

HEMORRAGIAS MASIVAS EN LA COLITIS ULCEROSA CRONICA

Dr. HORACIO GUTIERREZ BLANCO

Sobre un total de 187 casos de C. U. C. (colitis ulcerosa crónica) en diecisiete años, observamos hemorragias graves 25 veces, o sea 13,5 %.

La diferencia que hay con otras estadísticas, quizás está en el distinto criterio de los autores para clasificar una hemorragia como masiva o no.

Las hemorragias graves en la C. U. C. presenta tres cuadros clínicos bien definidos:

- 1º) C. U. C. de larga evolución, a expensas de diarrea y pseudodiarrea mucopiosanguinolenta que trae como consecuencia una expoliación crónica de sangre, proteínas, agua y otros electrolitos que llevan a anemia de instalación lenta y progresiva, que puede llegar a menos de 1 millón de glóbulos rojos y hemoglobina inferior a 40 %. Esta forma clínica es una de las más frecuentes y exige tratamiento fundamentalmente médico antes de ir a la cirugía. No las incluimos en esta serie.
- 2º) C. U. C. con crisis de hemorragias graves iterativas, pero sin el cuadro clínico del shock hemorrágico agudo. Suelen ir a la cirugía electiva con mejores resultados.
- 3º) C. U. C. con hemorragias masivas, fulminantes o cataclísmicas con shock hemorrágico agudo.

Nuestra estadística de 25 casos (13,5 %) incluyen 13 del segundo grupo de hemorragias graves iterativas y 12 (6,5 %) del tercer grupo, es decir, hemorragias masivas, motivo fundamental de este trabajo.

EDAD Y SEXO

Todas las hemorragias masivas se produjeron por debajo de los 40 años. El 83 % entre los 14 y los 30 años. Es pues, una complicación que aparece fundamentalmente en las C. U. C. más jóvenes.

Las hemorragias fueron más frecuentes en la mujer (83 %).

RELACION DE LA HEMORRAGIA CON EL COMIENZO DE LA C. U. C.

Prácticamente aparecen siempre en el curso evolutivo de una C. U. C. ya previamente conocida, lo cual es muy importante porque permite adoptar medidas terapéuticas bien definidas. De los 12 casos, sólo en 1 la hemorragia constituyó el síntoma inicial de la C. U. C.

En el 63 % las hemorragias aparecieron dentro del primer año del curso evolutivo de la enfermedad y en el otro 37 % las hemorragias se produjeron un año y medio, dos, cuatro y trece años después del comienzo de la enfermedad.

RELACION DE LAS HEMORRAGIAS MASIVAS CON LAS FORMAS CLINICAS DE LA C. U. C.

Pueden aparecer en cualquier forma clínica, pero en esta serie, todas menos la ya citada forma inicial de una C. U. C., correspondieron a la forma crónica con remisiones y dentro de ella a la variedad *toxi-infecciosa con gravedad progresiva*, caracterizada por cuadro de intoxicación general, fiebre elevada, gran sopor, deshidratación y desnutrición y síndrome rectocolónico severo a base de innumerables pujos a predominio hemorrágico.

Tres pacientes, precediendo o simultáneamente con el episodio hemorrágico agudo, presentaron alteraciones articulares y cutáneomucosas.

Otros tres en plena crisis toxiinfecciosa, además de las hemorragias masivas, se complicaron con fístulas rectovaginales, expresión fiel de la extensión y profundidad de las ulceraciones hemorrágicas. En 2 de estos pacientes se hizo ileostomía con evolución fatal.

DIAGNOSTICO DE SECTOR TOPOGRAFICO DE LAS HEMORRAGIAS

Es del mayor interés determinar cuál es el sector responsable del sangrado, porque las posibilidades terapéuticas pueden variar según el sitio implicado. Y este sector lo podemos deducir de la propia anatomía patológica de la C. U. C.

En el 90 % de las C. U. C. la enfermedad comienza en el rectosigmoide e invade lenta y progresivamente el colon en forma difusa, sin saltar sectores colónicos. De esto se deduce que el colon izquierdo y especialmente el sector sigmoideo son los más frecuentemente responsables de la hemorragia. Sin querer significar que el colon derecho no sangre; tarde o temprano las lesiones en su progreso ascendente llegan al ciego e incluso en un 20 % invade la última asa ileal. Pero como ya hemos dicho que en nuestras observaciones las hemorragias aparecieron en los primeros períodos de la enfermedad, las posibilidades de sangrar por el sector izquierdo son más relevantes.

