

MESA REDONDA  
GASTROENTEROLOGIA

TEMA:

HEMORRAGIAS MASIVAS  
DE ORIGEN INTESTINAL

COORDINADOR:

Dr. HUMBERTO LORENZO Y LOSADA

# HEMORRAGIAS MASIVAS DE ORIGEN INTESTINAL EXCLUIDO EL DUODENO

## Conceptos generales

*Dres. G. MARTINEZ PRADO. L. OROÑOZ,  
E. PEREZ FERNANDEZ y J. URRESTARAZU*

Entre las primeras 160.000 historias del Hospital de Clínicas hay 423 hemorragias intestinales, excluyendo el duodeno. Hemos revisado esas 423 historias y separado las hemorragias que sin duda fueran masivas; suman 31, o sea el 7 %. Agradecemos a los directores de las distintas Clínicas del Hospital; a la secretaria de la Clínica de Nutrición y Digestivo, Srta. M. L. Monza, y al personal de la Sección Archivo General, dirigido por la Dra. R. Minatta, que nos facilitaron esta tarea.

Examinaremos pues melenas y enterorragias importantes, por procesos intestinales del ángulo de Treitz para abajo, con anemia severa (hematócrito de 30 % o menos), producidas en el lapso de horas y que provocan un síndrome de hipovolemia más o menos marcado.

Hay variantes en estas premisas que no podemos examinar hoy, en especial en el síndrome de hipovolemia que varía mucho: en primer lugar por el estado arterial previo que permitirá o no una adaptación más o menos aceptable de la circulación frente a la pérdida líquida; luego por la sensibilidad personal a la anoxia cerebral, y también por la emotividad, factor síquico, que produce la pérdida sanguínea. Este factor lo consideramos muy importante para la apreciación del síndrome funcional.

Las hemorragias masivas intestinales aparecieron en una fuerte proporción por encima de los 60 años (25 de los 31 casos).

Se destacó también la frecuencia del sexo femenino (22 contra 9 hombres), diferencia que se hizo más manifiesta por encima de los 60 años (20 mujeres contra 5 hombres).

### EDAD Y SEXO

	Femenino	Masculino
De los 40 a 50 años ...	1	2
De los 50 a 60 años ...	1	2
De los 60 a 70 años ...	10	2
De los 70 a 80 años ...	10	3

### LOCALIZACION DE LA LESION

Es una etapa muchas veces difícil.

1º) Por el interrogatorio se debe precisar el color del sangrado. Plantean problemas las materias de color negro, las melenas. Es el color de las hemorragias duodeno-yeyuno-ileales, pero creemos que una hemorragia importante por un proceso de colon, puede quedar retenida en este órgano por un tiempo prolongado, como para volverse negras.

Dos de nuestros 31 enfermos tuvieron melenas de entidad. No se les encontró nada en el estudio gastro-duodeno-esofágico; uno tenía una diverticulitis difusa de colon, aparentemente causa del sangrado, y el otro falleció sin diagnóstico. En este último, repetidos estudios que se le hicieron en ingresos anteriores por hemorragias similares fueron negativos; cabe suponer la existencia de una afección del intestino delgado que no pudo ser puesta de manifiesto, como sucede muy a menudo en este sector intestinal.

El color de las materias de los 29 enfermos restantes fue rojo, en su mayoría mezclado con negro y coágulos. Se debe ahondar el interrogatorio; a veces se obtienen datos de interés: hemorroides, trastornos del tránsito, síndromes oclusivos, etc.

2º) El examen físico puede demostrar un tumor, un dolor evidente en el sigmoideo o en el ciego, etc.

3º) El tacto rectal y la rectosigmoidoscopia ponen de manifiesto cualquier proceso bajo. Siempre deben hacerse con los cuidados del caso. La movilización de una pelvis con un proceso inflamatorio ha originado más de una vez embolias mortales.

4º) El colon por enema se debe realizar con las precauciones debidas, sin insuflación y por un radiólogo de experiencia; tiene como obvia contraindicación un grave shock hemorrágico que no permite el traslado del enfermo. Los mismos conceptos rigen para el estudio radiológico del yeyuno-íleon. La interpretación de los datos recogidos en el estudio radiológico es difícil en muchos casos; basta citar la dificultad que supone asegurar que una o más imágenes lacunares corresponden a pólipos en intestinos con materias fecales y coágulos; lo difícil que resulta visualizar en el intestino delgado pequeños pólipos, ulceraciones y la patología del Meckel.

