conocimiento de colopatía previa. Ej.: diverticulitis estudios Rayos X). Otras, en que la anamnesis, el examen clínico y las investigaciones complementarias, si bien no son evidentes de existencia de hemorragia, hacen sospecharla, pudiendo su reiteración o el tacto rectal, ponerla de manifiesto. Valorar la hemorragia, rotulándola como "masiva", implica la inmediata terapia y puesta en marcha, en ambiente quirúrgico, de los estudios señalados. Se tendrán en cuenta los antecedentes vasculares, hipertensión y arterioesclerosis. Es un hecho sabido que en los jóvenes los mecanismos compensadores pueden hacer no evidenciables alteraciones sustanciales en la presión o pulso. Así también las cifras hematológicas, número de glóbulos o hemoglobina pueden no ser evidentes en formas de comienzo, cuando aún no tuvo tiempo de actuar la hemodilución compensadora o cuando la terapéutica de reposición fue inmediata y eficaz. Para la valoración de la situación son importantes los datos de repercusión volémica sobre la función renal, expresados en el volúmen y examen de orina, en la urea (sanguínea) y cloruros (en orina), cifras que traducen intensidad y persistencia de la hemorragia. El síndrome anémico y la alteración volémica expresan claramente su importancia. Existen situaciones en que es difícil ubicar la topografía de la hemorragia, y diferenciarla del origen yeyunoileal,

aunque la clínica —estudios radiológicos— endoscópicos y tacto, pueden orientar. La laparotomía también tiene su valor. (Cendan, J. E.)\* Hay circunstancias donde el estudio radiográfico del gastro-duodeno puede ser útil para descartar una fuente alta “desconocida” de la hemorragia.

II — *Causa, etiología de la hemorragia.* — Es útil tener el recuerdo de estadísticas y comprobaciones patológicas de afecciones colónicas posibles de exteriorizarse por hemorragias. Problemas vinculados a divertículos colónicos, a tumores, a pólipos, colitis ulcerosa, fístulas coliscerales, trombosis, etc.

La historia clínica puede orientar al origen colónico, si ha habido antecedentes de dolor de tipo cólico a topografía colónica, o dolores de fosa ilíaca izquierda, síndromes oclusivos o suboclusivos, intermitentes, síndromes diarreicos y trastornos disquésicos. Ya dijimos que el examen anorectal es fundamental, puesto que separa los casos en que es positivo, las causas bajas (no tomar definitivamente éstas, aún en caso de sangrado por hemorroides, recordando “posibilidad de asociación”), debiendo hacer los estudios complementarios por posible lesión colónica asociada. Es un hecho conocido, que aún tumores y pólipos bajos pueden coexistir con lesiones altas, verdaderas fuentes de hemorragia y lo mismo, procesos diverticulares, con lesiones poliposas colónicas. Por ello se señala la importancia de la “endoscopia operatoria colónica” en las intervenciones por procesos diverticulares u otra causa. Por el examen endoscópico, la visualización directa de la mucosa, puede ser afirmativa en el sentido de una colitis ulcerosa con empuje agudo. En cuanto a la diverticulitis y los orificios diverticulares, que “repitiéndose”, algunos refieren verlos endoscópicamente, su comprobación es excepcional y aún así, no bastarían para afirmaciones etiológicas. La endoscopia tiene su mayor importancia, como maniobra para descartar lesiones bajas y comprobación de sangrado (o secreción patológica por encima) y puede ser efectuada aun en pleno transcurso del episodio. La anoscopia simple también es útil (sobre todo para afirmar una hemorragia supraanorectal). Su simplicidad permite hacerla aún en el mis-

\* Comunicación personal.

mo lecho del enfermo, pero con su indispensable colaboración y buena luz. Una actitud útil a cumplir en determinadas circunstancias es la intubación nasogástrica, cuando el origen bajo no es evidente (sobre todo cuadros con "melenas"). La intubación con sonda de Cantor, hace también posible en otros casos evidenciar la topografía hemorrágica y puede permitir un estudio electivo de un sector yeyunoileal. Sabido es que las edades "extremas" están, en los *primeros años*, a favor de procesos causales vinculados al divertículo de Meckel y las *edades avanzadas*, en una frecuencia global, a procesos vinculados a los divertículos colónicos (diverticulosis, diverticulitis, o colovisceritis), a la etiología tumoral, a procesos de origen vascular, etc. Existen finalmente, situaciones intermedias, casos de hematemesis y melenas por fístulas coloviscerales, colecistocolónicas (litiasis) o cologástricas, donde es difícil afirmar el origen colónico o gástrico (salvo en situaciones definidas).

