

## **Hemorragias graves de origen colónico \***

Dres. JULIO MAÑANA y VLADIMIR GUICHEFF \*\*

### **NOTA PRELIMINAR**

Se excluyen de esta comunicación las hemorragias originadas en hemorroides o colitis ulcerosa.

Las hemorragias de origen colónico masivas que conducen a una exanguinación, poniendo en grave peligro la vida del paciente, son infrecuentes. Más raras que las hemorragias graves de origen gastroduodenal. Sin embargo, la pequeña o moderada hemorragia de origen colónica es un síntoma común en las enfermedades del intestino grueso. Las hemorragias graves colónicas plantean al cirujano importantes problemas de difícil resolución. El cirujano muchas veces se encuentra con falta de recursos para establecer el diagnóstico topográfico o etiológico de las hemorragias colónicas. Se domina más la hemorragia de origen gastroduodenal que las colónicas. El cirujano conoce mejor la patología gástrica. La no existencia en esta región de la úlcera que es patrimonio del gastroduodeno, se encuentra sustituida por la colopatía diverticular, que mimetiza la patología colónica.

Los problemas que se presentan a resolver en esta emergencia, son importantes. Creo que los cirujanos están lejos de esquematizar una conducta quirúrgica para solucionar las diversas circunstancias que se pueden presentar.

Por estos motivos decidimos aprovechar la oportunidad que este Congreso de Cirugía nos brinda, al tratar el tema de la Cirugía de urgencia colónica, para traer a ustedes la consideración de este problema.

### **CASUISTICA**

Esta contribución se basa en 16 observaciones, en las cuales se empleó el siguiente criterio de selección: 1) Que reúnan las exigencias de graves al poner en serio peligro la vida del paciente, ya sea por el volumen de la hemorragia, repetición o permanencia del estado hemorrágico. 2) De casuística personal. Si algunos de los pacientes no fueron resueltos por los comunicantes, fueron seguidos en su evolución y observados los incidentes y accidentes que presentaron.

#### **Computación de datos.**

Observaciones: 16. Sexo: 7 eran mujeres y 9 eran hombres. Edad: se agrupaban de 45 a 82 años. De 45 años tenemos 2 observaciones. Las restantes tenían más de 60 años y existía predominancia por la década de los 78 a 80 años. Estado al ingreso: todos los pacientes ingresaron con melenas o pérdidas sanguíneas por el ano, importantes. Con cuadro de anemia aguda: en el 69 % de los pacientes el cuadro de colapso vascular fue severo, que obligó a medidas de urgente reanimación, por el peligro que los pacientes entrasen en una exanguinación; en el 31 % restante la intensidad de la anemia aguda fue de moderada a severa. Ninguno de los pacientes presentó hematemesis. En 3 pacientes en los cuales el diagnóstico topográfico era confuso, la introducción de una sonda al estómago y la práctica de un lavado gástrico, donde no se presentó sangre en el material obtenido, ayudaron a precisar la altura de la hemorragia. En 14 casos se realizó estudio radiológico contrastado de colon por enema de urgencia. En dos oportunidades no se realizó porque el diagnóstico era claro. *El tacto rectal* demostró la ausencia de patología anal, la presencia de

\* Trabajo de la Clínica del Prof. Piquinela.

\*\* Docente Adscripto de Cirugía y Asistente de Clínica Quirúrgica.

sangre en la ampolla dio una idea de la intensidad de la hemorragia. *La rectosigmoidoscopia de urgencia* se realizó once veces. Examen dificultoso en estas circunstancias que sirvió para demostrar en un solo caso, la causa de la hemorragia; en los demás sirvió para establecer que la hemorragia no se originaba en el canal anal, sino más arriba. *La persistencia o repetición de la hemorragia* se observó en todos los pacientes en forma manifiesta, escalonándose por este concepto los pacientes en diversos grados, desde tres a cuatro deposiciones melénicas o sanguinolentas diarias, hasta verdaderas expoliaciones de sangre roja por el ano en forma casi continua. Observamos un paciente que sangró por 18 días y otro con ligeras intermitencias por 3 meses.

*Antecedentes:* 9 casos presentaban antecedentes de hipertensión y arteriosclerosis. Dos de éstos con infarto de miocardio. Otro con fibrilación auricular, insuficiencia cardíaca y embolismo arterial. Dos casos, los cuales se trataban de rectitis rádicas, presentaban antecedentes de cáncer genital y radioterapia. Alcoholismo un caso, que hizo equivocar el diagnóstico al orientarlo hacia una cirrosis. Antecedentes de hemorragia colónica tenían 2 pacientes. Uno que en el curso de 8 años hizo cuatro episodios de hemorragia colónica grave. Otro en el cual el antecedente permitió orientar el diagnóstico, al presentar hemorragias colónicas cíclicas con las menstruaciones. Dos pacientes habían sido operados de hemorroides previamente.

### Diagnóstico.

Ninguno de los pacientes era conocido como portador de una enfermedad colónica cuando ingresaron. De 7 casos operados de emergencia, 3 fueron intervenidos sin diagnóstico; en el resto se hizo diagnóstico preoperatorio. En los casos no operados se estableció en todos menos en uno, en éste el diagnóstico fue presuntivo, se trataba de una posible endometriosis colónica. El colon por enema contribuyó a realizar el diagnóstico ocho veces, en 7 casos se trató de colopatía diverticular y en el restante de poliposis colónica. La rectosigmoidoscopia en un caso al objetivar una proctitis hemorrágica.

### Etiología.

*Colopatía diverticular:* 7 casos, todos diverticulosis, ninguno por diverticulitis. Diverticulosis generalizada: 2 casos. Diverticulosis segmentaria: 5 casos. *Poliposis colónica segmentaria:* 1 caso. *Rectitis rádicas:* 2 casos. *Proctitis hemorrágica:* 1 caso. *Endometriosis:* 1 caso. *Vasculopatías:* 4 casos, uno con infartos viscerales múltiples, entre ellos uno de colon ascendente y otro de recto por arteriopatía obstructiva arteriosclerótica generalizada. Tres casos por arteriopatía hemorrágica colónica.