Por otra parte, si bien en una hemorragia eófago-gastro-duodenal la visualización de una várice esofágica o de una úlcera aclara la causa de la hemorragia, en el colon el hallazgo de divertículos, por ejemplo, no autoriza a asegurar que ellos sean la razón del accidente, dado que es muy frecuente ver la diverticulitis y la diverticulosis colónica sin hemorragia. Aun con todas estas dificultades, salvo en el shock grave, el estudio radiológico intrahemorrágico puede y debe realizarse con las precauciones señaladas.

#### NATURALEZA DEL PROCESO

El diagnóstico fue hecho en el 90 % de las 31 hemorragias comentadas. En el 10 % restante no se hizo el diagnóstico. Esta cifra es hasta del 20 % en otras estadísticas. La diferencia es claramente comprensible si se tiene en cuenta que la causa que aparece como más frecuente, la diverticulosis del colon, es muchas veces una causa supuesta que puede viciar las estadísticas.

La prueba irrefutable de que los divertículos que se ven son la razón de la hemorragia, en general no se tiene. Es muy raro visualizar directamente el divertículo sangrante. Hay sin embargo inclinación general a aceptar que un colon que sólo tiene una diverticulosis y sangra, es por esa diverticulosis que sangra. Aunque la discusión se torna insoluble en sus términos finales, en la mayoría de estas circunstancias es evidente que el proceso

diverticular debe ser la razón del sangrado y, lo que es más importante, es con ese criterio que deben actuar el médico y el cirujano.

Hemos encontrado en nuestras 31 historias las siguientes causas de hemorragias:

Diverticulosis .....	19	61 %
Neoplasmas .....	5	17 "
Sin diagnóstico .....	3	10 "
Hemorroides .....	1	
Rectitis actínica .....	1	
Sarcoidosis .....	1	
Ulceraciones de ciego .....	1	

Este 61 % de diverticulosis pasa a ser el 72 % por encima de los 60 años. En esas edades la diverticulosis más neoplasmas suman el 84 % de las causas de un sangrado masivo en la estadística global del Hospital de Clínicas que estamos comentando.

Importa señalar que no aparece en esta reseña ninguna hemorragia masiva por patología del intestino delgado; muchos de ustedes habrán tenido oportunidad de ver alguna úlcera yeyunal, un pólipo, un tumor maligno o un divertículo de Meckel con sangrado masivo. Nosotros no hemos visto ningún caso y en el Hospital de Clínicas no figura tampoco en sus archivos. Hemos visto, sí, sangrado masivo por colitis ulcerosa crónica, que no aparece en esta revisión. Es evidente, sin embargo, que lo corriente en esta enfermedad es el sangrado crónico, severo a veces por la continuidad, pero que no es masivo en el estricto sentido del término como para que figure aquí. En nuestra práctica privada hemos visto tres casos de sangrado masivo por colitis ulcerosa crónica. Tampoco aparecieron en esta revisión sangrados masivos por pólipos colónicos, por infartos o invaginaciones intestinales, etc.

## CONDUCTA TERAPEUTICA

a) *Consideraciones previas*; del análisis de nuestro material podemos establecer:

1º) Es llamativa la tolerancia a la hemorragia masiva de personas de edad avanzada, aun con importantes taras cardio-

vasculares (hipertensión arterial hasta de 290-150, antecedentes de síndromes anginosos, hemiplejías, etc.). Soportaron todos, menos una enferma que falleció, hemorragias masivas y recidivantes sin consecuencias, aun con anoxia cerebral sostenida (lipotimias, obnubilación, estados convulsivos, etc.). Esto, que en nuestra experiencia se repite en las hemorragias esófagogastroduodenales, no coincide con los temores que teóricamente siempre nos planteamos. Por esta razón el médico y el cirujano tienen margen para discutir sobre conductas a seguir sin la sensación de que el enfermo sufrirá una complicación cardiovascular inminente. Se entiende que todos los enfermos son distintos y cualquier caso puede salir de este esquema general.

2º) Es también llamativo que las grandes transfusiones, comúnmente indicadas, son muy bien toleradas y es raro que se observen accidentes. Se registró un infarto cardíaco en uno de los 31 enfermos, pero un día antes había soportado un accidente similar sin mediar ninguna transfusión. En el resto se instituyeron 2, 3, 4 y más litros de sangre en cortos lapsos sin ninguna consecuencia en enfermos con graves afecciones cardiovasculares.

3º) La mayoría de las hemorragias masivas cesaron espontáneamente y no requirieron procedimientos quirúrgicos. Se debieron intervenir de urgencia 8 de los 31 casos, es decir, la cuarta parte.

b) *Directivas generales del tratamiento*; podemos establecer las siguientes medidas generales:

1º) Internación del enfermo y asistencia conjunta por un cirujano experimentado y un médico gastroenterólogo que deben compartir las decisiones a tomar.