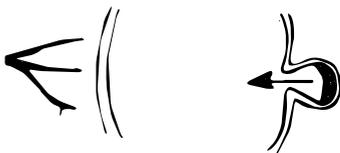
III — **Mecanismo de la hemorragia.** — La oportunidad de la intervención quirúrgica, tiene en el mecanismo un apoyo y su análisis, es una base importante para determinar la terapéutica. Los datos estadísticos, los estudios patológicos de material operatorio y autopsico, son de interés. *Hoar* señala que después de los 40 años, del 5 al 10% de las personas tienen diverticulosis colónica, posible de evolucionar a la diverticulitis y que de ésta el 85% tiene topografía sigmoidea. Alrededor del 16% de éstas sangran en alguna forma, siendo evidentemente "la hemorragia colónica masiva" la forma menos frecuente, aunque sí la más grave de estas complicaciones hemorrágicas. Por lo tanto es importante tenerla presente como causa, cuando ha sido posible descartar otras. Agrega que la arterioesclerosis y la hipertensión, son elementos favorecedores. Presenta cuatro casos, tres de ellos intervenidos en condiciones de sangrado no controlable, que evolucionaron mal, y uno intervenido antes de descompensación, se recuperó. Propone "intervención temprana". *Turnbull*, estudia 151 diverticulitis complicadas, de las que 9 tuvieron hemorragia colónica masiva, respondiendo a medidas conservadoras. Pero agrega, que los fallecidos, lo fueron por "alteraciones vasculares exacerbadas por la hemorragia masiva y shock".

La hemorragia puede provenir de un vaso ulcerado, perforado, en una afección frecuente como la diverticulosis o la diverticulitis, con o sin complicaciones; de una ulceración de la mucosa con importante congestión y modificaciones vasculares (vólvulo, dolicocolon), de colitis ulcerosa, de trombosis colome-

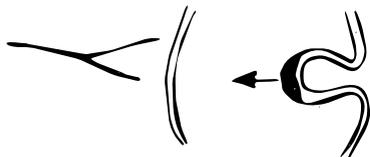
HEMORRAGIA EN COLODIVERTICULOSIS Y COLODIVERTICULITIS



(I). — Vaso yuxtadiverticular sangrando.



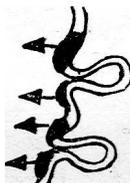
(II). — Granuloma inflamatorio intradiverticular, sangrando.



(III). — Divertículo invertido a la luz colónica con granuloma inflamatorio sangrando.



(IV). — Proceso de colitis yuxtadiverticular sangrando.



(V). — Combinados.

sentérica, de granulomas inflamatorios ulcerados, de “fístula colovisceral”, de pólipos aislados o múltiples, de neoplasmas ulcerados. Un autor sostiene que la hemorragia de los divertículos puede ser por diverticulosis simple, (la disposición vascular colónica vinculada a la hernia transparietal de la mucosa diverticular lo explicaría) mientras que otro, sostiene para que ella

se produzca, debe existir una diverticulitis complicada (colovisceritis, sigmoiditis, etc.). La zona granulomatosa del divertículo, inflamatoria, con o sin ulceración, sería la fuente de la hemorragia, o la erosión (por coprolito) en la zona de pasaje vascular yuxtadiverticular, o aún una zona de colitis (ej. sigmoiditis por diverticulitis), o combinación.

Se ha señalado la importancia de las lesiones de arterioesclerosis en los vasos mesocolónicos, que llevan importante volumen de sangre, bajo alta presión (cerca del tronco aórtico).

Young ha descrito una hemorragia masiva por divertículo invertido a la luz y ulcerado en el colon transversal.

Turell, en 218 casos operados por divertículos colónicos, 6 lo fueron por hemorragia, teniendo 2 muertes. Preconiza la cecostomía o colostomía concomitantes.

Hemos analizado 155 casos de "hemorragia digestiva" aguda con descompensación volémica y hematológica, con anemia aguda, y de ellos 20 han sido por hemorragias colónicas masivas.

