

HEMORRAGIA DIGESTIVA (*)

Pólipo del colon

Dr. José Pedro Otero

Cirujano del Servicio de Emergencia del Hospital de Clínicas

Paciente que consulta de urgencia en un Sanatorio por hemorragia digestiva abundante, de sangre roja, reconocible, que se exterioriza por el ano. Dicho de otra manera: pérdida de sangre por el ano con caracteres que hicieron pensar en su origen bajo, aunque no sé exactamente si era roja. Esta hemorragia se repite y el cirujano que lo asiste, cirujano de gran experiencia y de gran responsabilidad cree indicado hacerle una exploración quirúrgica del vientre inferior después de haberle hecho una anoscopia y una rectoscopia que fue negativa, no mostrando ninguna lesión a dicho examen. La laparotomía exploradora fue negativa y no se encontró la causa de la hemorragia, o sea, que en manos de un cirujano altamente capacitado no se pudo reconocer la causa de la hemorragia cuya abundancia y repetición había obligado a una intervención de urgencia.

Este paciente nos consultó algún tiempo más tarde de esa intervención porque sus hemorragias por el ano se repetían episódicamente, inspirándole serios temores y manteniéndolo en estado de angustia mental por la posibilidad de una enfermedad grave que estuviera en el origen y además, las hemorragias repetidas lo debilitaban y no le permitían ejercer con eficiencia y con seguridad de sí mismo su oficio de profesor de golf y menos aún disputar campeonatos.

Sin embargo, el estado general seguía siendo excelente, no tenía ningún otro síntoma intestinal, ni tampoco había perdido peso ostensiblemente.

En resumen: se trataba de hemorragias de abundancia variable, de duración de dos o tres días y que se repetían con relativa frecuencia sin ningún síntoma funcional integral fuera de eso.

No se discutía el origen bajo de la sangre, por sus caracteres, pero no se podía establecer con certeza un diagnóstico etiológico.

Basado en experiencias anteriores pensé ante todo desde el primer momento en pólipos del sigmoide o del colon, lo hice estudiar radiológicamente con el Dr. Arias Bellini a quien tengo una gran confianza como radiólogo del tubo digestivo, pero el estudio radiológico no mostró ninguna lesión ostensible del colon.

En segundo lugar lo hice estudiar por un rectoscopista que me mereciera absoluta confianza, y entonces el Dr. Gutiérrez Blanco me informó que pensaba que la hemorragia provenía de pequeñas hemorroides que aconsejaba tratar mediante inyecciones esclerosantes. En el curso del tratamiento se volvieron a producir otra vez las mismas hemorragias con los mismos caracteres y en una oportunidad el Dr. Gutiérrez Blanco pudo darse cuenta que la sangre provenía de una zona más alta, aunque el rectoscopio no podía visualizar ninguna lesión en el recto, ni en el sigmoide bajo.

Entonces se solicitó un nuevo estudio radiológico del colon que realizó el Dr. Zubiaurre demostrando netamente la imagen de un pólipo del colon descendente, que era la fuente indudable de la hemorragia, el cuerpo del delito, y que había pasado desapercibido al primer estudio radiológico.

Este paciente se intervino en diciembre de 1955 con anestesia general, a

(*) Trabajo presentado en la Sociedad de Cirugía el día 23 de mayo de 1962.

través de una incisión paramediana izquierda. Se exteriorizó el colon, se abrió el intestino y apareció un pólipo de carácter netamente benigno, del tamaño de una ciruela pequeña y con un largo y fino pedículo que parecía constituido por un tallo de tejido conjuntivo vascular envuelto en la mucosa del intestino arrastrada e invertida hacia la luz por el pólipo y el peristaltismo intestinal. Se ligó el pedículo en su base. Se cerró la incisión del colon y se cerró por planos la pared abdominal.

