

# Hemorragias digestivas bajas por angiodisplasias

Dres. Martín Harretche, Alfredo Armand Ugon,  
Nicolás Baglivi y Pte. Guillermo Rocca

**Hemos presentado la manera como conducir las hemorragias digestivas bajas, dando gran jerarquía en el momento actual, a las angiodisplasias como causa de sangrado, en pacientes portadores de otras patologías como la colopatía diverticular, los métodos diagnósticos y su conducción y esbozamos en forma somera, como se pueden presentar los diferentes pacientes portadores de angiodisplasias y la conducta a realizar en cada uno de ellos.**

*Palabras clave (Key words, Mots clés) MEDLARS:*  
Colonic Diseases.

## INTRODUCCION

Hasta hace pocos años se tenía el concepto que la causa más frecuente de hemorragias digestivas bajas eran producidas por la complicación hemorrágica de la colopatía diverticular.

El hecho empírico que la hemicolectomía derecha solucionaba el angrado digestivo bajo en colopatías diverticulares y la no comprobación del diagnóstico sangrante llevó a la investigación profunda de la causa de sangrado de estos pacientes.

Con el avance tecnológico, la aparición de la arteriografía selectiva y la fibrocolonoscopia, se pudo comprobar que son varias las lesiones asociadas a la colopatía diverticular que pueden ser causa de la hemorragia,  $\frac{1}{3}$  de ellas, son producidas por angiodisplasias.

## CARACTERISTICAS DE LAS ANGIODISPLASIAS

### Definición

Corresponden a malformaciones vasculares de origen adquirido o congénito que asientan a nivel de la submucosa de la pared colónica, caracterizadas por ectásicas venosas.

### Etiología

Las opiniones son diferentes; para unos serían de origen congénito, para otros adquirida. Salvende considera que son congénitas basando su concepto en la multiplicidad de lesiones y haberlas comprobado no solamente en colon sino

*Clínica Quirúrgica "2" (Prof. U. Larre Borges). Hospital Maciel. Facultad de Medicina. Montevideo.*

en otros sectores como duodeno, delgado y recto en el mismo paciente.

Para Boley la etiología sería adquirida por aparecer en general en enfermos añosos, con frecuencia hipertensos, con compromiso vascular en otros territorios y las angiodisplasias serían secundarias a cambios degenerativos de la pared vascular con la edad. La edad que con mayor frecuencia se ha comprobado el sangrado por angiodisplasias corresponde a la población por arriba de los 60 años, a pesar que se han encontrado también en pacientes jóvenes.

## Anatomía Patológica

Boley realizó estudios con inyección de goma siliconada y tinta china estudiando la circulación a nivel de la pared colónica, demostrando que del plexo submucoso, salen pequeñas arteriolas que atraviesan la muscularis mucosa, llegan hasta la mucosa, hasta la red capilar superficial. La mucosa tiene el aspecto de panal de abeja, producida por los capilares. Las venas que drenan la red capilar superficial son de mayor diámetro que las arteriolas, las cuales se vuelcan en una vena que atraviesa la muscularis mucosa para desembocar en el plexo submucoso.

En esta malformación vascular se observan grandes venas ectásicas, topografiadas en la submucosa, que pueden llevar a la producción de ulceraciones en la mucosa cólica.

## METODO DE ESTUDIO

La aplicación de la arteriografía selectiva de mesentérica superior e inferior y la fibrocolonoscopia abrieron un nuevo capítulo en el conocimiento de este tipo de patología y en el manejo de estos enfermos.

La primera descripción de esta entidad patológica fue hecha por Margulis en 1960 y por Baum efectuando arteriografías selectivas en 1965. Estos estudios demostraron que cuando sangra una colopatía diverticular corresponde el sangrado a divertículos topografiados en el colon derecho o a una angiodisplasia de ciego o colon derecho.

Frente a un enfermo con hemorragia digestiva baja sin diagnóstico correcto, deben ha-

Presentado como Tema libre al 30º Congreso Uruguayo de Cirugía. Montevideo, noviembre de 1979.

Profesor Adjunto de Cirugía, Residente de Cirugía, Médico Auxiliar y Practicante Interno.

