

Hemoperitoneo espontáneo y hemorragia digestiva determinados por úlcera de sigmoides

Dres. Fabio Croci, Gustavo Dos Santos, Joaquín Rabellino, Emil Kamaid y Pte. Adriana Cordal

Se presenta un caso de úlcera simple de colon sigmoide complicada con hemorragia digestiva, perforación bloqueada y hemoperitoneo, complicación esta última de carácter excepcional, cuya probable patogenia se vincula a una vascularitis. Se hace una revisión completa del tema, que se justifica en base a su muy baja incidencia.

PALABRAS CLAVE (KEY WORDS, MOTS CLÉS) MEDLARS:
Hemoperitoneum / Colon / Ulcer.

SUMMARY: Spontaneous hemoperitoneum and digestive hemorrhage determined by sigmoidal simple ulcer.

Description of a case of a sigmoidal colon ulcer complicated with digestive hemorrhage, blocked perforation and hemoperitoneum, the last one being an exceptional occurrence, the probable pathogeny of which is related to vascularities. The subject is thoroughly examined which is justified account taken of its very low incidence.

Clinica Quirúrgica "A" (Director Prof. Dr. A. Aguiar), Hospital de Clínicas. Fac. de Medicina. Montevideo.

RÉSUMÉ: Hemoperitoine spontane et hemorragie digestive déterminées par une ulcère du sigmoïdes.

On présente le cas d'un ulcère du colon sigmoïde compliqué avec une hémorragie digestive, perforation bloquée et hémopéritoine. La pathogénie de cette dernière complication, de caractère exceptionnel, se trouve liée probablement, à une vascularite. On fait une révision complète a ce sujet, justifiée en relation a sa très basse incidence.

INTRODUCCION

La úlcera simple de colon (USC), también conocida como úlcera no específica o úlcera benigna es "una lesión rara, con significación exacta difícil de definir"⁽¹⁸⁾. La definición original de Quenu y Duval⁽³⁴⁾ debe considerarse válida para su diagnóstico. Seguramente las formas agudas y subagudas deben ser lesiones no muy excepcionales, pero la forma crónica sintomática es de acuerdo al análisis de la casuística internacional una lesión muy rara^(2, 3, 4, 6, 13, 15, 18, 25, 39). En nuestro medio se han descrito muy pocos casos, que cronológicamente corresponden a: Larghero⁽²⁰⁾, en 1931, 1 caso (sin comprobación anatómo-patológica); Ugarte y Suaya⁽⁴¹⁾, en 1967, un caso; Beltrame⁽⁵⁾, en 1969, 2 casos; Piacenza y col.⁽³²⁾, en 1980, 4 casos. Son en total 8 casos en toda la bibliografía nacional en 53 años.

Presentado en la Sociedad de Cirugía del Uruguay el 9 de mayo de 1984.

Prof. Adjunto, Médico Auxiliar, Asistente, Prof. Agregado de Clínica Quirúrgica, Pte. Interino.

Dirección: Yaguarón 1581 apto. 302, Montevideo (Dr. F. Croci).

El objeto de la presente comunicación es mostrar un caso de USC crónica complicada, con aspectos poco frecuentes en esta patología.

CASO CLINICO

A.P. HdeC. N° Reg. 500.780. Hombre, 75 años. Raza blanca. Polaco. Ingreso: 20/2.84.

Consulta ese día en la Consulta Externa de la Clínica Quirúrgica "A" por hemorragia digestiva baja, iniciada 3 días antes y caracterizada por la presencia de sangre roja y coágulos mezclados con las materias. Desde 2 días antes, dolor en hipogastrio y FII, de tipo cólico, de carácter intermitente. Varios meses atrás había comenzado con alternativas de constipación y diarreas. En los antecedentes personales se destacaba el hecho de ser un paciente bronquítico crónico, etilista, ingestante habitual de salicilicos (no ingiriendo ninguna otra medicación), multioperado (apendicectomía, herniorrafia inguinal, hidrocelectomía, hernia discal) y como antecedente próximo de importancia, el 23/10/82 había sido atendido en el mismo Servicio por una hemorragia digestiva baja y un cuadro toxi-infeccioso, encontrándose en el examen un absceso pelvi-rectal superior izquierdo, que se evacuó parcialmente de modo espontáneo. La rectoscopia mostró la lesión y un pequeño orificio lateral rectal izquierdo, unos 3 cm por encima de la línea criptopapilar. Se dilata este digitalmente y se completa de tal forma el drenaje. La RSC no mostró otras lesiones mucosas hasta 25 cm de la margen anal. El colon por enema, que sólo relleno hasta las proximidades del ángulo izquierdo, no mostró la existencia de divertículos. Una fibrocolonoscopia realizada posteriormente no mostró, ni orificios diverticulares ni lesiones mucosas. La biopsia de la zona de la fístula sólo mostró una rectitis inespecífica. Se controló la evolución de la cavidad abcedual con fistulografías. Se dio de alta en buenas condiciones el 10/2/83.