La evolución inmediata fue excelente y la evolución alejada perfecta, puesto que, el paciente no volvió a sangrar nunca más y no tuvo tampoco ninguna otra manifestación patológica. Recuperó su capacidad deportiva totalmente

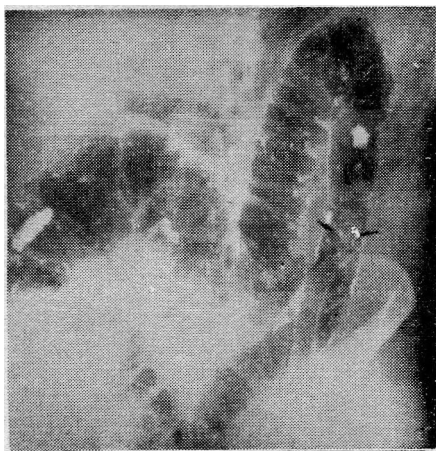


Fig. 1. — Pólipo del colon descendente.

porque no tenía más temor de sangrar y porque no tenía más una anemia por exfoliación sanguínea por hemorragias repetidas.

Informe anatomopatológico de "pólipo de colon descendente" (12-XII-55)

Fragmento alargado, de 4 ½ cm. de largo, constituido por una porción gruesa de 1 cm., cilindroide, de superficie lobulada y color rojizo, de 2 ½ cm. de longitud, que corresponde al pólipo propiamente dicho, y un delgado pedículo, de 4 mm. de espesor, de 2 cm. de largo, de color blanquecino; sobre este pedículo se implanta otro pequeño pólipo, de unos 6 mm.

Microscópicamente se examinó un corte mediano total del pólipo, su pedículo, y el polipito accesorio sobre el pedículo.

La porción principal tiene la estructura de un pólipo adenomatoso de la mucosa intestinal, con moderadas manifestaciones de inflamación crónica en el estroma, que es escaso, y con focos de hemosiderina y de sideromacrófagos, atestiguando la existencia antigua de hemorragias intersticiales. Hay zonas de la proliferación adenomatosa, en la superficie de algunas lobulaciones del pólipo, que tienen metaplasia epitelial (células cilíndricas altas y oscuras) y un grado de atipismo citológico, y una proporción de mitosis, que inclinan a considerarlos como traduciendo una incipiente transformación maligna, pero sin evidencia de crecimiento claramente infiltrante.

El pólipo accesorio, también es de estructura adenomatosa, y no tiene caracteres bien definidos de atipismo sospechoso de malignidad.

El pedículo, largo, tiene un eje fibrovascular y un revestimiento de mucosa intestinal cilíndrica morfológicamente normal, con células mucosas típicas.

En resumen: Pólipo adenomatoso pediculado del colon, con algunas zonas de la porción libre con caracteres de atipismo citológico que inclinan a considerarlos como traducción de una incipiente transformación maligna, pero sin crecimiento infiltrante, y con un pedículo de mucosa intestinal normal.

Dr. Juan F. Cassinelli

Estimado OTERO:

El problema de los pólipos intestinales tú lo conoces mejor que yo; pero quiero señalarte que la impresión de incipiente malignidad en las zonas superficiales de la masa proliferante, no modifica el criterio de relativa benignidad

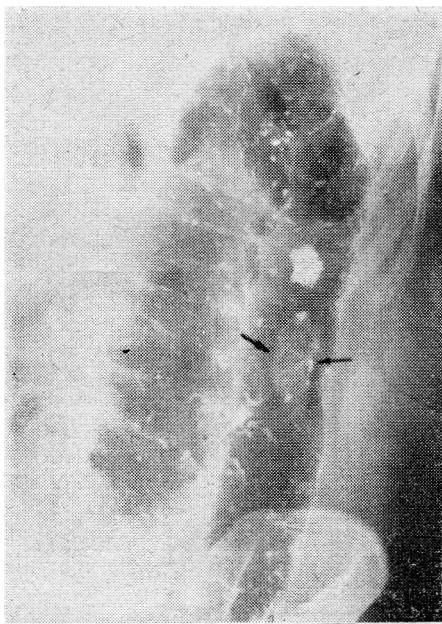


Fig. 2. — Pólipo del colon descendente.

del proceso, y que justifica la exéresis local (concepto del “adenoma maligno” poliposo intestinal, con pronóstico benigno si la base o pedículo no tienen modificaciones atípicas o infiltración).