No tenemos casos de cáncer colónico, aneurisma circoideo, talangectasia ni parasitosis intestinal con hemorragia severa.

### Tratamiento.

En todos los casos se realizó intenso tratamiento médico. Siete casos fueron operados de urgencia. El criterio de operabilidad se estableció frente al fracaso del tratamiento médico para lograr el cese de la hemorragia.

En aquellos pacientes que se operaron sin diagnóstico o con diagnóstico presuntivo, se emplearon las siguientes medidas coadyuvantes para establecer éste en el campo operatorio. Dos veces se realizó rectosigmoidoscopia intraoperatoria; dos veces coloscopia, una en el colon transverso y otra en el colon ascendente; dos veces lavados segmentarios.

### Intervención quirúrgica.

Siete intervenidos de emergencia. En 5 se realizó colostomías derivativas completas. Cuatro en el colon transverso y una en el ciego. Las colostomías del transverso se realizaron en 2 casos por rectitis rádicas; y las otras 2 por diverticulosis hemorrágica del sigmoide. La cecostomía se realizó por una arteriopatía hemorrágica colónica. *En todos los casos la colostomía fue eficaz al lograr detener la hemorragia*, salvo en un caso de rectitis rádica, que luego de detener la hemorragia se restablecieron las pérdidas sanguíneas al mes. Se realizó la resección de sigmoides en un caso por diverticulosis hemorrágica segmentaria de este sector. En un paciente

| Obs. | H. Clínicas. | Sexo | Edad | Motivo de ingreso   | Anemia aguda | Colon en.   | Rectosig. | Diagnos.               | Tratam. intenso | Operac.              | Evolución |
|------|--------------|------|------|---------------------|--------------|-------------|-----------|------------------------|-----------------|----------------------|-----------|
| 1.   | H. Clínicas. | F.   | 80   | Melenas abundantes. | Sí.          | C. D. seg.  | Sí.       | C.D.                   |                 | Cocost.              | Buena.    |
| 2.   | H. Clínicas. | F.   | 78   | Melenas abundantes. | Sí.          | C. D. seg.  | Sí.       | C.D.                   | Intenso.        | Cocost.              | Buena.    |
| 3.   | Español.     | M.   | 63   | Melenas abundantes. | Sí.          | C. D. gen.  | No.       | C.D.                   | Intenso.        | No.                  | Buena.    |
| 4.   | Español.     | F.   | 76   | Melenas abundantes. | Sí.          | C. D. seg.  | Sí.       | C.D.                   | Intenso.        | No.                  | Buena.    |
| 5.   | Evangélico.  | M.   | 65   | Melenas abundantes. | Sí.          | C. D. seg.  | Sí.       | C.D.                   | Intenso.        | No.                  | Buena.    |
| 6.   | C.A.S.M.U.   | M.   | 75   | Melenas abundantes. | Sí.          | Pólipo seg. | No.       | Pólipos.               | Intenso.        | No.                  | Buena.    |
| 7.   | C.A.S.M.U.   | F.   | 45   | Melenas discretas.  | Moderada.    | Est. col.   | Sí.       | Rect. Rad.             | Intenso.        | Cocost.              | Buena.    |
| 8.   | C.A.S.M.U.   | M.   | 70   | Melenas abundantes. | Sí.          | Normal.     | Sí.       | Arterioloop. colónica. | Intenso.        | Colost.              | Fallece.  |
| 9.   | C.A.S.M.U.   | M.   | 60   | Melenas discretas.  | Moderada.    | Normal.     | Sí.       | Proctitis hemorrag.    | Intenso.        | No.                  | Buena.    |
| 10.  | C.A.S.M.U.   | F.   | 45   | Melenas discretas.  | Moderada.    | Normal.     | Sí.       | Endometrio.            | Hormon.         | No.                  | Buena.    |
| 11.  | C.A.S.M.U.   | M.   | 70   | Melenas abundantes. | Sí.          | No.         | No.       | Infartos múltiples.    | Intensos.       | Trombect.            | Fallece.  |
| 12.  | C.A.S.M.U.   | M.   | 60   | Melenas abundantes. | Sí.          | C. D. seg.  | Sí.       | C.D.                   | Intenso.        | Resección sigmoides. | Buena.    |
| 13.  | Español.     | M.   | 80   | Melenas abundantes. | Sí.          | Normal.     | Sí.       | Arterioloop. colónica. | Intenso.        | No.                  | Buena.    |
| 14.  | Español.     | M.   | 65   | Melenas abundantes. | Sí.          | Normal.     | Sí.       | Arterioloop. colónica. | Intenso.        | No.                  | Buena.    |
| 15.  | Español.     | M.   | 62   | Melenas discretas.  | Moderada.    | Este. col.  | Sí.       | Rect. Rad.             | Intenso.        | Colost.              | Fallece.  |
| 16.  | Español.     | M.   | 52   | Melenas abundantes. | Sí.          | C. D. seg.  | Sí.       | C.D.                   | Intenso.        | No.                  | Buena.    |

se hizo trombectomía de la arteria mesentérica superior y exploración de la arteria mesentérica inferior, se trataba de un paciente con infartos viscerales múltiples.

### Evolución.

**Mortalidad.** Tres casos que hacen un porcentaje del 18 % sobre el total de los casos. Un caso por rectitis rádica (muerte alejada) si bien con hemorragias debido más que nada a la evolución de su neoplasma genital. Un caso de infartos viscerales múltiples; éste falleció en el postoperatorio inmediato a las 10 horas en colapso y peritonitis. Y el otro caso, una arteriopatía hemorrágica colónica que habiéndose logrado detener la hemorragia gracias a una colostomía, fallece a los 12 días de un infarto de miocardio.