**Análisis de las hemorragias agudas digestivas con repercusión volémica y anemia aguda, en nuestra serie, pertenecientes a la Clínica Quirúrgica "B":**

Total de 155 casos, en los cuales hubo 20 de origen colónico

	ORIGEN	CANTIDAD
Colónicas		20
diverticulitis	8	—
neoplasma de ciego	1	—
recidiva de neoplasma colónico	1	—
poliposis colónica	1	—
pólipo sangrante	1	—
colitis ulcerosa	2	—
fístula cologástrica	1	—
dólicocolon con colitis	1	—
trombosis colomesentérica	1	—
colitis segmentaria	1	—
sin diagnóstico (estudio incompleto)	2	—
Cedieron con <i>tratamiento médico</i>		6
Fueron <i>intervenidas</i> , previo estudio y preparación		14

de los cuales 6 “*en agudo*” y 8, con paciente nivelado del punto de vista general y hematológico y colon preparado: (6 en “*agudo*”).

- 5 diverticulitis —2 en “*agudo*”
- 2 colitis ulcerosas —1 en “*agudo*” (coloprotectomía-ileostomía)
- 1 pólipos sangrante —1 en “*agudo*”
- 1 poliposis colónica
- 1 recidiva de neoplasma
- 1 neoplasma de ciego
- 1 dólícolon con colitis hemorrágica —1 en “*agudo*”
- 1 fístula cologástrica
- 1 trombosis colomesentérica —1 en “*agudo*”.

**IV — Tratamiento:** La actitud inicial es ubicar al enfermo en “ambiente Quirúrgico” y comenzar de inmediato, la terapia de reposición sanguínea. Es necesario recordar, como lo señala Larghero Ibarz para situaciones semejantes, “el tener a disposición litros de sangre para su uso, no cambia el problema, ya que las transfusiones de litros, no están exentas de riesgos y cuando las hemorragias se repiten, aunque sean repuestas las pérdidas, sobrevienen lesiones tisurales que pueden ser irreversibles...”. Cuando se administran repetidos litros de sangre, sangre citratado, es útil agregar por vía intravenosa cloruro de calcio. Se hará el estudio complementario hematológico y de la crisis sanguínea. La adición usual de coagulantes por vía parenteral o tópica local, sustancias antibacterianas y antibióticos de amplio espectro, con enemas, también son posibles y “opinables”. La terapéutica dirigida a cada una de las afecciones que supuestamente es vinculada como fuente de la hemorragia, tendrá valor en su aplicación, cuando se tengan los datos del examen clínico completo, el resultado del estudio endoscópico y radiológico. La nivelación posible del enfermo y las medidas de soporte general y reanimación, permiten hoy día, con el agregado de los antibióticos y adecuada preparación colónica pre-operatoria (aún durante la emergencia), establecer una “oportunidad quirúrgica”,

sobre todo con "topografía" definitiva. No ya por el fracaso y "espera estéril" en el resultado de "un tratamiento médico aislado", sino por el balance clínico, y supuesta etiología de la hemorragia. Posibilita así, el ser más "activo", en casos determinados, de acuerdo a la *topografía, al mecanismo y causa de la hemorragia*. En los problemas vinculados a la *diverticulitis*, es posible cuando se presenta la hemorragia masiva, conociendo el mecanismo de ésta y teniendo en cuenta la edad y condiciones generales del enfermo, realizar desde la *colostomía por arriba, de desfuncionalización*, hasta la *colectomía segmentaria, con o sin cecostomía de seguridad*, o aún una *colectomía* cuando la resección se hace en un tiempo, o la simple *exteriorización y transformación subsiguiente en ano artificial*. La indicación operatoria en caso de *colitis ulcerosa* (coloprotectomía total con iliostomía), *trombosis colomesentérica* (resección), *vólvulo*, es bien clara. En el *pólipo aislado* con hemorragia "masiva", la colotomía con polipectomía y cierre. Ha habido casos de reiteración hemorrágica por la zona cruenta. Hay quien señala la importancia de incluir en la resección, el sector de colon afectado, por razones de posible neoplasia, aún sin claro aspecto macroscópico. El problema de más grave pronóstico es en la *poliposis*, en donde el concepto cancerológico, es de tener en cuenta. Puede estar en una etapa inicial o como proceso "establecido", lo que obliga a actuar según el balance general, episodio hemorrágico y edad, con criterio "oncológico", haciendo la intervención en una o más etapas. Cuando el origen de la hemorragia masiva colónica es un neoplasma, se adiciona a la gravedad de la complicación el hecho etiológico, siendo necesario tener en cuenta en la terapéutica, la amputación o resección. En los casos posibles, la ampliación a la técnica del cáncer colónico, del vaciamiento linfoganglionar, propuesto por el Prof. Del Campo, o realizar la simple táctica de resección paliativa, o desfuncionalización, con o sin segundo tiempo de tratamiento de la lesión causal, realizada en mejores condiciones. Existen finalmente, situaciones en las que es necesario realizar la colotomía con endoscopía, que puede posibilitar una solución operatoria. Finalmente, los casos "criptogenéticos", en los que aún

la intervención bien reglada y realizada por cirujano de experiencia, existen en todas las estadísticas, en cierto número.