2º) Control de la hemorragia con toma horaria de presión y pulso.

3º) Tratamiento de la anemia e hipovolemia con oxígeno, transfusiones, sueros y líquidos por boca. Somos partidarios de reponer la sangre perdida con grandes volúmenes de sangre total, fresca si es posible.

4º) Sedación del enfermo usando drogas apropiadas y por la vía más adecuada, pero eso sí, en dosis suficiente como para llevar al enfermo al estado crepuscular. Creemos indispensable este requisito.

5º) Alimentación: se deben perder los temores de alimentar a una persona con sangrado digestivo cualquiera sea el órgano de su producción, desde el esófago hasta el ano.

Lo antes posible la alimentación debe ser por boca, suficiente en calorías, mixta, agradable y blanda, usando papillas. De acuerdo a las circunstancias, irá desde los alimentos predigeridos (caseinato de calcio, harinas, glucosa, etc.), a los alimentos comunes (sopas, puré, merengues, leche, cremas, flan), a los que se pasará gradualmente cuando el estado del enfermo lo permita. El médico sólo debe cuidar la tolerancia gástrica y la idiosincrasia anterior para ciertos alimentos; como es lógico se deben evitar condimentos irritantes y restos celulósicos (hojas, tallos, cáscaras, etc.). Es muy conveniente, en el estado crepuscular, la papilla hiperproteica suministrada por sonda nasogástrica hecha con agua, leche, caseinato, harinas, azúcar, etc., a lo que se agregarán iones y vitaminas; de esta manera se pueden suministrar en el día de dos a tres mil calorías.

## INDICACIONES QUIRURGICAS

Las indicaciones quirúrgicas surgen con la reiteración de la hemorragia. La imponen las pérdidas de sangre abundantes e incontrolables que se repiten en horas, dando la sensación, a pesar del tratamiento (transfusiones masivas, etc.) que no cesarán y que está en peligro la vida del enfermo.

El tipo de operación a realizar será objeto de discusión ulterior (Dr. Miqueo Narancio). En términos generales lo ideal es la extirpación de la lesión; esto es muchas veces imposible por no conocerse la causa del sangrado o porque la gravedad del enfermo no permite intervenciones prolongadas. Surgen entonces las operaciones paliativas: ano ilíaco o transversal derecho desfuncionantes o cecostomía desgravitante. El cirujano escogerá la operación a efectuar de acuerdo al inventario realizado durante el acto operatorio. En caso de dudas preferimos el ano transversal derecho.

En nuestra serie, 24 enfermos (75 %) recibieron tratamiento médico. De estos 24 enfermos una paciente murió de shock hemorrágico; de los 23 restantes, uno sólo repitió tres veces las hemorragias; 22 sangraron en una sola oportunidad.

Debieron ser operados 8 enfermos (25 %) que de acuerdo al tipo de operación realizada podemos agrupar:

a) Resección de la lesión: se efectuó en dos pacientes. Se trataba de un neoplasma de colon transverso en un caso y de un neoplasma de ciego en otro.

b) Operación paliativa: en 3 casos se efectuó un ano transverso derecho; en un caso un ano ilíaco y en otro una cecostomía. De estos 5 casos 3 tenían diverticulosis sigmoidea, 1 un neoplasma uterino invadiendo y estenosando el resto; el quinto era un caso muy complicado al que sólo se le hallaron múltiples ulceraciones inespecíficas en el ciego. Se le practicó la cecostomía y evolucionó bien; falleció a los cinco años por otra enfermedad, no habiendo sangrado más de su intestino. Un solo enfermo de esta serie, con diverticulosis sigmoidea, fue reoperado; se le extirpó el sigmoide lleno de divertículos y se le restableció el tránsito con una anastomosis término-terminal. La paciente del neoplasma genital invadiendo el recto falleció a los pocos días de operada. Los dos casos que restan (ano transverso derecho y ano ilíaco por diverticulosis sigmoidea) prefirieron seguir con el ano contra natura. De uno de ellos se conocen datos: siguió bien y no repitió las hemorragias después de dos años de su intervención; del otro, se desconoce la evolución.

c) Laparotomía exploradora: en un caso se comprobó en el acto operatorio el intestino lleno de sangre, adenopatías y un bazo grande. Sólo se extirparon ganglios y el bazo, que mostraron una sarcoidosis. Esta paciente siguió sangrando dos años más, siendo tratada con corticoides, etc. y desde hace tres años no repite sus hemorragias, encontrándose muy bien.