**Morbilidad.** El resto de los pacientes evolucionó bien en un 60 %; 24 % de los pacientes siguieron sufriendo los trastornos atribuibles a la enfermedad que causó la hemorragia; 1 caso sigue repitiendo cuadros de hemorragia colónica esporádicamente, se trata de una diverticulosis colónica generalizada.

### COMENTARIO

**Sexo y edad.** Existe una ligera predominancia del sexo masculino con una franca predilección por los sujetos de más de 60 años, este episodio se observa en las personas de edad.

**Diagnóstico de hemorragia digestiva:** Este es fácil, pues la exteriorización de sangre por el ano se produce siempre. No hemos tenido ningún caso de hemorragia colónica oculta.

**Diagnóstico topográfico y etiológico:** El diagnóstico topográfico puede ser dificultoso. Hay que valerse de una anamnesis cuidadosa, que en estos pacientes añosos y en el estado de colapso en que se encuentran es difícil. El sondeo gástrico sirve más que el gastroduodeno de urgencia, ya que si este estudio radiológico es normal, no descarta que la hemorragia se produzca a ese nivel. Las dificultades se hacen más importantes cuando en el diagnóstico topográfico se deben separar las hemorra-

gias que se originan en las últimas asas delgadas, como en el caso del Dr. Cendán, de una telangiectasia del íleo terminal. Hay que recordar que las lesiones de delgado bajo tienen su máximo de dolor en la región periumbilical y se acompañan de un síndrome diarreico u obstructivo. El examen macroscópico de las heces, fragmentariamente mezcladas con sangre, orientan. Es en estos enfermos que el colon por ingestión puede estudiar las últimas asas delgadas, el ciego y el colon ascendente, mejor que el colon por enema. Cuando se sospecha que el origen de la hemorragia está situado en las últimas asas delgadas o en el ciego, es conveniente comenzar el estudio por el tránsito digestivo de urgencia, antes que el colon por enema. Este problema se sigue manteniendo en el acto quirúrgico, ya que si el colon está lleno de sangre y existe una válvula ileocecal incontinente, el íleo contiene sangre que proviene del colon por reflujo; establecer el origen de la hemorragia en estos casos es dificultoso, como nos sucedió en la observación 8, que tuvimos que recurrir a una ileotomía para descartar que la hemorragia se originaba a ese nivel.

**Tacto rectal.** Este confirma el diagnóstico de hemorragia digestiva, su intensidad y establece el diagnóstico de las lesiones del canal anal y ampolla rectal baja. Pero si se comprueba una lesión del canal anal, este elemento no permite descartar que la hemorragia se origine en una lesión más arriba. Por eso frente a una hemorragia colónica, la presencia de una lesión del canal anal no debe detener la investigación diagnóstica y se deben agotar los exámenes para descartar o confirmar que dicha lesión es la responsable de la hemorragia.

**Colon por enema de urgencia.** Es el mejor recurso del que dispone el clínico para estudiar este sector del aparato digestivo. En nuestra serie, en un 60 % de las veces estableció el diagnóstico causal.

**Rectosigmoidoscopia.** Examen dificultoso en pleno período hemorrágico, en un enfermo que está en colapso o recién salido de él, ayuda a establecer las causas que están a su alcance, confirma que la

hemorragia se origina en el colon y no en el canal anal. En nuestro medio no existe el coloscopio de fibra de vidrio, con el que se puede visualizar hasta el ángulo esplénico, ni tampoco la colocámara, que adjuntada al coloscopio de óptica de fibra permite tomar fotografías que luego de ampliadas ayudan a confirmar el diagnóstico. Tampoco disponemos en nuestros hospitales de los medios para realizar rutinariamente arteriografías selectivas de las arterias mesentéricas superior e inferior, que precisan el lugar de la hemorragia.

### Etiología.

Dentro de la etiología de las hemorragias colónicas masivas se destaca en primer plano la colopatía diverticular, que en nuestra serie dio origen al 43 % de las hemorragias. Dentro de la colopatía diverticular, en un 25 % de las veces ésta es generalizada. Llamó poderosamente la atención la no existencia en nuestros casos de diverticulitis. Al parecer la diverticulitis da obstrucción y procesos inflamatorios, mientras que la diverticulosis es la que sangra. La diverticulitis se da con más frecuencia en el colon izquierdo. Cuando existe una diverticulosis generalizada, las probabilidades que el divertículo que sangra esté en el ciego o colon ascendente son muy factibles.

Un hecho a destacar en la etiología, es la edad avanzada de los pacientes. Junto a esto, los antecedentes de enfermedades vasculares, arteriosclerosis, infartos, etc. Son pacientes con arterias viscerales frágiles y con segmentos de intestino en insuficiencia circulatoria, propensos a los accidentes vasculares agudos, como infartos o hemorragias. En un 25 % de los pacientes es ésta la causa por la que sangran. La arteriopatía hemorrágica colónica es una entidad temible por lo grave de su pronóstico, lo dificultoso de establecer el diagnóstico topográfico y por las meiotipias generales que presentan este tipo de paciente.

Tenemos dos observaciones de rectitis rádica hemorrágica, complicación temible porque se da en una neoplásica con la repercusión general rádica, porque el proceso que motiva la hemorragia, úlceras necróticas del intestino, están asentadas

sobre un proceso fibroso evolutivo que lleva a obstrucción, fístulas internas, etc., de muy lenta evolutividad, que para lograr su aquiescencia hay que esperar a veces años.

La proctocolitis hemorrágica puede originar hemorragias graves como en nuestra observación y ser rebelde al tratamiento.

El presunto caso de endometriosis intestinal que presentamos, se trata de una paciente en época premenopáusica con una hemorragia intestinal cíclica, que cesó con tratamiento hormonal, y donde todos los demás estudios fueron negativos.

Un hecho negativo a destacar en nuestra serie de pacientes es que no figura como causa de hemorragia masiva colónica el cáncer de colon, aunque sabemos que existen algunos casos aislados de hemorragia colónica grave por cáncer de colon.