MECANISMO

En las primeras crisis, la enfermedad está localizada en la submucosa y mucosa, por dilatación capilar submucosa con microtrombosis que evolucionan al microabsceso y luego por efracción de la delgada capa mucosa se forman las microulceraciones superficiales y hemorrágicas.

Este mecanismo fue el causante de 7 casos (63,6 %) de profusas hemorragias que aparecieron dentro del primer año del comienzo de la enfermedad.

Posteriormente la invasión bacteriana transforma las úlceras miliares en úlceras secundarias, irregulares, más grandes y que invaden en profundidad pudiendo provocar fístulas rectovaginales, simultáneamente con las hemorragias.

La *poliposis inflamatoria* o *seudopoliposis* que aparecen en las formas graves, pueden ser las responsables de hemorragias masivas, por estar estos pólipos constituidos fundamentalmente por tejido de granulación muy vascularizados. Esto lo vimos en un caso y además en la gran mayoría de los 13 casos de hemorragias recidivantes, pero no masivas, y que no incluimos en esta serie.

Cuando la C. U. C. sufre la *transformación maligna*, también puede sangrar profusamente por la interrelación de las dos afecciones.

¿Qué rol juegan los corticoides en estas hemorragias? Hay un hecho positivo: de los 12 casos, 11 nunca habían recibido corticoides.

Tenemos un caso que, en plena convalecencia de una crisis toxiinfecciosa tratada con corticoides, tuvo una hemorragia fatal.

Hay que dejar bien puntualizado que no se deben dar corticoides en las formas hemorrágicas.

En las formas clínicas con pujos mucohemorrágicos aconsejamos corticoides habiendo obtenido grandes éxitos, pero siempre asociando vitamina K y C.

TRATAMIENTO

Una hemorragia masiva en el curso de una C. U. C. es una emergencia gravísima, aunque por suerte poco frecuente.

El tratamiento debe realizarlo siempre un equipo altamente especializado constituido por el médico gastroenterólogo, el cirujano con vasta experiencia en cirugía colónica y el positivo apoyo del transfusionista, anestesista, laboratorista y lo que es más importante aún la valiosa colaboración del personal de enfermería especializado.

TRATAMIENTO MEDICO

Hay que orientarlo en tres direcciones:

1º) TRATAMIENTO DEL SHOCK HEMORRAGICO AGUDO

Lo primero que hay que hacer es la inmediata reposición de la sangre perdida. Preparar, si es necesario por disección, la

vena cubital anterior y también la tibial anterior, por si hay que transfundir sangre total, simultáneamente por ambas vías. La mejor transfusión es la de sangre total fresca. La sangre estabilizada aporta muy pocas plaquetas para la coagulación y tiene glóbulos rojos de vida transitoria que llevan muy poco oxígeno. Reparada la pérdida masiva se puede hacer sangre estabilizada. Si no se dispone de sangre total, se puede dar plasma fresco o mejor liofilizado, para reponer volumen, de emergencia.

La cantidad de sangre a transfundir depende del volumen perdido que se determinará por los procedimientos habituales. Pero en una hemorragia masiva se supone que las pérdidas siempre son por encima de 1 litro; así que hay un minimum de 1 litro necesario que se aumentará lo conveniente hasta que la presión arterial, pulso y la hemoglobina se normalicen.

Además, medidas contingentes, como ser: posición de Trendelenburg, horno, suero glucosado isotónico con Levofed si está indicado, sedantes, oxígeno, etc.

2º) TOPOGRAFIAR EL SECTOR HEMORRAGICO E IDENTIFICAR SU MECANISMO

Mientras se realiza el tratamiento del shock hemorrágico agudo, el clínico intentará identificar el sector y el mecanismo de la hemorragia, no olvidando que en la mayoría de los casos sangra el colon izquierdo especialmente el rectosigmoide por el mecanismo de la hemorragia en napa, que mana, como sangría difusa.