Tenemos un caso de herida de arma blanca de abdomen, a penetración en fosa ilíaca izquierda en la que el enfermo a su ingreso, y mientras era examinado, tuvo una hemorragia masiva por el ano, con anemia aguda. Lógicamente la indicación operatoria, por la herida, era neta. Se comprobó una herida lineal de colon sigmoide, yuxtamesocólica, con herida de meso y hematoma.

### RESUMEN

I — Se estudian las hemorragias masivas colónicas, señalando la **gravedad** de la emergencia. Se plantea la posibilidad de una actitud más “activa” en casos seleccionados de “topografía” cierta y con indicaciones, que son analizadas teniendo en cuenta: *edad, estado general y lesión causal*, así como asociaciones lesionales y posibilidades de solución.

II — Se analiza el origen **topográfico, causal y mecanismo**, haciendo énfasis en el estudio radiológico del colon por enema “contrastado”, que en condiciones adecuadas, presta significativa colaboración al *diagnóstico*.

III — Se reafirma la importancia de la *reposición sanguínea inmediata, de nivelación y preparación del enfermo y del colon* (uso de enemas calientes, sustancias antibacterianas agregadas, coagulantes de uso tópico, local o parenteral, y antibióticos de amplio espectro, oral, parenteral o aún “in-situ”).

IV — Se señala que si bien el tratamiento “médico” y las “medidas conservadoras”, resuelven la mayoría de los casos, hay indicaciones de intervención, “*oportunidad*”, *previas lógicas horas de preparación, cuya táctica puede ser:*

- a) Colotomía (exploradora o terapéutica)
- b) Colostomía (desfuncionalización)
- c) Colectomía (con o sin colostomía o cecostomía de derivación, en caso de lesiones izquierdas)

V — Esta orientación evitará operar enfermos agotados y anémicos, resultado de esperas estériles, por fracaso de terapéu-

tica "médica aislada". Existen circunstancias de intervención evidentes sobre todo con topografía colónica clara:

- 1) "*Intensidad*" grande de la hemorragia, con agotamiento de las reservas orgánicas, donde un nuevo sangrado puede resultar fatal.
- 2) "*Persistencia*" de la hemorragia, ("recidivante") evacuaciones múltiples profusas de sangre.

La oportunidad de la indicación operatoria no será obligatoriamente pospuesta, ante la consideración de que el "ambiente" colónico es séptico y está ocupado, porque es posible adecuarlo, previa preparación de horas y durante el tratamiento de la emergencia, para una intervención, que no siempre es de resección.

VI — Finalmente, se tendrá presente que *es preferible operar* estos enfermos fuera de la emergencia hemorrágica, con operaciones "regladas" y con colon preparado. Si bien las medidas "conservadoras" solucionan la mayoría de los casos, es también razonable ser "activo", cuando la hemorragia es muy "*intensa*" y "*persistente*", y se hace evidente la topografía colónica, la causa y el mecanismo, lo que *habilita a intervenir*. Ciertamente es imprescindible el disponer de abundante sangre y ambiente quirúrgico adecuado (bien equipado y organizado).

## SINTESIS DE HISTORIAS CLINICAS

### HEMORRAGIAS COLONICAS MASIVAS

Edad 81 años. — **Ingres**a por: Pérdida sanguínea masiva por el ano, roja abundante. Varias deposiciones. — Anemia aguda con colapso. — Transfusión. — **Estudio** Radiolog. Colon por enema contrastado. Diverticulosis. — **Evolución** Recuperación paulatina con "medidas conservadoras".

Edad 66 años. — Post-operatorio de colecistectomía. Enterorragia. — Anemia. — Transfusión. — **Estudio** Radiolog. Diverticulitis sigmoidea y de colon transverso. — **Evolución** Mejoría gradual con "medidas conservadoras".

Edad 64 años. — En tratamiento por fractura de femur. Hemorragia masiva por el ano. — Anemia. — Transfusión. — **Estudio** Colon por enema contrastado. Diverticulosis colónica a predominio sigmoideo. — **Evolución** "Medidas conservadoras".