El examen clínico en el ingreso mostraba un enfermo con un estado general conservado, con discreta anemia, con dolor a la palpación en FII e hipogastrio, donde se palpaba una tumefacción firme, elástica, de límites imprecisos, dolorosa, con muy discreta movilidad.

Con diagnóstico de lesión orgánica de colon izquierdo, ingresa y se comienza su estudio. Estando en sala, el 23/2/84 presenta enterorragia, repetida en 3 oportunidades, asociada a discreta repercusión febril (TA 37°1C). Con el último episodio rojo aparece una importante repercusión hemodinámica y un síndrome de irritación peritoneal del bajo vientre. En ese momento, ante la discordancia entre la intensidad del sangrado y la repercusión hematológica y hemodinámica, se resuelve hacer una punción abdominal, y de la punción de los 4 cuadrantes se extrae sangre lacada. Vista esta asociación se pide una aortografía radioisotópica para descartar la existencia de un aneurisma de aorta complicado, la cual es normal. Se opera de urgencia una vez respueto ese mismo día.

OPERACION: Anestesiageneral. Mediana infraumbilical prolongada por encima del ombligo. Se comprueba hemoperitoneo de casi 1.000 cc, con abundantes coágulos y la presencia en hipogastrio de un sigmoide muy dilatado, con aspecto seudotumoral, rodeado de asas delgadas aglutinadas a su alrededor. Al movilizar la masa, se encuentra la existencia de una perforación colónica bloqueada, con abundantes pseudomembranas, penetrada en 2 sectores de un asa de delgado medio, la cual presenta 2 perforaciones. Asimismo se ve que el sangrado procede de los vasos del meso sigmoide, hasta donde penetra la lesión, que tiene las características de una zona ulcerada necrótica, de unos 5 x 2 cm, asentando sobre el borde mesial.

Se efectúa una resección de delgado de necesidad con entero-entero anastomosis término-terminal y sigmoidectomía con cierre del muñón rectal y colostomía iliaca terminal. Cierre de la pared por planos.

En la evolución postoperatoria el enfermo presenta un cuadro catarral respiratorio severo, con broncorrea purulenta. El 1/3/84, luego de intensos accesos de tos, ocurre evisceración y sangrado profuso de origen parietal. Se reopera el 2/3/84. La exploración intraabdominal no muestra colecciones y la entero-anastomosis se encuentra normal. Se hace hemostasis y cierre parietal con puntos totales. Posteriormente presenta supuración parietal que mejora rápidamente con curaciones y antibiocioterapia.

ANAT. PATOL.

Macroscopía: (Figs. 1 y 2) Pieza de resección colónica de 220 mm de longitud por 60 mm de diámetro, que presenta a su nivel una ulceración con perforación parietal, de 45 x 15 mm, de bordes duros, de consistencia aumentada, presentando múltiples coágulos en el interior, observándose a ese nivel interrupción brusca de los pliegues mucosos. A nivel de la serosa presenta múltiples engrosamientos de superficie hemorrágica con zonas amarillento-parduzcas. Pieza que corresponde a la resección ileal de 170 mm de longitud, que presenta dos formaciones vegetantes ulceradas, de consistencia dura, de bordes rugosos, con elementos necróticos y de aparente supuración, la mayor de las cuales mide 50 x 45 mm y la otra 35 x 30 mm.