Dirección: Grecia 3545, Montevideo (Dr. M. Harretche).

cerse varios estudios en forma sistemática, y ordenada para llegar al diagnóstico de la etiología y topografía del sangrado para efectuar una terapéutica correcta.

Descartar que no corresponde a una hemorragia digestiva alta. Tacto rectal y rectosigmoidoscopia.

### Arteriografía

Del punto de vista arteriopático la ectasia vascular, se reconoce por la existencia de una arteria de alimentación, ligeramente dilatada, un lago vascular y una vena de relleno temprano.

La vena de relleno temprano es muy importante y ya se le observa en la fase arterial considerando a este signo arteriográfico como patognomónico. La arteriografía sólo identifica las ectasias medianas y grandes, la no visualización de las mismas no las excluyen.

Se obtienen imágenes más nítidas de las ectasias vasculares efectuando la arteriografía inyectando concomitantemente aire en el colon.

### Fibrocolonoscopia

La imagen endoscópica de estas lesiones multifocales tienen el aspecto de angiomas de 2 a 5 mm. de diámetro en el borde del antimesentérico con una vena submucosa a veces perfectamente visible.

La angiodisplasia de colon derecho puede sospecharse por el examen endoscópico pero es necesaria su confirmación arteriográfica. En formas avanzadas pueden observarse grandes úlceras a nivel del ciego.

### Colon por enema

Con doble contraste es importante en paciente con hemorragia digestiva baja, para descartar otro tipo de lesión. Si ya ha sido estudiado previamente con colon por enema, se debe realizar luego de la fibrocolonoscopia y arteriografía.

### CONDUCTA DIAGNOSTICA Y TERAPEUTICA

Se pueden presentar 3 tipos de paciente con hemorragia digestiva baja.

#### A) *Paciente que en estudio endoscópico se encuentra una ectasia vascular pero no ha sangrado*

En los últimos años, con mayor frecuencia en los estudios endoscópicos, se nos informa la existencia de pequeñas telangiectasias por la mayor atención que día a día se está dando a esta patología.

La existencia de una malformación vascular descubierta por la endoscopia, pero que no se ha complicado con sangrado, puede no rea-

lizarse ninguna terapéutica pero debemos dejar en la historia del paciente el dato exacto de su topografía. Se ha hecho también la electrocoagulación de la lesión, con resultados diversos; creemos que este tipo de terapéutica puede ser riesgosa por la posibilidad de perforación colónica.

#### B) *Enfermos con hemorragia masiva baja*

Es necesario rápidamente poner en marcha los métodos diagnósticos y terapéuticos de urgencia.

Confirmado que corresponde a una hemorragia baja es necesario realizar la angiografía selectiva que puede mostrarnos o no la malformación arteriovenosa.

Si se comprueba la ectasia, con la angiografía, puede intentarse al mismo tiempo la perfusión con vasoprexina que puede cohibir la hemorragia y a posteriori se iría a la intervención, efectuando la resección adecuada de acuerdo a la topografía del sector de sangrado. En caso negativo recurrimos a la fibrocolonoscopia. Es importante para la preparación del colon para la fibrocolonoscopia o laparotomía no prepararlo con enemas, sino la preparación desde arriba, por vía oral con manitol, pues si preparamos al colon con enemas distribuimos la sangre a todo el colon.

Con la preparación desde arriba, podemos localizar más fácilmente de donde parte el sangrado. Si por la fibrocolonoscopia no se ha descubierto el punto sangrante, se hará colon por enema que puede servir como tratamiento hemostático.

Si la hemorragia es importante y no tenemos diagnóstico, es inadecuado efectuar la hemicolectomía derecha como se preconizaba empíricamente. Sería necesario efectuar la colectomía total pues a pesar que las angiodisplasias se hallan con mayor frecuencia en el colon derecho, pueden tener otra localización en el colon y no quedar comprendida en la resección.

No debemos olvidar en estos casos, o cuando no disponemos de los medios diagnósticos antedichos, el método de realizar una colostomía transversa, que nos puede ser muy útil como localizador de la hemorragia y ver si el sangrado se hace por el cabo proximal o distal de la colostomía.