## BOLETÍN DE LA SOCIEDAD DE CIRUGÍA DEL URUGUAY

**Edad 56 años.** — Ingresa por Colitis ulcerosa conocida. Hemorragia masiva. — Anemia. — Transfusión. — Ileostomía con hemicolectomía der. Posteriormente coloproctectomía.

**Edad 49 años.** — Ingresa por Colitis ulcerosa (con diagnóstico proctológico) Hemorragia masiva “persistente”. — Anemia aguda. — Transfusión. — Ileostomía con coloproctectomía.

**Edad 59 años.** — Operado hace 9 años por neo de colon derecho. Colectomía. Hemorragias reiteradas por el ano sangre roja y coágulos. — Anemia. — Transfusión. — Estudio Radiológico de colon: lesión orgánica en la zona de anastomosis colónica. — Recuperación. Laparotomía. Colectomía parcial. Patólogo verifica recidiva en dicha zona.

**Edad 76 años.** — Ingresa por Enterorragia incoercible. — Anemia aguda. — Transfusión. — Laparotomía. Exteriorización colosigmoidea colon lleno de sangre y netamente patológico en esa zona). Colostomía. Recuperación progresiva.

**Edad 25 años.** — Ingresa por Pérdida sanguínea abundante por el ano catalogada inicialmente como “melena”. Por estudio clínico y antecedentes, exploración laparotónica de gastroduodeno. No comprueba nada patológico. Repetición de 5 episodios similares en el plazo de un año, con hemorragias y pérdida de sangre roja. — Anemia aguda (1.000.00 GR.). — Transfusión. — Estudio Radiológico de colon por enema repetido: Imagen lacunar en sigmoide. — Colotomía con polipectomía.

**Edad 26 años.** — Ingresa por: Abundante enterorragia. — Anemia aguda. — Transfusión. — Estudio Tacto rectal comprueba poliposis. Rectosigmoidoscopia confirma. — Hemicolectomía izquierda. Dos años después (contralor de rutina), tacto rectal comprueba zona con caracteres neoplásicos en el colon descendido. Colectomía total e ileostomía.

**Edad 36 años.** — Ingresa por Cuadro agudo doloroso de vientre con lipotimia y hemorragia por el ano. Antecedentes de estreñimiento habitual, hasta 10 días sin evacuaciones. — Anemia aguda. — Transfusión. — Estudio Radiológico. Colon por enema: dolicocolon. — Colectomía parcial, reseca la zona del dólico. Est. Anat. Rat. comprueba zona de colitis e infiltración hemorrágica en la zona reseca.

**Edad 61 años.** — Ingresa por Hematemesis y melenas repetidas. Tumoraición de epigastrio y zona supraumbilical. — Anemia aguda. — Transfusión. — Estudio Radiológico. Gastroduodeno: lesión orgánica gástrica (imagen lacunar sobre parte inferior de la gran curva). — Evolución Tratamiento médico (Se niega a la exploración). Reingreso al año con cuadro similar llamando la atención lo incambiado de la situación física. Laparotomía exploradora: Lesión colónica vinculada estrechamente a la parte baja en la curvatura mayor. Colectomía y resección gástrica parcial. Patólogo informa fistula cologástrica.

**Edad 61 años.**— **Ingresa** por Hemorragia grave por el ano. Trastornos en la evacuación intestinal de varios meses de evolución. Dolores en f.i.e. hipogástrico. A las 2 semanas dolor intenso en bajo vientre brusco. Fiebre; estreñimiento. 48 horas después síndrome oclusivo mecánico de intestino delgado bajo. — Anemia. — **Estudio** Radiológico simple de abdomen. Confirma. (Inicialmente recuperación gradual, luego de la hemorragia). Dado el cuadro clínico y su expresión radiológica, fue realizada una laparotomía que verificó un absceso intraperitoneal por perforación de divertículo sigmoideo, tabicado. Evacuación, drenaje del foco y “Douglas” complementada con colostomía transversa derecha de desfuncionalización. **Estudio** Radiológico del colon: sigmoiditis. — **Evolución** Semanas después sigmoidectomía. Anat. Patológ.: sigmoiditis, diverticulitis. Sigma engrosado, indurado con divertículos que alcanzan la serosa, estando algunos con proceso inflamatorio granulomatoso y ulcerados.