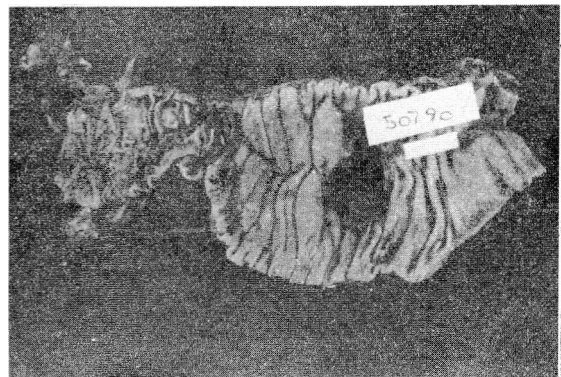


Fig. 1. Pieza de resección cólica. Ulceración. Interrupción brusca de pliegues. Edema perilesional.

Microscopía; Los fragmentos examinados muestran las características de una severa enteritis, con ulceración y perforación, y presencia de microabscesos en el tejido adiposo pericólico, no pudiéndose percibir otra etiología que una

probable vascularitis alérgica, dado que se comprueban algunos vasos trombosados y organizados y pequeñas arteriolas y vénulas con hipertrofia y tumefacción del endotelio, con desorganización y severo edema, así como permeación leucocitaria del resto de la pared. La serosa muestra un exudado fibrinoleucocitario severo y adherencias organizadas entre las asas del delgado y la pared colónica.



Fig. 2. Perforación vista por su cara peritoneal. Infiltración del meso.

COMENTARIO

DEFINICION: La original de Quenu y Duval⁽³⁴⁾ debe ser respetada: "La USC son el grupo de lesiones ulceradas no causadas por ningún microbio específico, ni por la acción local de ningún agente químico y que no son secundarias a otra lesión inicial, tipo ulceraciones supraestructurales, ulceración de tumores, de megacolon de colitis en general y de colitis ulcerosa en particular". Por lo tanto, se entiende por USC aquella en la que ningún agente etiológico puede identificarse.

HISTORIA: En 1832, Cruveilhier describió las ulceraciones intestinales. En 1902, Quenu y Duval⁽³⁴⁾ describen exactamente la USC. La primera recopilación de casuística se debe a Barron⁽⁴⁾ en 1928, pero la mayoría de sus casos no eran USC sino lesiones secundarias observadas en material de autopsia⁽²⁵⁾. Revisiones posteriores como las de Barlow⁽³⁾, Ectors y van Lergerghe⁽¹³⁾, Langeron y Prevost⁽¹⁸⁾, Shatila⁽³⁹⁾ y Smithwick⁽⁴⁰⁾, han contribuido al conocimiento del tema.

ETIOPATOGENIA: La USC es una entidad nosológica, de carácter primitivo, de etiología desconocida y con anatomía patológica típica. En su patogenia se han invocado múltiples teorías. Entre aquellas que ya sólo tienen valor histórico deben citarse:

- 1) *Concepción mecánica:* Corresponde a la úlcera estercoral de los autores sajones, donde importaría la estasis estercorácea y la hipertensión intraluminal.
- 2) *Teoría péptica:* Se les asoció a las ulceraciones pépticas gastroduodenales⁽⁴⁾. Se planteó así la heterotopía mucosa gástrica (a similitud de lo que ocurre en las ulceraciones del divertículo de Meckel), hecho que nunca pudo ser demostrado.
- 3) *Teoría inflamatoria:* El medio séptico cólico planteó la posibilidad de fisuraciones mucosas bacterianas con posterior ulceración asociada a una reacción inflamatoria.
- 4) *Teoría Trofoneurótica:* El stress, el choque emocional, la agresión nerviosa, los cuadros psiquiátricos severos han intentado ser relacionados con la USC, sin que se haya comprobado.