### Tratamiento.

El 57 % de los pacientes se resuelven con tratamiento médico y evolucionan bien. Los pacientes que son sometidos a un acto quirúrgico de emergencia representan el 43 %. Estos últimos se operan por dos motivos: 1) porque el tratamiento médico fue ineficaz para hacer cesar la hemorragia; y 2) conlleva con la causa antes citada, que no se pudo establecer en el preoperatorio diagnóstico topográfico ni etiológico de la hemorragia colónica. *De los pacientes que se operan fallecen el 45 %. Por consiguiente, es una complicación gravísima.* Pero a favor de tan alta mortalidad, debemos aclarar que el paciente que se opera es el enfermo grave en el cual fracasó la terapéutica médica.

La colostomía de derivación se realizó en un 71 % de los casos sometidos a intervención quirúrgica. Esta fue realizada por dos motivos, o porque en el acto quirúrgico no se pudo encontrar la causa de la hemorragia ni su topografía exacta o por edad avanzada del paciente y estado general grave.

La resección intestinal de urgencia en el caso de colopatía diverticular segmentaria parece ser la solución para estos enfermos, como sucedió en nuestra observación 12.

Las maniobras intraoperatorias para lograr objetivar el sitio que sangra, constituyen un capítulo de suma impor-

tancia. La *rectosigmoidoscopia intraoperatoria*, ayudada por vía abdominal por el cirujano con el enfermo en posición de Lloys Davis, es a nuestro entender mejor que la *rectosigmoidoscopia preoperatoria*. La *coloscopia intraoperatoria* hemos tenido oportunidad de realizarla dos veces, manobra dificultosa que en nuestras manos no fue tan eficaz como se preconiza. Lo mismo nos sucedió con los lavados segmentarios del colon. Nos resultó dificultoso desembarazar un segmento de colon de las materias melénicas y sanguinolentas cuando se encuentran parcialmente adheridas a la mucosa colónica. Tenemos que reconocer que cuando se operan estos pacientes y se encuentra el colon lleno de sangre desde el ciego al recto, y la exploración externa es negativa, estamos frente a uno de los problemas más difíciles de resolver. Creemos que en estos casos, antes de ir a la colectomía total el cirujano debe recordar la colostomía de derivación externa. Si sangra el colon derecho todo el colon estará lleno de sangre, pero si sangra el colon izquierdo puede suceder también que todo el colon se presente lleno de sangre, esto sucede porque nos referimos a hemorragias masivas. Dentro de las situaciones que se pueden dar: a) que encontremos la lesión; b) no encontrar la lesión, pero objetivar el sigmoides o el colon descendente sólo con sangre, evidentemente la hemorragia se origina a esos niveles; c) la otra variante que se presenta es encontrar todo el colon lleno de sangre y aquí estamos frente a un problema de muy difícil solución.

## CONSIDERACIONES

Dentro de la etiología queremos destacar las causas vasculares. Frecuentemente en las personas de edad, estos enfermos pueden sangrar por: 1) infarto de colon por embolia o trombosis; 2) aneurisma de las arterias colónicas; disecantes de aorta; 3) arteriopatías hemorrágicas colónicas, producidas por arteriosclerosis, pero hay casos citados en la literatura de enfermos con Leo Berge. Existe un tipo de arteriopatía que acompaña al escleroderma, al reumatismo y los cuadros de alergia, que Ottinger la denominó vasculitis alérgica.

En el intestino grueso puede suceder lo mismo que en el cerebro, que un descenso del gasto sanguíneo produce isquemia en algunos sectores vasculares. Esta lesiona las paredes del intestino con la consiguiente necrosis. Estas zonas son fuentes de hemorragias. En los enfermos con insuficiencia cardíaca que ingieren digital, se sabe que esta droga produce una disminución del gasto sanguíneo del intestino (Muggia) creando zonas de isquemia, siendo éste el origen de las úlceras necróticas hemorrágicas con arteriolitis arteriosclerótica. Esta arteriopatía colónica convierte a las arterias en frágiles, propensas a romperse cuando son sometidas a cambios de presión, movimientos peristálticos bruscos, diarreas, defecación dificultosa, esfuerzos que aumentan la presión intraabdominal (como sucedió en nuestra observación 8 que comenzó a sangrar después de un esfuerzo de consideración). Estas hemorragias son muy difíciles de localizar y explica este hecho el mayor número de muertes que se atribuyen a esta etiología.

Con respecto a los procesos inflamatorios de colon, podemos agruparlos en colitis granulomatosa, banales, necrotizantes, proctocolitis hemorrágica. Me voy a referir a las dos últimas. La colitis necrotizante se puede manifestar por una hemorragia masiva colónica. Tiene una causa vascular frecuente como en nuestra observación 11, pero también se debe a infecciones de alta virulencia producidas por estafilo, proteus, clostridiums, etc., de aquí viene la importancia del cultivo de las heces, aislamiento del germen y antibiograma. La colitis necrotizante se puede presentar en cualquiera de sus formas: segmentaria, total o combinada o enterocolitis.

La enteritis necrotizante con hemorragia masiva es de pésimo pronóstico. La proctocolitis hemorrágica inespecífica presenta como problemas: 1) aislarla de las hemorroides y de la colitis ulcerosa; 2) el tratamiento es rebelde, éste consiste en: reposo, sedación, reposición sanguínea, enemas tibios que inhiben la colinesterasa dejando libre a la acetilcolina que aumenta la vasoconstricción local, también inhibe el peristaltismo intestinal, acciones que contribuyen a detener la hemorragia. Los enemas contienen protectores de la mucosa colóni-

ca, antibióticos, descongestivos y coagulantes de contacto. Reconocemos que estos enemas en las proctocolitis son de probada eficacia.

*La hemorragia en la diverticulosis.* El 25 % de los pacientes entre 60 a 70 años tienen divertículos y por encima de los 70 años se observa en un 40 %. El 30 % de los pacientes con divertículos sangra, pero las hemorragias masivas se ven en 2 a 8 % (Pelok) y éstas constituyen el 60 % de los casos de hemorragias colónicas graves.