**Edad 80 años.** — **Ingresa** por Enterorragias reiteradas, sangre y coágulos. — Anemia. — Transfusión. — **Estudio** Colon por enema. Diverticulitis colónica y zona patológica de estenosis incompleta en una extensión de unos 6 cmt. en la unión rectosigmoidea. — Laparotomía exploradora, no permite examen minucioso por el “proceso activo local” y no descarta el neoplasma. Se hace colostomía transversa derecha de desfuncionalización. Mejoría. **Estudio** Radiológico y endoscópico así como la evolución clínica, posibilitan la etiología inflamatoria diverticular. — **Evolución** Por razones de edad y pedido de familiares (y propio), se hace cierre del ano a pesar de no creer que sea lo aconsejable. A los 6 meses fecaluria. Fístula sigmoidovesical que obliga a nueva colostomía transversa derecha y luego sigmoidectomía con cierre de la fístula. Finalmente cierre de la colostomía. Anatomopatólogo confirma proceso inflamatorio de origen diverticular.

**Edad 72 años.** — **Ingresa** por Hemorragia masiva por el ano. Sangre roja y coágulos. Tumoración de f.i.d. — Anemia. — Transfusión. — **Estudio** Radiológico del colon: imagen lacunar ciego y parte del descendente. — Preparación y estudio complementario seguido de laparotomía: neoplasma de cecoascendente con metastasis hepáticas.

**Edad 68 años.** **Ingresa** por Hemorragia masiva. Sangre roja y coágulos. — Anemia. — Transfusión. — **Estudio** Colon por enema nada evidente. Se niega a estudio endoscópico y complementario. — Recuperación. No se pudo completar el estudio por “alta”.

**Edad 59 años.** — **Ingresa** por Sangre roja y coágulos. — Anemia Transfusión. — **Estudio** Tacto rectal sangre roja y coágulos. Estudio “inicial” de gastroduodeno e intestino delgado s/p. No se completa estudio, radiológico ni endoscópico por “alta a pedido”.

## BOLETÍN DE LA SOCIEDAD DE CIRUGÍA DEL URUGUAY

**Edad 68 años.** — En tratamiento por diverticulitis colónica. Hemorragia masiva exteriorizada por el ano. — Anemia. — Transfusión. — **Estudio** Radiológico del colon: zona lesional en sigmoide y divertículos aislados en colon ascendente. — Colostomía transversa derecha de defuncionalización. Posteriormente sigmoidectomía.

**Edad 72 años.** — En tratamiento por trastornos intestinales y dolores de f.i.i. Enterorragia importante. Sangre y coágulos. — Anemia. — Transfusión. — **Estudio** De colon por enema: lesión sigmoidocolónica con falta de relleno y algunos divertículos. — **Evolución** Recuperación con tratamiento médico. Laparotomía: lesión sigmoidea y absceso en mesosigmoide. Colectomía parcial. Patólogo informa que no hay neoplasma. Proceso inflamatorio y absceso.

**Edad 69 años.** — **Ingresa** por Trombosis colomesentérica (venosa). Cuadro agudo de vientre con enterorragias. — Anemia. — Transfusión. Resección colónica.

**Edad 49 años.** — **Ingresa** por Hemorragias repetidas. — Anemia. Transfusión. — **Estudio** Radiológico, zona patológica de sigmoide. — **Evolución** Colectomía parcial Anat. Patól.: "colitis", proceso inflamatorio. Hemorragia parietal.

## BIBLIOGRAFIA

- ASINER, BORIS. — Diverticulitis Colónica y sus complicaciones; estudio clínico y orientación terapéutica. *Día Médico Uruguayo*, 1955.
- BARBORKA, C. J. — Diverticulosis and Diverticulitis. *Gastroenterology* 34:278-1958.
- CARROL PAUL, T. — Divertículo Diverticulosis and Diverticulitis of the colon. *Indic. for. op. Diseases. of the Cand R. V. 4 (M-A) 1961 N° 2.* p. 89.
- CATE, W. R. (Jr.). — Colectomy in Treatment of Massive Melena, Sec. to Diverticulosis. *Am. Surg.* 137:558-1953.
- COSSE J. J. AMENDOLA H. — The significan of Bleeding in D. of Sig. colon. *Indic. for. op. Diseases. of the Cand R. V. 4 (M-A) 1961 N° 2,*
- ØJENDAN, ALONSO E. — Comunicación personal.
- CHIFFLET, ABEL. — La Cirugía de la Diverticulitis del Sigmoide. *Día Médico Uruguayo*, XXI-602-1955.
- DONALD, J. M. — The surgical m. of d. of the colon. *Am. Surg.* 133: 708-1951.
- DUBARRY, J., DELAPORTE. — Neuf Cas de diverticulitis du colon a forme hemorragique. *Arch. Nal. Ap. Dig.* 39:566-1950.
- EARLY, C. M. (Jr.). — The managment of massive Hemorrag. form. D. disease of the colon *S.G.O.* 108:49-1959.