Pero hay que señalar la existencia de modificaciones morfológicas, que son iguales a las que se encuentran en epitelomas poliposos o infiltrantes; y hay que señalarlas, 1) porque un informe histopatológico debe objetivar los hechos y no sólo interpretarlos; y 2) porque la presencia de modificaciones atípicas en un pólipo no sólo vale por el hecho “local”, sino que puede traducir la potencialidad tumorigénica de la mucosa, es decir, la propensión del territorio a desarrollar neoformaciones; es esta noción de “terreno” la que constituye la base biológica del pronóstico en muchos casos, y no las particularidades del “hecho” local, del tumor extirpado; además, estas consideraciones son fundamentalmente aplicables, justamente, a todos los tumores vegetantes o poliposos, cualquiera sea su localización.

Dr. Juan F. Cassinelli

En el capítulo de hemorragias digestivas hay una serie de elementos clínicos de importancia grande para hacer diagnóstico de nivel de altura de la hemorragia y de lesión que la origina. Así que, clínicamente tenemos unos cuantos elementos importantes que debemos acostumbrarnos a considerar para establecer el diagnóstico de nivel y lesional, cosa fundamental en el tratamiento de urgencia de toda hemorragia. El tractus digestivo, desde la boca hasta el ano puede sangrar y manifestarse por lo tanto por una hemorragia digestiva, cuyos caracteres parecerán ser semejantes o iguales en los diversos casos, pero que sin embargo un clínico habituado al estudio de estas emergencias reconocerá como diferente y con caracteres peculiares, en un gran porcentaje de casos.

Entre otras cosas tiene importancia saber si la hemorragia cuya sangre se evacúa por el ano está acompañada o no, de hematemesis. Si lo está, es indiscutible que el origen es gastroduodenal o quizás pudiera ser de origen esofágico o naso-buco-faríngeo. Sin embargo, no es raro ver que internos avanzados en el Internado dudan respecto a esta noción elemental.

Pero más importante que eso es el hecho de que frente a una hemorragia por el ano de sangre netamente reconocible, no oscura, ni mezclada a las materias en forma homogénea, frente a ese tipo de hemorragia a menudo los médicos y cirujanos piensan que tal vez pueda tener un origen alto. Hemos publicado anteriormente, hace años en la Sociedad de Cirugía con el Dr. Arias Bellini un caso de pólipo del sigmoide que consultó por hemorragias por el ano y que había sido intervenido años o meses atrás con diagnóstico de hemorragia por úlcera gastroduodenal mediante una laparotomía supraumbilical que resultó en blanco. El cirujano que lo había operado era un cirujano de experiencia y competencia.

Frente a una hemorragia de sangre más o menos reconocible, en parte no incorporada a las materias, más o menos roja, más o menos coagulada hay que pensar ante todo en el origen bajo y particularmente el origen de colon izq. y sigmoide. La hemorragia que se origina en las hemorroides es de sangre roja, fresca, absolutamente diferenciable de las materias fecales, que salpica en lluvia el servicio o el water-closet y que sobreviene principalmente a raíz de una defecación y especialmente al final, cuando el bolo fecal ha traumatizado la hemorroides y la ha hecho sangrar. Este tipo de hemorragia por el ano, asociado a la constatación de hemorroides internas o externas permite localizar allí su origen, aún cuando habrá siempre que hacer el examen del recto mediante tacto rectal y rectoscopia, para no ignorar una lesión de otro tipo.

La hemorragia de origen rectal se caracteriza, según el gran maestro Hartmann, quien insiste muy particularmente sobre esto, por el

hecho de que la hemorragia o mejor dicho la sangre, se va depositando en el recto antes de la llegada de las materias y luego es evacuada antes que el bolo fecal. O sea, la hemorragia se produce también a raíz de una defecación aparentemente normal, pero precede al bolo fecal en vez de producirse después de él como en las hemorroides.

La sangre que proviene del colon izquierdo y del sigmoide será diferenciable todavía de las materias y no incorporada homogéneamente a ellas pero no estará vinculada al acto de la defecación como elemento que la provoca, como en las hemorroides o que la barre, como en el tumor o lesión rectal.

Disponemos nosotros de elementos de exploración directa mediante la anoscopía y rectoscopia y mediante el estudio radiológico del colon y sigmoide que nos permiten localizar la fuente de la hemorragia y precisar el tipo de la lesión.