*¿Por qué sangra la diverticulosis?* Podemos esquematizar diciendo que la diverticulitis origina obstrucción abscesos parietocolónicos, mesentéricos y pericólicos y peritonitis. La diverticulosis sangra. Cuando existe una diverticulosis generalizada puede sangrar cualquier divertículo, pero es probable que sangren los de colon ascendente o transverso. La diverticulosis sangra por: una zona de ulceración granulomatosa peridiverticular (Asiner); por una úlcera simple que se ve en el ciego y cerca de un divertículo; y por la lesión de un vaso parietocolónico lesionado por un coprolito en un divertículo. Si examinamos estas causas, para que dejen de sangrar con tratamiento médico tienen posibilidades las dos primeras, pero la última sólo dejará de sangrar con la resección de ese segmento, ya que la ligadura del vaso aislado es imposible. En estos casos, ni la miotomía colónica ni la colostomía pueden asegurar la detención de la hemorragia, *por eso en la colopatía diverticular segmentaria hemorrágica estoy por la resección de urgencia en un tiempo.* Ciertamente que hemos visto eficaz la colostomía y podemos citar las observaciones 1 y 2. La colostomía pone en reposo el intestino. Se puede instilar por la colostomía un goteo de gelal continuo. Cuando una colopatía diverticular deba ir a una intervención quirúrgica de emergencia porque el tratamiento médico fracasó, se debe intentar siempre que las condiciones generales y locales permitan la resección del segmento afectado (Obs. 12).

Hemos visto que la simple anestesia hace cesar la hemorragia, creemos que dicho efecto se debe a cambios hemodinámicos

del gasto intestinal y al descenso de la presión intraabdominal que produce la laparotomía. Elementos éstos que contribuyen a la coagulación espontánea.

En nuestra casuística no enemos casos producidos por aneurisma circoideo telangiectasia ni parasitosis.

Tenemos un discutido caso de endometriosis. Diagnóstico presuntivo que se estableció porque las hemorragias eran cíclicas con las menstruaciones y cesaron con tratamiento hormonal. Llama la atención que generalmente la endometriosis toma el intestino de la serosa a la mucosa y sus síntomas son: tumor doloroso y obstrucción.

Nos ha llamado la atención que la hemorragia colónica debuta como un hecho brusco con muy pocos pródromos.

Dentro de la consideración de los antecedentes es importante la de colopatía diverticular y las colitis mucosas o acuosas. Estas últimas hacen sospechar el adenoma vellosos del colon. Por las pérdidas acuosas estos pacientes tienen un balance hídrico y electrolítico negativo. Una hemorragia de mediana intensidad los puede precipitar a un colapso rápidamente.

## RESUMEN

Las hemorragias colónicas graves son una complicación infrecuente, pero constituye una emergencia grave cuando se presenta. Tiene una ligera predominancia por el sexo masculino y se da frecuentemente en las personas de edad. El 69 % de los casos ingresa con anemia aguda intensa, el 31 % restante con anemia moderada. El diagnóstico de hemorragia es fácil, no así el diagnóstico topográfico. Para esto sirve el anamnesis, el sondeo gástrico más que el estudio radiológico de gastroduodeno. El estudio radiológico de colon por ingestión ayuda a descartar las hemorragias de las últimas asas intestinales. El colon por enema realiza diagnóstico en el 60 % de los pacientes. No así la rectosigmoidoscopia ni el tacto rectal, estos sirven para descartar las lesiones del canal anal.

Dos entidades se destacan francamente en las causas de las hemorragias colónicas

graves: la colopatía diverticular en su forma de diverticulosis y la arteriopatía hemorrágica colónica. Esta es más grave que la colopatía diverticular al asentar en pacientes con grave meiorragia vascular y porque sangra directamente un vaso de calibre importante con lesiones arterioscleróticas.

La conducta frente a esos pacientes es realizar siempre un intenso tratamiento médico, si éste fracasa hay que recurrir al acto quirúrgico.

Las maniobras que se han descrito como coadyuvantes en el acto quirúrgico, para localizar el sitio de origen de la hemorragia: la rectosigmoidoscopia asistida por el cirujano, la coloscopia intraoperatoria y los lavados segmentarios del intestino, en nuestras manos no fueron eficaces.

Lo ideal para tratar estas lesiones es la resección segmentaria pero al no encontrar la lesión, el cirujano tiene que recordar que tiene en sus manos la colostomía de derivación antes de proceder a una colectomía total.

## RÉSUMÉ

Les hémorragies coloniques graves sont une complication peu fréquente, mais qui constitue un problème grave lorsqu'il se présente. Il se présente relativement plus souvent dans le sexe masculin, et souvent chez les personnes âgées. 69 % des cas se présentent avec une anémie aiguë intense, et le 31 % restant avec une anémie modérée. Le diagnostic de l'hémorragie est facile, mais non son diagnostic topographique. Pour cela il faut avoir recours à l'anamnèse, au sondage gastrique plutôt qu'à l'étude radiologique du gastroduodénum. L'étude radiologique du colon par ingestion aide à éliminer la possibilité d'hémorragies des dernières anses intestinales. Le colon par lavement donne un diagnostic pour 60 % des malades. Par contre ni la recto-sigmoidoscopie ni le toucher rectal ne sont indiqués, si ce n'est pour écarter la possibilité d'une lésion du canal anal.

Deux facteurs dominant nettement parmi les causes des hémorragies coloniques graves: la colopathie diverticulaire sous

forme de diverticulose et at l'artériopathie hémorragique colonique. Celle-ci est plus grave que la colopathie diverticulaire car elle se présente chez des malades présentant de graves meiorragies vasculaires et parce que le vaisseau qui saigne est de calibre important et présente des lésions artériosclérotiques.