## BOLETÍN DE LA SOCIEDAD DE CIRUGÍA DEL URUGUAY

- FINOCHIETTO, R. — La Prensa Médica Argentina, Vol. V-X-LVII, Abril /60 N° 15, Pág. 897.
- FOSTER, R. L., FISCHER, R. E. — Colostomy as Emergency Treat, for Massive Melena Sec. to Diverticulitis. Am. Surg. 20:734-1954.
- GUTIERREZ BLANCO, H. — Proctorragias Masivas por Diverticulosis o Diverticulitis Colónica. Revista "Síntesis Médica" Año T. II Julio-Agosto.
- HICKY, R. C. — Massive Colonic Bleeding Secondary to D: Gastroenterology 26:754-1954.
- HOAR, C. A. BERHARD, W. F. — Colonic Bleeding and Divert. Disease of the Colon. S. G. & O.: 94:101, VII/1954.
- LARGHERO IBARZ, P. — Hemorragias graves del tracto digestivo superior. "Imprenta R. H. R.". Montevideo-Uruguay 1960.
- LARGHERO IBARZ, P. — Ileo-rectostomía ampular en la poliposis recto-cólica. B. de la S. de Cirugía. T. 19 pág. 319/323 1948.
- Mc LANAHAN, SAMUEL & MARTIN, R. E. — Colotomía, Coloscopia y Colectomía en el T. de P. del I. G. A. de C. T. 1 N° 5 Mayo 1957 P. 635.
- MUÑOZ MONTEAVARO, C. — Divertículos del Colon (104 observaciones) El Día Médico Uruguayo. Tomo XXVI N° 305. Set.. 1958, pág. 2310-2317.
- NOER, R. J. — Hemorrhage as Complication of Diverticulitis. Am. Surg. 141:674-1955.
- KUNATH, C. A. — Massive B. Gran D. of the Colon Am. Surg. 91: 941-1952.
- PRAT, DOMINGO. — Semiología del C. del Colon y del Recto. Ed. "El Ateneo". B. A. 1951.
- PATTERSON, H. A. — The M. of Complications of Diverticulitis of the Colon. S.C. of N.A. Abril 451-1955.
- PEMBERTON, J. and Col. — S.G.O. 85:523-1947.
- QUINN, W. C. & OCHSNER. — Bleedings as a Complication of Diverticulosis or Diverticulitis of the Colon. Am. Surg. 19:397-1953.
- OTERO, J. P. ARIAS BELLINI, M. — Pólipo del Sigmoide. — Bol. de la S. de Cirugía. T. XXI 1950. N° 1.
- SCARBOROUGH, R. A. & KLEIN, R. R. — The significam of Rectal Bleeding in D. of the colon. Diseases of the Colon and R. V 1 (J. F.) 1958 N° 1 pág. 49. Polypoid Lesions of the Colon and Rectum. Am. J. Surg. 76:723:1948.
- STONE, H. B. — Large Melena of Obscure Origin. Am. Surg. 120:582-1944
- TURELL, R. — Diseases of the Colon and Anorectum. Saunders Co 1959 T. II. 638-637.
- TURNBULL, G. C. — Massive H. from D. of C.: Report of 12 patients. Quart. Bull. North-Western Univ. M. School 22:292-1948.

WILLIARD, J. H. & BOCKUS. — 1936.

YOUNG, H. L. & HOWARTH. — (Massive Hemorragia en Diverticulosis).  
Am. Surg. 140-128-131-1954.

**Dr. Abel Chifflet.** — Solo haremos ciertas consideraciones sobre algunos puntos del interesante asunto promovido por la comunicación de los Dres. Asiner y Valls.