#### C) *Paciente con hemorragia crónica*

Paciente que se nos presenta como un anémico crónico, por sangrado pequeño iterativo, o con una anemia hipocrómica, con reacción de Weber positivo y Cromo positivo, como sucedió con nuestro paciente.

Estos pacientes han pasado por múltiples estudios con colon por enema, siendo todos negativos. La fibrocolonoscopia debe dirigir su atención al colon derecho buscando la angiodisplasia.

Arteriografía selectiva no buscará el lugar del sangrado sino la malformación vascular, como en nuestro paciente.

Si se comprueba la malformación, se adecuará la resección de colon a la topografía de la misma.

En nuestro enfermo se comprobó la malformación a nivel del sector cecal y se efectuó una hemicolectomía derecha.

Si no se halla lesión, del punto de vista arteriográfico se irá a la exploración quirúrgica con fibrocolonoscopia intraoperatoria en caso de no hallar la malformación, la única terapéutica capaz de asegurarnos no dejar otras malformaciones vasculares en el colon sería la colectomía total.

## RESUME

### Hemorragies digestives basses dues a des angiodysplases

Nous avons présenté la façon d'envisager les conduites vis-à-vis les hémorragies digestives basses, en mettant en relief de nos jours, les angiodysplases en tant que cause de saignement, chez des malades porteurs d'autres pathologies, telle que la colopathie diverticulaire, les méthodes diagnostiques et leur poursuite, et nous avons esquissé très brièvement, la présentation de différents patients porteurs d'angiodysplases et la conduite à suivre pour chacun d'eux.

## SUMMARY

### Low Digestive Hemorrhages due to Angiodysplasia

The paper describes the manner of treating low digestive hemorrhages, highlighting the importance of angiodysplasias as the cause of bleeding in patients

suffering from other pathologies, such as diverticulitis. It also refers to methods for establishing diagnosis and their application; to the different symptoms in patients with angiodysplasias and, finally, to the conduct to be followed in each case.

## REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS

1. ATHANASOULIS CA, WALMAN A. The role of arteriography in colonic Hemorrhage Gastrointestinal. Emergencies. Clearfield. Dinose, 1977.
2. BAUM S, ATHANASOULIS CA. Acquired vascular ectasias of the cecum and right colon as a cause of chronic gastrointestinal bleeding. Abstract. *Scientific Assembly and Annual Meeting Radiological*, 58th. Society of North America, 1972.
3. BOLEY S, SAMMARTANU et alii. On the nature and Etiology of vascular ectasias of the colon. *Gastroenterology*, 72: 650, 1977.
4. BOLEY SJ. Lower intestinal bleeding in the elderly. *Am J Surg*, 137: 57, 1979.
5. BRUCE STEWART, BYRON GATHRIGHT. Vascular ectasias of the colon. *Surg Gynecol Obstet*, 148: 670, 1979.
6. CASARELLA WJ. Lower gastrointestinal tracy hemorrhage. New concepts based on arteriography. *Am Med J Roentgenol Radium Ther Mucl Med*, 121: 357, 1974.
7. DRAPANAS T et alii. Emergency subtotal colectomy. Preferred approach to management of massively bleeding diverticular disease. *Ann Surg*, 177: 519, 1973.
8. GALLOWAY SJ et alii. Vascular malformation of the right colon as a cause of Bleeding in patients with aortic stenosis. *Radiology*, 113: 11, 1974.
9. GEMANT HK. Vascular Dysplasia of the ascending colon. *Am J Roentgenol*, 115:349, 1972.
10. HAGIHA PF. Arteriovenous malformation of the colon. *Am J Surg*, 133: 681, 1977.
11. MOORE JD, THOMPSON NW. Arteriovenous malformation of the gastrointestinal tract. *Arch Surg*, 111: 381, 1976.
12. WHITEHOUSE GH. Solitary Angiodysplastic lesion in the Ileocecal region diagnosed by angiography. *Gut*, 14: 977, 1973.
13. WOLFF WI. Angiodysplasia of the colon. Diagnosis and treatment. *Gastroenterology*, 72: 329, 1977.