La conduite à suivre pour ces malades est de pratiquer toujours un traitement médical intense, et si celui-ci échoue, d'avoir recours à l'acte chirurgical.

Les manoeuvres décrites comme coadjuvant à l'acte chirurgical pour localiser l'emplacement d'origine de l'hémorragie: la recto-sigmoidoscopie assistée par le chirurgien, la coloscopie intra-opératoire et les lavements segmentaires de l'intestin n'ont pas été efficaces entre nos mains.

L'idéal pour traiter ces lésions est la résection segmentaire, mais s'il ne trouve pas la lésion, le chirurgien doit penser qu'avant de procéder à une coléctomie totale il lui reste la ressource de la colostomie de dérivation.

## SUMMARY

Serious colonic hemorrhages constitute an infrequent complication, but when they appear it is a grave emergency. They are somewhat more predominant in males, most frequently in aged persons. 69 % of the cases present intense acute anaemia; the remaining 31 %, moderate anaemia. It is easy to establish a diagnosis of hemorrhage but not a topographic diagnosis. For this purpose it is useful to have the case history; gastric probes are more adequate than radiological study of the gastroduodenum.

Radiological study of colon through ingestion is useful in discarding hemorrhages of the final intestinal loops; that of the colon by enema helps diagnosis in 60 % of cases. This is not the case with rectosigmoidoscopy and rectal tactile examination which serve to discard lesions of the anal canal. Two causes stand out in serious colonic hemorrhage: diverticular colopathy in the form of diverticular and colonic hemorrhagic arteriopathies. The latter is more serious than diverticular

colopathy because it affects patients with grave vascular liability and because there is direct bleeding of a vessel of important diameter with arteriosclerotic lesions.

In such cases the procedure followed is an intense medical treatment, but if this fails, surgery is employed. The following maneuvers described as complementary to the surgical act, performed in order to establish the original site of the hemorrhage, were not satisfactory when we employed them: rectosigmoidoscopy with the assistance of the surgeon; intraoperative coloscopy and segmentary intestinal lavage.

The ideal treatment for these lesions is segmentary resection, but if the lesion is not found the surgeon should remember that he can resort to derivation colostomy, before effecting total colectomy.

## BIBLIOGRAFIA

1. ASINER, B. y RODRIGUEZ DE VECCHI, V. La hemorragia en la diverticulitis colónica. *III Congreso Inter. Proctología*, 1: 155, 1963.
2. DICK, E. T. Sigmoid miotomy in diverticulosis. *N. Zealand. M. J.*, 66: 163, 1967.
3. HUGHES, L. E. Post mortens survey of diverticular disease of the colon. *Gut.*, 10: 336, 1969.
4. LIARAS, H., NIEDHART, J. A. and TAIRRAZ, J. P. Les enteritis et colites aigues necrosantes. *J. Chir.*, 96: 501, 1968.
5. MUGGIA, F. M. Hemorrhagic necrosis of the intestine its occurrence with digitalis intoxication. *Am. J. M. S.*, 253: 263, 1967.
6. MATSUMOTO, T. Tratamiento de emergencia de la hemorragia gastrointestinal inferior. *Reportes Méd.*, 1: 7, 1969.
7. OLSEN, R. W. Hemorrhage from diverticular disease of the colon; the role of emergency subtotal colectomy. *Am. J. Surg.*, 115: 247, 1968.
8. OTTINGER, W. L. and AUSTEN, G. W. A study of 136 patients with mesenteric infarction. *Surg. Gynec. and Obst.*, 127: 1967.
9. ZOLLINGER, R. W. Diverticulitis of the colon. *Surg. Gynec. and Obst.*, 129: 1045, 1969.

## Discusión

*Dr. Juan E. Cendán Alfonzo:* Deseo expresar la satisfacción que me ha causado la exposición del Dr. Pertusso y hacerle llegar mis más sinceras felicitaciones, no sólo por la forma en que ha logrado sintetizar los numerosos aspectos de tan amplio y difícil como interesante tema, sino también por el concepto básico que desarrolla en todo el curso de su relato, de que en las urgencias del colon, en el estado actual de nuestras posibilidades quirúrgicas, lo mismo que en todas las emergencias, la cirugía debe orientarse cada vez más hacia una mayor decisión en el sentido de restringir al máximo las operaciones escalonadas, mal llamadas de "salvataje", y bregar por soluciones más radicales que aparentemente significan un aumento en las cifras inmediatas de mortalidad, pero que en realidad no es así si se consideran los fracasos por la frecuente extensión lesional luego de colostomía inicial, las dificultades técnicas y las complicaciones y muertes en las operaciones escalonadas.

Desde hace más de veinte años hemos defendido este criterio, al principio era muy difícil hacer comprender a los dogmáticos que esta conducta no era simple osadía, pese a los buenos resultados obtenidos, pero el tiempo nos ha ido dando la razón. Dado el escaso tiempo de que disponemos para la discusión, sólo nos referiremos a algunos aspectos del excelente relato que acabamos de escuchar.

En lo que se refiere a cirugía en cáncer de colon en oclusión, queremos puntualizar tres cosas que consideramos muy importantes.

Lo primero es expresar nuestro total acuerdo con el relator en el sentido de que desde el punto de vista oncológico la resección primaria es el mejor tratamiento del cáncer en oclusión. Pero además hay que considerar que las frecuentes asociaciones lesionales, tales como la infección, las hemorragias por ulceración (frecuentes en cánceres de colon derecho), las diverticulitis, las adherencias del delgado al tumor, etc., son un motivo más para la indicación de resección primaria. Esta sólo debe ser desechada ante una evidente situación de inoperabilidad, o ante dificultades técnicas derivadas fundamentalmente de la localización y conexiones del tumor. En este sentido son particularmente difíciles las localizaciones en colon transversal derecho y rectosigmoides, y los procesos inflamatorios de vecindad.