En primer término deseamos anotar que el conocimiento de la causa de la hemorragia es de tal importancia para el tratamiento, que se justifican todos los medios para cambiar el diagnóstico de hemorragia por el de determinado proceso sangrante. El cuidadoso estudio clínico, el tacto rectal, la endoscopia, la radiología deben ser juiciosamente utilizadas. El tratamiento de algunas afecciones sangrantes ha sido ya expuesto, concretándonos nosotros a insistir sobre los fracasos de la ileostomía en la colitis ulcerosa y la necesidad de la colectomía de urgencia. Gruesos paquetes hemorroidarios internos pueden ser causantes de hemorragias masivas y deben ser rápidamente tratados. El cáncer del colon derecho puede provocar hemorragias intensas por invaginación y requiere también una solución rápida.

El otro punto al cual nos referiremos es la importancia del factor vaso-sanguíneo en la producción de grandes hemorragias que se producen habitualmente en personas de edad avanzada con procesos vasculares diversos y que frecuentemente fallecen por éstos procesos tal vez agravados por la anemia aguda. Muchos autores han señalado la ausencia de lesiones mucosas en las grandes hemorragias del colon. Nosotros hemos reconocido en esos casos lesiones obstructivas en los vasos cólicos, señaladas por algunos cirujanos y patólogos. Agreguemos además la frecuencia con que se ven enfermos que sangran simultáneamente en diversos puntos de una mucosa cólica aparentemente sana. Es posible que las trombosis conduzcan a infartos mucosos recuperables, pero debemos también considerar la posibilidad de bruscos aflujos sanguíneos por territorios, verdaderas llamaradas vasculares cuyo origen reflejo e importancia son bien conocidos.

La indicación operatoria en enfermos en los que no se tiene diagnóstico causal de la hemorragia es de muy difícil planteamiento. La resolución debe tomarse en cada caso considerando numerosos elementos que podemos agrupar en tres partes: el enfermo, la sospecha de lesión, la gravedad de la hemorragia.

El enfermo presenta con frecuencia estados graves por la edad, fenómenos cardio vasculares, taras nutritivas, obesidad, etc., que unidos a los resultados de la hemorragia pueden hacer muy riesgosa una operación de exploración o de exéresis. Permitiría a lo más una simple colostomía desfuncionante cuyos efectos no son siempre beneficiosos.

La sospecha de la lesión hemorrágica tiene un gran interés porque abre la posibilidad de elección de incisión y de operación reglada con poca exploración. En ciertos casos la sospecha seria debe considerarse como diagnóstico hecho.

La gravedad de la hemorragia, medida por su cantidad, su repetición, sus efectos, conduce a veces a la intervención en el estado de espíritu del cirujano que juega su última carta frente a la gravedad del enfermo. Es el momento de pensar más seriamente.

**Dr. Asiner.** — Agradezco a los distinguidos consocios la atención prestada al tema y los comentarios de los Dres. Suiffet, Cendán, Bermúdez, Lorenzo y Lozada, Otero y Venturino y del Prof. Chifflet. Si bien no es de presentación diaria "la hemorragia masiva colónica" tiene su importante frecuencia, dentro de las hemorragias digestivas agudas graves.

Justifica el estudio y el análisis que hemos hecho con el Dr. Valls. El título del tema es opinable, puesto que cierto es, que hay incertidumbre topográfica del origen colónico de un enfermo que sangra masivamente por el ano. Pero esta designación hace que tengamos presente y expuesta, todas las causas de hemorragia colónica. Lógico es que la etapa inicial sea la de nivelar el enfermo, y coincidentemente, realizar el estudio completo preparando al enfermo y al colon, para su estudio y aún para una eventual intervención.

Sea en la etapa aguda o fuera de ella. Descartadas las causas anorrectales por examen completo del periné, y del anorrecto, tacto rectal y endoscopia, la topografía colónica puede ser ubicada. El examen radiológico contrastado del colon, hecho en las condiciones señaladas es un elemento de real valor. Hemos operado hemorragias masivas originadas por hemorroides complicadas, y hemos visto hemorragias por neoplasmas ulcerados anorrectales. Pero ellos no constituyeron problemas de topografía, y por otra parte no los incluimos en el tema tratado.

El problema está más arriba, en el colon y aún en el sector yeyunoileal, que es necesario investigar. Es posible de que el hecho de que actuamos en Cirugía de Urgencia y en una clínica de gran caudal de enfermos digestivos, nos haya llamado la atención la frecuencia que nuestra estadística es de un 15% de las hemorragias colónicas masivas sobre 155 casos de hemorragias graves digestivas. El tener presente las diversas etiologías y mecanismos, que pueden producir la hemorragia colónica, así como las posibilidades terapéuticas que de su topografía surgen, justifican el tema.