Modernamente 3 tipos de teorías se han mantenido:

- A) *Teoría diverticular:* Anscombe⁽¹⁾ sostiene que la mayoría de las USC son en realidad divertículos ulcerados y Williams⁽⁴²⁾ piensa que la misma puede resultar de la evolución de una diverticulitis aguda. Sin embargo, la diverticulosis es una enfermedad muy frecuente con muy frecuentes complicaciones y en cambio la USC es una lesión rara^(10, 15, 21).
- B) *Teoría vascular:* Es una de las más antiguas y ya fue enunciada por Quenu. Patel hablaba de "mal perforante intestinal". Es tal vez la que tiene mayor asidero por varias causas: a) la frecuencia de USC en zonas de vascularización precaria; b) la relativa frecuencia de las lesiones de endarteritis o vascularitis en los vasos mesiales; c) las observaciones sobre su vinculación a la patología vascular; perforaciones cólicas en arteríticos jóvenes⁽²²⁾, apari-

ción de úlceras luego de ligadura de la arcada de Rioloano⁽³⁰⁾ o luego de trombosis arterial mesial⁽³⁸⁾ o de cirugía aortoiliaca⁽²⁸⁾. En realidad en estos casos la USC podría agruparse dentro de las "isquemias cólicas"⁽²⁶⁾, tratándose de un infarto limitado, quedando a medio camino entre las isquemias cólicas transitorias y regresivas y aquellas que llevan a la estenosis segmentaria.

B) *Teoría enzimática*: Le Veen⁽²³⁾ le ha dado importancia a la actividad de la ureasa a nivel de la luz cólica como factor patogénico.

Frecuencia: Se trata de una lesión rara. Al año 1976 existían unos 180 casos descritos en la literatura europea^(18, 19).

Edad y sexo: La lesión parece ser un poco más frecuente en el hombre que en la mujer. Puede verse a cualquier edad, pero es más frecuente luego de los 40 años.

ANAT. PATOL.

A) *Número y localización*: La USC es generalmente única, aunque a veces pueden existir varias⁽⁴⁰⁾. Se encuentran en cualquier sector del colon, aun cuando su frecuencia es mucho mayor para el colon derecho. Ectors⁽¹³⁾ estima la siguiente distribución: ciego 50%, colon ascendente 12%, colon transversal 12%, colon descendente 5%, sigmoide 16% y recto 5%.

B) *Macroscopia*: Se trata de una ulceración de tamaño variable, de 5 mm a 5 cm⁽³⁵⁾ que respeta por la mucosa vecina.

C) *Microscopia*: En la USC aguda la lesión corresponde a una destrucción de la mucosa por un proceso necrótico, la cual se desarrolla en el seno de una reacción inflamatoria banal. En la evolución se compromete la muscular y en la etapa crónica se encuentra limitada por una reacción esclerosa muy importante que puede confundirse con un tumor. Son frecuentes las lesiones vasculares, endarteritis y aun trombosis.

CARACTERES EVOLUTIVOS: Tres son los más importantes:

A) *Cicatrización espontánea*: Evolución posible pero difícil de apreciar^(1, 42). Esto daría origen a una cicatriz fibrosa, con o sin estenosis luminal.

B) *Complicación*: La perforación es la complicación mayor de esta patología⁽¹⁷⁾. Eventualidad que según Williams⁽⁴²⁾ sería vista en el 65% de los casos. Esta puede ocurrir en cavidad

libre, o por detrás del colon o bloqueada por un proceso adherencial de vecindad, originando un absceso y posibles trayectos fistulosos⁽¹⁸⁾.

C) *Cronificación*: En ella se produce una reacción esclerosa variable, con compromiso mesial, que delimita la lesión y protege la cavidad peritoneal. Así puede aparecer un pseudotumor inflamatorio, o si la esclerosis tiene tendencia retráctil, una estenosis cólica.

La degeneración de la lesión no parece un riesgo a ser tenido en cuenta⁽¹⁸⁾.

CLINICA: Carece de manifestaciones específicas y ella variará según la topografía y según la etapa evolutiva y las complicaciones de la afección. En el colon derecho suelen presentarse bajo forma aguda o subaguda y el dolor y el tumor son lo más frecuente^(31, 36, 42). Esto hace que más de la mitad de los casos se operen de urgencia⁽³²⁾. Los diagnósticos realizados son en general apendicitis aguda, periapendicitis plástica o neoplasma cecal en sufrimiento^(2, 3, 18, 19, 21, 22, 24, 25, 32). También se puede ver la hemorragia⁽¹⁸⁾. En el colon izquierdo, a la inversa, la evolución suele ser crónica y sus manifestaciones más comunes serían la hemorragia, la diarrea y los cuadros suboclusivos, aunque también pueden verse masas tumorales^(6, 18, 19, 25, 33, 43). El hemoperitoneo sería una complicación excepcional⁽³⁷⁾. Las formas oclusivas, por actividad de la lesión o cicatriciales^(7, 18, 38) son de tarde en tarde vistas. Los diagnósticos que se plantean son en general, cáncer cólico, tuberculosis, otros tumores inflamatorios y la enfermedad de Crohn. En cuanto a las complicaciones, la más frecuente es la perforación.