El segundo punto a que queremos referirnos es abogar por una mayor decisión en lo que se refiere a la resección con anastomosis en un solo tiempo. Creo que el relator ha preferido más bien hacer la resección y dejar para un segundo tiempo la anastomosis. No-

sotros en un gran porcentaje de casos (no voy a entrar a estudiar la estadística que será motivo de una publicación ulterior) hemos resecado en un tiempo con anastomosis inmediata y creemos que es la conducta que se debe seguir. Naturalmente que hay situaciones (que no es del caso analizar en este momento) en que por razones de orden general o local no es posible esta conducta.

El tercer punto importante es el que se refiere a si corresponde o no la descompresión en el caso de hacer resección y anastomosis. Discrepo un poco con el relator en lo que se refiere a considerar mala la apendicostomía. Consideramos que la apendicostomía es de elección cuando uno quiere simplemente proteger la anastomosis de la distensión cuando se ha hecho resección de colon izquierdo. La usamos especialmente cuando se hace la resección en los casos en oclusión cerrada de colon. También en los casos de oclusión colo-ileal porque en esas condiciones el drenaje del íleon y la descompresión se logran mucho mejor por una apendicostomía con variantes como la de García Capurro, que por una sonda de Cantor muchas veces difícil de colocar.

En las oclusiones colo-ileales, en que el componente ileal ha adquirido importancia propia, hecho frecuente en cánceres de colon derecho, acostumbramos complementar la resección y anastomosis ileocolónica con una íleo tomía a la Witzel, mucho más eficaz que la sonda de Cantor o la gastrostomía complementaria.

Con respecto al vólvulo de sigmoide diré pocas cosas: en 16 casos hubo 4 de vólvulo en megacolon, estos casos son siempre graves, la mortalidad fue de 2 en 4, es decir de 50 %; creemos que es una situación siempre muy difícil. En el caso del vólvulo de sigmoide hay que distinguir, como lo muestra esta casuística, tres tipos: el vólvulo de sigmoide puro, casi siempre ocurriendo en dolicosigmoides a menudo en enfermos mentales, que casi nunca llega a la necrosis del pie, se diagnostica antes y se puede tratar con destorsión y fijación. Utilizamos una técnica personal de fijación en bolsillo subperitoneal (a que ha hecho referencia el relator) que impide la recidiva; nos ha dado un excelentísimo resultado.

El segundo tipo es el vólvulo en sigmoide o en diverticulitis que ya plantea más problemas porque aquí la inflamación dificulta o impide el tratamiento adecuado del vólvulo y la diverticulitis. Tenemos 3 casos sin fallecidos: en uno pudimos hacer resección que es lo ideal y en los otros dos destorsión y fijación en bolsillo, dejando para un segundo

tiempo la eventual resección. Hasta ahora no hemos tenido que hacer nada con esos dos enfermos.

La tercera situación es la coexistencia de vólvulo y cáncer; no es una simple coincidencia, tenemos 2 casos de vólvulo de sigmoide donde la intervención mostró que la causa del vólvulo era un cáncer. El vólvulo en el cáncer de sigmoide en virola requiere una localización especial en el tercio medio o en el tercio inferior del asa; debe ser un dolicosigmoide para que el vólvulo se pueda producir. La oclusión producida por el cáncer provoca la torsión en el pie del asa; así pasó en los dos casos. Entonces la resección resulta fácil porque el cáncer está en una zona perfectamente movilizable.

El otro punto al que queremos hacer referencia (y ya estoy pasando del tiempo, Sr. Presidente) es el que se refiere a la perforación diverticular. Nosotros tenemos 13 casos, de los cuales 7 abscesos y 6 peritonitis generalizadas. Casi siempre el absceso ocurre en perforación de un divertículo en un sigmoide que está muy fijo a la pared posterior, lo que hace que la exteriorización de la que tanto se habla sea peligrosa y difícil de realizar. La resección también es difícil por dos motivos: primero por el plastrón inflamatorio, y segundo y fundamentalmente porque requiere movilización de los cabos, que lógicamente no es el momento para realizar. Salvo casos seleccionados, consideramos que la conducta en esta situación debe ser el drenaje del foco. Disentimos con los que creen que es necesaria la colostomía proximal. Nosotros no la hemos practicado. El drenaje del foco termina con la oclusión. Por otra parte, es lo que se observa en las apendicitis con oclusión: cuando se drena el absceso apendicular desaparece la oclusión. Si la perforación que originó el absceso es importante, queda una fistula fecal que habitualmente cierra espontáneamente.

Respecto a la peritonitis generalizada, en estos casos, al contrario del absceso, muchas veces lo único que está inflamado es la zona perforada. Es decir que no se requiere hacer la extirpación total del sigmoide porque en tales casos la movilización de los cabos para la anastomosis sería una conducta riesgosa. En 3 casos hemos tratado el divertículo agudo perforado como si fuera un apéndice, es decir hemos extirpado el divertículo solo o el divertículo con la zona vecina. Es un hecho interesante que muchas veces la perforación diverticular no significa comunicación con el sigmoide; es decir se forma un absceso diverticular en cavidad cerrada, se perfora el divertículo, pero no hay pasaje de contenido colónico al peritoneo. En estos casos la peritonitis es poco importante y basta la extirpación del divertículo para terminar con la enfermedad. Creemos que en esos casos es suficiente esta terapéutica y que en general en las peritonitis de origen diverticular la resección debe ser realizada sólo en casos de diverticulosis muy limitada, de lo contrario debe ser diferida para indicarla a posteriori de acuerdo con la evolución.

*Dr. Barquet:* En primer lugar quiero felicitar al relator y correlatores por el trabajo modelo que han presentado. Estoy de acuerdo en lo que podríamos llamar cirugía de avanzada en las emergencias de la cirugía colónica.

Desde que Crile postuló que es necesario erradicar la enfermedad o lesión de fondo, los resultados han confirmado este punto de vista y actualmente es universalmente aceptado. Como consecuencia de este proceder no se discute que tanto la lesión como su complicación inherente deben ser tratadas como emergencia.