Contraindicamos el estudio radiológico del colon intrahemorrágico porque no aporta ningún nuevo elemento en un paciente ya conocido como portador de una C. U. C. Además, en estas crisis agudas toxiinfecciosas, el colon suele estar muy alterado y frágil, exponiendo la radiología a la perforación o a la reiteración de las hemorragias. Si el estudio radiológico se considerara imprescindible para la orientación diagnóstica y terapéutica, se puede aconsejar, a condición que lo realice radiólogo que conozca bien esta enfermedad: poca mezcla opacante, a baja presión y dosificada bajo pantalla y suspendiéndose rápidamente.

te el examen apenas haya un diagnóstico positivo o si se presentan inconvenientes. Nunca realizar doble contraste por insuflación colónica de aire.

En más de 200 casos de C. U. C. nunca hemos tenido necesidad de indicar la radiología de colon de urgencia. Preferimos esperar o bien hacer una rápida visualización rectoscópica sin modificar la posición de Trendelenburg y en decúbito lateral izquierdo. Utilizar ungüentos anestésicos y hacer el tacto con maniobras muy suaves. Introducir el rectoscopio de menor diámetro y comprobar si sangra o no y qué tipo de ulceración presenta. Todo el examen se puede realizar muy bien en menos de 5 minutos sin molestar al paciente.

3º) MEDIDAS MEDICAS AUXILIARES

Por lo común tienen tiempo de protrombina prolongado, porque son enfermos que se alimentan muy mal y han sido muy medicados con sulfas y antibióticos que perturban la flora intestinal, fuerte de síntesis de vitamina K. Dar vitamina K, 60 a 80 mgrs. i/m.; vitamina C 1, a 2 grs. i/m. Coagulantes. Sedantes.

Como presentan cuadro toxi-infeccioso con diarrea crónica, desnutrición y deshidratación con pérdida de electrolitos especialmente potasio y sodio, necesitan el rápido aporte de estos elementos por vía intravenosa bajo la forma de sueros balanceados, hiperpotásicos, glucofisiológicos, etc.

De los 11 casos, en 6 se hizo tratamiento médico, evolucionando bien 5 y falleciendo 1.

TRATAMIENTO QUIRURGICO

Se plantea muy frecuentemente. Pero lo difícil es determinar *cuándo se debe operar y qué hacer*.

Dos clases de intervenciones se pueden realizar:

- a) *Desfuncionalización colónica* (ileostomía, cecostomía o colostomía)
- b) *Resección colónica* (ileocelectomía, ileoproctocolectomía, etc.).

A) DESFUNCIONALIZACION COLONICA

De 11 casos, 5 fueron operados: 1 apendicectomía que dejó una fístula cecal y 2 cecostomías que evolucionaron muy bien, y 2 ileostomías que fallecieron.

No se hizo ninguna operación de resección.

De nuestra estadística se deduce un leve predominio hacia el tratamiento médico y dentro de la cirugía el desfuncionamiento cecal dio resultados excelentes.

Comprobamos muy buenos resultados con la *cecostomía como emergencia quirúrgica*, en los pacientes con grave estado general por la diarrea crónica, a la que se agrega el shock hemorrágico agudo, donde la anestesia general puede ser riesgosa y en un medio rural donde la premisa del equipo técnico especializado puede fallar en algunos de los eslabones ya señalados. En estas condiciones la cecostomía no agrega casi ningún traumatismo quirúrgico, tal es, que en un caso nuestro se pudo realizar en la cama del paciente y con anestesia local.

Si bien no da una derivación eficaz, es suficiente para disminuir la presión intracolónica que muchas veces es la que está provocando la hemorragia por el mecanismo de una verdadera asistolia colónica.

Por la cecostomía se puede realizar medicación colónica retrógrada a permanencia gota a gota con gel de hidróxido de aluminio, polisulfas, antibióticos e incluso coagulantes de acción local. En tres formas muy graves tratadas de esta manera, evolucionaron muy bien y hoy se consideran curados con la enorme ventaja que en los tres la fístula cecal se cerró espontáneamente. Como el ciego queda adherido al peritoneo parietal anterior, si llegaran a repetirse las hemorragias, rápidamente se puede hacer nueva cecostomía.

Si la cecostomía no soluciona la grave hemorragia masiva, hay que hacer rápidamente ileostomía y el tipo de colectomía más indicado.