En general según muestran las series el diagnóstico positivo suele ser muy difícil y este recién se hace en el acto operatorio y aún con la pieza abierta y a veces sólo con el estudio anatómo-patológico.

Como exámenes complementarios de utilidad deben citarse: el colon por enema, de preferencia con doble contraste, la fibrocolonoscopia^(14, 29) y la arteriografía para detectar el origen del sangrado digestivo^(8, 12, 26, 30).

TRATAMIENTO: Existe una gran diversidad de procedimientos, aunque en general se tiende casi siempre a las conductas reseccionistas más o menos amplias. Esto se debe a las dificultades diagnósticas y terapéuticas, fundamentalmente en los casos complicados, con que se ve enfrentado el cirujano. Este deberá orientarse frente a la USC por la forma de presentación, la topografía,

el número, la modalidad evolutiva, la existencia o no de complicaciones y fundamentalmente con la posibilidad de un error diagnóstico centrado por el fantasma del cáncer. En la USC aguda o subaguda, no complicada, se han planteado diferentes conductas: a) Tratamiento médico, con control endoscópico periódico⁽¹⁸⁾; c) Resección submucosa, sólo válida en lesiones superficiales y muy limitadas; d) Resección y sutura^{9 11, 25, 27, 40, 42)}, posición que cuenta con numerosos defensores dado que elimina la lesión y permite su control histológico, pero, exige un límite de seguridad en la misma y expone a fallas de sutura y fístulas; e) Resección colónica, que en general no es necesaria, aunque en las formas tumorales o con lesiones inflamatorias extendidas se impone. En la USC perforada, la conducta depende de la extensión de la complicación séptica, siéndole acá mucho más reseccionista, a pesar de lo cual se han empleado el drenaje simple, la sutura y la exteriorización del segmento patológico. Cuando la perforación es retroperitoneal o está bloqueada puede alcanzar con el drenaje simple, seguido o no de un segundo tiempo de resección.

REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS

1. ANSCOMBE A.R.; KEDDIE C.; SCHOFIELD P.F. — Solitary ulcers and diverticulitis of the caecum. *Br. J. Surg.* 54: 553; 1967.
2. ARGONS V.E. — Úlcera simple de ciego. *Rev. Méd. Rosario* 42: 173; 1953.
3. BARLOW D. — Simple ulcers of the caecum, colon and rectum. *Br. J. Surg.* 28: 575; 1941.
4. BARRON M.E. — Simple non-specific ulcer of the colon. *Arch. Surg.* 17: 355; 1928.
5. BELTRAME A. — Descripción de dos casos de úlcera crónica no específica de colon. Presentado Soc. Gastroenterol. Urug.; 1969 (Inédito).
6. CALZARETTO J.; PERERA S.G. — Úlcera simple de colon sigmoide a forma pseudotumoral. *Bol. Trab. Soc. Argent. Cir.* 20: 471; 1955.
7. COMITI J.; MERLE H. — Rétrécissements du grêle et du côlon. *Encycl. méd.-chir., Paris*, 3-1969, 9077R10.
8. COUINAND C.L. — Les ulcérations intestinales post-opératoires. *J. Chir.* 69: 884; 1953.
9. CROMAR C.D. — Benign ulcer of the caecum. *Am. J. Dig. Dis.* 13: 230; 1947.
10. CHATELIN F. — Úlcère aigu du côlon droit. *J. Chir.* 81: 429; 1961.
11. DECAMPT P.T. — Acute non-specific inflammatory lesions of the caecum. *Ann. Surg.* 143: 665; 1956.
12. DUFFY T.J. — Reversible ischemic colitis in young adults. *Br. J. Surg.* 68: 34; 1981.
13. ECTORS V.; VAN LERBERGHE P. — L'ulcère du côlon. *Acta Gastroenterol. Belg.* 10: 118; 1947.
14. FARINON A.M. — Coloscopy: a necessary aid in the diagnosis of transient ischemic colitis. *Endoscopy* 10: 112; 1978.
15. HEINDENREICH A.; COPPOLA S.F.; BREAR C.; MUSSO A.; TEMPORA. — Úlcera simple de colon. *Prensa Méd. Argent.* 49: 31; 1962.
16. HOUDARD C.; OBADIA A. — Les perforations spontanées du gros intestin. *Ann. Chir.* 146: 49; 1960.
17. HULSKAMP P. — Perforación aguda de colon. *Prensa Méd. Argent.* 48: 52; 1961.
18. LANGERON P.; PREVOST A.G. — Úlcère simple du côlon. *Encycl. méd.-chir. Paris, Estomach-Intestin*, 3-1976, 9068M10.
19. LANGERON P.; PUPPINCK P. — L'ulcère chronique du côlon. Discussion clinique et pathogénique à propos d'une nouvelle observation. *Ann. Chir.* 27: 1159; 1973.
20. LARGHERO P. — Úlcera simple de colon ascendente. *Bol. Soc. Cir. Montevideo* 2: 205; 1931.
21. LARRIEU H. — Les ulcérations caeco-coliques. *Ann. Chir.* 26: 688; 1972.
22. LATASTE J. — Les perforations spontanées du caecum. *J. Chir.* 74: 468; 1957.
23. LE VEEN E.; FALK M.S.; MOON I.P.; MAZZAPICA N.; LE VEEN H. — Ureaea as a contributing factor in ulcerative lesions of the colon. *Am. J. Surg.* 135: 53; 1978.
24. LOUP J. — Sur deux cas d'ulcère simple du côlon. *Lyon Chir.* 70: 61; 1974.
25. MARK H.T.; BALLINGER W. — Nonspecific ulcer of the colon. Report of a case and review of the 51 cases from the literature. *Am. J. Gastroenterol.* 41: 266; 1964.
26. MARSTON A. — Ischaemic enterocolitis. En: *Maingot R. - Abdominal Operations*. New York, Appleton, 1979, p. 1803.
27. MASSIE J.R.; MICHAUX R.A.; NATWIG R.A. — Benign solitary ulcers of the colon. *Am. Surg.* 29: 557; 1963.
28. MASSON B.; PLAGNOL P.; MAMERE L.; QUANCARD X.; JANVIER G.; TINGAUD R. — Les ischémies intestinales aiguës compliquant les restaurations aorto-iliaques. *Chirurgie* 101: 483; 1975.
29. NAGASAKO K.; IKESAWA H.; GYO S.; TAKEMAID T. — Pre-operative diagnosis of a non specific ulcer of the caecum by colonfiberscopy. *Dis. Colon Rectum* 15: 413; 1972.
30. OLIVIER C.; ROBERT P.; DI MARIA G.; FAVRE M.; BAUR O. — Colopathies ischémiques. *Mém. Acad. Chir.* 94: 628; 1968.
31. PARKER R.A.; SERGEANT J.C. — Acute solitary ulcer and diverticulitis of the caecum and ascending colon. *Br. J. Surg.* 45: 19; 1957.
32. PIACENZA G.; TORTEROLO E.; CARRIQUIRY L.; ACOSTA FERREIRA W.; VIÑUELA E. — Úlceras benignas de colon. A propósito de 4 observaciones. *Cir. Urug.* 50: 107; 1980.
33. POPESCU M.; URLIANI P.; COSTESCU N. — Les ulcères simples a forme tumorale du côlon sigmoide. *J. Chir.* 87: 197; 1964.
34. QUENU J.; DUVAL P. — Úlcère simple du côlon. *Rev. Chir.* 26: 672; 1902.
35. RUSSELL I.S. — Nonspecific ulceration of the caecum. *Br. J. Surg.* 49: 54; 1957.
36. SANGSTER A.H. — Chronic nonspecific ulceration of the caecum. *Br. J. Surg.* 36: 331; 1949.
37. SARLES J.C. — Arterial dysplasia of the colonic arteries: a rare cause of hemoperitoneum. *Dis. Colon Rectum* 23: 411; 1980.
38. SARRIS H.; POUNGOURAS P. — Sténose ischémique du côlon transverse. *Ann. Chir.* 22: 1341; 1966.
39. SHATILLA A.H. — Stercoraceous ulcerations and perforations of the colon: report of cases and survey of the literature. *Dis. Colon Rectum* 20: 524; 1977.