En lo que respecta a la conducta frente a los cabos resultantes, una nueva corriente acrecentada luego de los trabajos de Madden, va aumentando los partidarios de hacer la anastomosis primaria. La morbimortalidad disminuye adoptando esta conducta como lo demuestran las estadísticas mundiales.

Nosotros estamos en esta posición y practicamos la anastomosis primaria en casos seleccionados, cuando el terreno es propicio y los hallazgos operatorios permiten adoptar esta actitud. Deseo mostrar 2 casos solamente de los presentados el año pasado en la Sociedad de Cirugía. Los presento porque son casos muy poco frecuentes, donde se logró éxito adoptando esta posición de avanzada, y porque además en la *Revista* no están publicadas las radiografías postoperatorias del tránsito intestinal que considero de gran interés funcional.

El primer caso es una enferma de 57 años, donde los hallazgos operatorios mostraron lo que este diapositivo esquematiza: neoplasma de sigmoide obstructor con peritonitis difusa por perforaciones diastásicas de ciego y ascendente. Se procedió a la colectomía total con ileorectostomía primaria. No se hizo derivación ni drenaje. La enferma evolucionó bien salvo un flemón de pared, y lo interesante son los documentos radiológicos que van a continuación, que muestran la restitución funcional del tránsito. Proyecciones de colon por enema y tránsito intestinal con hipaque donde se comprueba el tránsito de delgado normal, íleon colonizado y buen pasaje en la unión rectoileal. Casos como este no lo hemos visto tratado de esta manera en la bibliografía consultada.

El segundo caso es una enferma de 60 años que presentaba en la exploración operatoria, como muestra este diapositivo, una invaginación cecocolónica a punto de partida de un cáncer de fondo cecal que llega hasta el descendente. Cabeza fija y cuello móvil, con segmento de invaginación de unos 15 cm. irreductible, fijada, con boudin edematoso, esfacelado y perforado provocando la peritonitis. Se procedió a la colectomía subtotal con ileosigmoidostomía primaria. Cierre sin derivación ni drenaje. Evolución perfecta. Alta al 6º día. Al año aumentó 17 kilos de peso. Los estudios radiológicos postoperatorios a los 2 ½ meses muestran caracteres similares con el mismo resultado funcional, como se observa en esta secuencia: el tránsito de delgado se hace en horarios normales, imagen de colonización del íleon, buen relleno del sigmoide proximal con buena concentración y retención.

En cuanto a la técnica que utilizamos en la preparación de los cabos y anastomosis, sólo nos vamos a referir a la sutura que empleamos y que consideramos de gran valor para el éxito de la intervención: realizamos monoplano a puntos totales, incorporando la mucosa que resulta más hemostática. Como muestra el diapositivo, comenzamos por la pared interna a-b mesial que consideramos más peligrosa, seguimos colocando tractores guías c-c' que se mantienen tensos permitiendo fácil y correcta sutura. Terminamos sobre la cara anterior donde los últimos dos o tres puntos que no se realizan sobre la luz intestinal, son reforzados con seroseroso o apéndice epiploico.

*Dr. Jorge Lockhart:* Si nadie más quiere hacer uso de la palabra, quiero expresar que en mi opinión el relato ha sido extraordinariamente completo y solamente quiero señalar que se debió haber hecho un pequeño capítulo en algo que puede ser de urgencia en cirugía de colon y que se establece cuando se originan las fístulas colónico-vesicales. Por supuesto que no siempre es un cuadro agudo y espectacular, siendo por lo contrario muchas veces un síndrome clínico solapado que no entra mucho en la cirugía de urgencia, pero que igualmente debe ser conocido.

A veces el diagnóstico es fácil por la presencia de fecaluria y/o pneumaturia, la endoscopia es fundamental y puede hacerse inclusive el cateterismo de la fístula y visualizarla radiológicamente.

El problema terapéutico es muy distinto, según que la etiología sea por divertículos o por cáncer. Cuando es divertículo hay que considerar primordialmente el complejo inflamatorio secundario que se establece alrededor de la fístula. Cuando dicho proceso inflamatorio tiene poca entidad la cirugía puede ser, como lo indicaba el Prof. Cendán, realizada en un solo tiempo. Es decir, reseca la lesión intestinal, ser económico en la cistectomía parcial y en un solo acto operatorio todo queda

perfectamente resuelto. Pero no siempre es posible esta situación y a veces el compello secundario es muy importante, y en esos casos se debe aconsejar la derivación colónica previa que conduce a una mejoría muy grande del complejo lesional intervesicointestinal y entonces después estaremos en un segundo tiempo, en condiciones de realizar la cirugía radical definitiva.

En el caso del cáncer el problema es mucho más difícil de resolver porque se agrega el aspecto oncológico que puede requerir soluciones terapéuticas que implican resecciones muy amplias.

La única situación favorable que suele presentarse es que en el caso de la vejiga, la fistulización se establece en general bastante lejos del trigono, pudiendo realizarse una cirugía de exéresis que oncológicamente podemos considerar aceptable, sin alterar mayormente la función del órgano. Otras veces sin embargo, es necesario ir a las soluciones radicales (cistectomía total con sustitución o no del órgano y derivación de la orina generalmente a la piel, dependiendo la decisión de las circunstancias que rodean el caso clínico).

En definitiva, era mi deseo agregar este pequeño capítulo dentro de las urgencias de la cirugía colónica por sus condiciones particulares anatomopatológicas y por la problemática planteada en su terapéutica. Nada más, muchas gracias.

Doy la palabra al relator para concluir la discusión.

*Dr. Juan C. Pertusso:* Yo no voy a agregar nada. Simplemente quería decir que me correspondería agradecer ahora, pero soy muy mal orador y tengo muy mala memoria. Son tantos los que me ayudaron y me facilitaron la tarea que quisiera que cada cual se sienta agradecido con estas palabras: muchas gracias. Además creo que las contribuciones han venido a llenar una serie de huecos y han sido muy importantes. Muchas gracias.