Hasta aquí no hemos usado la palabra **melena**, ni tampoco la palabra **rectorragia** o **hemorragia intestinal**, porque cualquiera de estas expresiones presupone ya sea un tipo determinado de hemorragia digestiva como la melena, ya sea un nivel preciso que la palabra postula y que en realidad, no sabemos en el primer momento si es exacta y adecuada. La expresión hemorragia por el ano no nos satisface porque no es onomatopéyica pero no hemos podido encontrar otra expresión que diga el hecho en sí, sin prejuzgar sobre su origen.

Pero en los casos que hemos asistido de pólipos del sigmoides, la hemorragia se presentó además con un carácter peculiar, que consistía en el hecho de su repetición con relativa frecuencia, sin ningún otro síntoma funcional ni general. Eso se explica fácilmente cuando pensamos que el pólipo tiene una mucosa frágil y que es tumor absolutamente benigno, que se comporta como lo haría un parásito, sin dar ninguna señal de sí mismo y permaneciendo asociado a su huésped con absoluta tolerancia y complacencia de éste.

Frente a esa historia, que con una experiencia pequeña ya nos resulta bastante expresiva, debemos buscar el pólipo mediante el estudio radiológico **repetido** y la rectoscopia.

Un estudio radiológico aislado no nos asegura la no existencia de un pólipo, y ante la persistencia de hemorragias con caracteres que nos hacen pensar ante todo en esa lesión, debemos pedir nuevos y más cuidadosos estudios radiológicos de colon por enema.

Además, el caso que presentamos enseña que importa estudiar **rectoscópicamente** el paciente en el momento de producirse la hemorragia, lo cual se realizó fortuitamente en nuestro caso, pero que debería adoptarse como norma frente a este tipo de hemorragias por el ano.

Respecto a la terapéutica quirúrgica, cuya indicación es indudable, corresponde realizar una operación mínima puesto que se trata de una lesión benigna. Y la técnica que hemos empleado, que es la que está

maravillosamente expuesta y figurada en Surgical Practice de la Lahey Clinic. Nos ha dado entera satisfacción y la aconsejamos con absoluta y completa seguridad del éxito en los casos en que está indicada.

Dr. Rafael García Capurro. — El problema que nos trae el Dr. Otero nos es conocido. El cirujano de experiencia y etc., muchas gracias por la ponderación, a que se refería el Dr. Otero era yo. Ese enfermo lo vi lo menos en tres hemorragias y no se le hicieron menos de ocho exámenes radiológicos. Pocas veces me sucede que me enmienden la plana con éxito, y esta vez el Dr. Otero lo hizo. En realidad, yo, quizás para consolarme; pensaba que el Dr. Otero había tenido más suerte, había tenido un radiólogo que le había visto el pólipo, y que el radiólogo también muy competente que me hizo los trabajos a mí no había podido verlo. Cuando tenemos un enfermo que sangra de la parte superior del tubo digestivo, sabemos bastante bien lo que tenemos que hacer. Cuando sangra de la parte baja del intestino y no está donde nosotros podamos alcanzarlo con el rectoscopio, nos encontramos frente a un difícil problema. Ese enfermo yo había llegado a laparatomizarlo sin poder encontrar la causa de la hemorragia. Todavía es peor cuando la hemorragia es el niño. Si leemos el capítulo de Gross respecto a este tema, nos encontramos con que el porcentaje en los cuales se puede hacer el diagnóstico es muy chico. No hace mucho tuve ese problema con una familia muy difícil, y tuve que sentar al abuelo, al padre y a otros parientes y leerles el capítulo de Gross para que comprendieran que el diagnóstico de una hemorragia digestiva de la parte baja del intestino es muy difícil. Me alegro que el Dr. Otero haya podido curar este enfermo. Deseáramos poder orientarnos en una forma más práctica. Hay quienes han propuesto mismo la abertura del colon en los ángulos, la colocación de un rectoscopio. Yo lo he hecho, no es nada fácil, el intestino está untado de materia, a pesar de que se haya preparado bien, no es fácil. Podrá tenerse suerte y encontrar el lugar de la hemorragia, pero creo que la mayoría de las veces una maniobra tan agresiva como ésta tampoco nos va a resolver el problema. De manera que seguimos con esa dificultad que creo que por lo menos yo no la tengo resuelta. Es lo que quería decir.