La ileostomía constituye la defuncionalidad ideal en este tipo de afección, dejando además al colon preparado para la colectomía inmediata o diferida. Pero en el hemorrágico agudo la ileostomía es técnicamente más difícil, lleva más tiempo, hay que realizarla por lo común con anestesia general y expone a múltiples complicaciones.

B) RESECCION DE COLON

Lo ideal es la ileostomía con proctocolectomía, que termina con la complicación hemorrágica y también con la enfermedad. Empero, para realizarla se necesita, como hemos dicho, un equipo altamente especializado. Solamente en estas condiciones los resultados serán satisfactorios. No tenemos experiencia personal en nuestros enfermos. Seguramente existen casos con buenos resultados que desconocemos. Esta Mesa Redonda constituye el momento preciso para que sean referidos.

Hacemos resaltar que nos referimos a la colectomía en la hemorragia aguda; ya que en la cirugía electiva, diferida, la ileostomía con colectomía nos ha dado muy buenos resultados.

Para terminar, relataremos la posición de Bacon frente a estas hemorragias. Si se interpreta que la hemorragia proviene del colon izquierdo, hace resección del colon izquierdo y recto hasta los elevadores. Si en la pieza de resección se comprueba que la hemorragia proviene de esos segmentos, no hace cirugía adicional y deja colostomía del transverso. Pero si el sangrado no se encuentra en el segmento reseñado, hace además colectomía derecha con ileostomía.

Si inicialmente se considera que sangran los sectores derechos, entonces comienza con ileostomía y colectomía derecha y según los hallazgos sigue o no con la colectomía izquierda.

Bacon es francamente partidario de las resecciones según los hallazgos, más que realizar de entrada en un solo tiempo la ileostomía con proctocolectomía. Es un criterio muy aconsejable.

RESUMEN

1º) Se describen 12 hemorragias masivas en 187 casos de C. U. C. (6,5 %).

2º) Se establece que el criterio de hemorragia masiva está determinado clínicamente por el shock hemorrágico agudo.

3º) Se considera que es una complicación muy grave que ocurre en las C. U. C. más jóvenes. Todas fueran por debajo de los 40 años de edad, predominando en la mujer (83 %).

4º) Predominan en el primer año de la evolución de la C. U. C. (63,6 %) y aparecen prácticamente siempre en el curso

de una C. U. C. ya conocida, en la forma clínica crónica con recaídas de gravedad progresiva, variedad toxiinfecciosa.

5º) La mayoría de las hemorragias masivas (63,6 %) son a punto de partida del colon izquierdo, sangrando fundamentalmente por las microulceraciones superficiales, aunque también pueden sangrar por las grandes úlceras profundas o por el granuloma inflamatorio pseudopoliposo.

6º) El tratamiento es médico-quirúrgico. Lo primero es reponer urgentemente la sangre perdida con transfusiones de sangre fresca; luego plasma, sueros salinos, vitaminas K y C, y coagulantes.

7º) El tratamiento quirúrgico se plantea frecuentemente pero lo difícil es determinar cuándo se debe operar y lo qué se debe hacer. Lo ideal es operar con el enfermo compensado, realizando ileostomía con proctocolectomía.

Si el enfermo está descompensado y el medio quirúrgico no es ideal, la desfuncionalización colónica tipo cecostomía nos ha dado excelentes resultados. Se aprovecha la cecostomía para realizar medicación retrógrada.

En las hemorragias masivas tener en cuenta la resección en dos tiempos: primero, proctohemicolectomía izquierda con colostomía del transverso; si la hemorragia es de ese sector, no se hace cirugía adicional; si no es del colon izquierdo, se hace además colectomía derecha con ileostomía. Se puede actuar a la inversa, según el origen de la hemorragia masiva.

8º) *Resultados.* De 12 casos, se consideraron 11 (el número 12 no se computa por ser neoplasma injertado en C. U. C.; se hizo resección paliativa. Falleció por hemorragia masiva en la convalecencia). De los 11, en 6 se hizo tratamiento médico, evolucionando bien 5 y falleciendo 1. Cinco fueron operados; 3 desfuncionamientos cecales que evolucionaron muy bien; 2 ileostomías que fallecieron.