40. SMITHWICK W.; ANDERSON R.; BALLINGER W. — Non specific ulcer of the colon. Arch. Surg. 97: 133; 1968.
41. UGARTE R.; SUAYA H. — Ulcera simple de colon. Rev. Cir. Urug. 37: 177; 1967.
42. WILLIAMS K.L. — Acute solitary ulcers and acute diverticulitis of the caecum and ascending colon. Br. J. Surg. 47: 351; 1960.
43. YATES L.N.; CLAUSEN E.G. — Simple non specific ulcers of the sigmoid colon. Arch. Surg. 81: 535; 1960.

COMENTARIOS:

Dr. ASINER: El caso que se presenta, era imprescindible la intervención inmediata. Correspondía a una hemorragia de Colon, cuya causa resultó una ulceración con perforación y enterorragia verificando que la etiología era una "úlcera simple". Hace unos 20 años presentamos en esta Sociedad —"en Media hora previa"— una situación similar, en su etiología. El enfermo ingresó por enterorragias —grado medio— sin descompensación hemodinámica ni anemia importante. (en una de nuestras Guardias del Hospital de Clínicas). Sin antecedentes colointestinales, de ningún tipo, en relación al aparato digestivo intestinal bajo, ni aún alto. Deposición con sangre. Pérdida de sangre por el ano con coágulos por defecación —40 años de edad—. La sangre no estaba mezclada con las materias. En aquel tiempo no se disponía de fibroscopia, le efectuamos un examen proctoscópico —rectosigmoidoscopia— (que alcanzó unos 23 cm). En su alcance no vimos lesiones, y comprobamos que sólo venía sangre rutilante, escasa desde arriba. El enfermo estaba compensado. Pasó al Servicio de Cirugía Prof. H. Ardao (para su contralor evolutivo). A las 24 horas había cesado espontáneamente la hemorragia. Anemia valorada como de grado "leve". Se pidieron los exámenes de rutina y colon por enema. Pero a los 3 días reiteró la hemorragia por el ano. El Prof. H. Ardao, consideró que el enfermo debía ser explorado quirúrgicamente.

La laparotomía no mostró patología gastroduodenal ni de intestino delgado. No había sangre en hemicolon derecho (ciego ascendente transversal). A nivel de sigmoide, tampoco pudimos comprobar nada patológico, aunque visualmente había un área antemesentérica de diferente color, pequeña de 1 cm 1/2 sin definido tumor, ni divertículos. Se le efectuó un suave ordeño de contenido hemático en esa área hacia el sector distal (mientras un colaborador le hizo un tacto rectal y verificó la existencia de sangre y coágulos —escasos—). Resolvimos una colectomía segmentaria. Su evolución posterior fue sin incidencia, con recuperación. La pieza fue examinada por el Dr. Cassinelli, J.J. Nos preguntó de dónde habíamos "sacado" esa "úlcera péptica". En el colon resecaado no había otra lesión. Revisando la bibliografía, en la Enciclopedia Médico-Quirúrgica —año 1936— encontramos un trabajo del Dr. Abulquier sobre "úlceras de colon simples" con hemorragia y aún con eventual perforación. No correspondía a tuberculosis, disenteria, carcinoma, pólipos, etc. La historia está en el Archivo en el Hospital de Clínicas, así como el estudio anatomopatológico. No hemos visto en más de 30 años de Guardia, otra situación similar. El autor señalaba que la úlcera puede ser en cualquier otra topografía de colon. Actualmente lógicamente, no lo hubiéramos operado sin realizar angiografía, fibrocolonoscopia y aún estudio radiológico de colon con doble contraste. Verificación de la lesión, su topografía y aún eventual biopsia si fuera posible.