

HEMORRAGIAS MASIVAS POR DIVERTICULOS DEL COLON

Prof. Adj. C. MUÑOZ MONTEAVARO

En un trabajo realizado hace tres años sobre 104 casos personales de divertículos colónicos (D. C.) (18), decíamos que el 25 % de esos casos habían presentado hemorragias macroscópicas; este porcentaje coincide con el de otros autores: Young y Young (29), 26 %; Swinton (26), 20 %; Rushford (23), 27 %. Se trata, pues, de un elemento clínico frecuente.

Sin embargo, digamos desde ahora que *la hemorragia masiva es en cambio una complicación poco frecuente de los D. C.*

Varios autores han sostenido, por otra parte, que la enfermedad diverticular del colon nunca o muy raramente da lugar a hemorragias masivas, la que sería debida, en esos casos, a otra afección coexistente, sobre todo pólipos y carcinoma (5, 25, 24, 10); Scarborough (24) resecó un neoplasma o pólipos, en 89 pacientes que habían sido seguidos durante años con diagnóstico erróneo de D. C. como causa de hemorragia masiva rectal.

Gilchrist y Economon (10) tienen la misma experiencia, encontrando a menudo los pólipos en el mismo sector intestinal en que están los divertículos.

La resistencia a considerar los D. C. como causa de hemorragia masiva se explica por la gran dificultad que existe para localizar el punto sangrante, tanto en el acto quirúrgico como en la pieza resecada o en la autopsia (13, 19).

A pesar de estas aseveraciones, es un hecho indiscutible que los D. C. pueden dar lugar a hemorragias de extrema severidad.

Numerosos autores han publicado casos bien comprobados, en los que la resección parcial o total del colon detuvo la hemorragia masiva, encontrándose en la pieza los divertículos como única lesión.

Ya en 1938, Germain, Le Gallan y Marvan (9) publican 1 caso; en 1939, Rosser (22) reporta 4 casos de hemorragias alarmantes por D. C.; Mayo y Blust (17), 1 caso; Cate (4), 1 caso en que fue necesario la colectomía intrahemorrágica; Foster y Fisher (7), 1 caso: colostomía transversa, cesando la hemorragia, seguido de colectomía izquierda con buen resultado; García Mata, 1 caso.

A medida que se ha conocido mejor el hecho, han ido apareciendo los trabajos con mayor número de casos: Quinn y Oschsner (20), 7 casos; Keith y Rini (13), en 317 casos de D. C. encuentran 6 % de hemorragias masivas; para estos autores la enfermedad diverticular del colon le sigue en frecuencia a la úlcera como causa de melena masiva sin hematemesis.

Para Rives y Emmett (21) y Para Kunath (15) la enfermedad diverticular colónica es la fuente principal de hemorragias masivas del intestino grueso, sobre todo en ancianos.

Fraenkel (8) observó 10 casos de hemorragias masivas en 46 pacientes con D. C. (21 %); Hoar y Bernhard (12), 4 casos; Turnbull (27), 9 casos en 15 pacientes con D. C. (6 %).

En trabajo reciente de junio de este año, Quinn (19) publica una serie de 103 casos de grandes sangramientos por D. C., de los cuales 67 los considera hemorragia masiva.

Por otra parte, múltiples autores *han podido observar la hemorragia del divertículo durante el acto operatorio* (19, 6, 12, 14, 16, 23).

En nuestro medio, Gutiérrez Blanco (11) ha reunido y publicado 9 casos; Asiner y Valls (1), en su trabajo sobre hemorragias masivas colónicas, incluyen 6 casos por D. C.; Bonavita (2), en su Tesis de Doctorado sobre 30 casos de D. C. que requirieron intervención, sólo cita 1 caso de hemorragia masiva.

En nuestro trabajo antes citado (18), contábamos con 1 solo caso; desde entonces hemos observado otro caso y 2 más en que las hemorragias sin ser masivas, fueron importantes y repetidas (no incluidos en este trabajo).

Una rápida encuesta realizada en distintos Servicios de Cirugía y a gastroenterólogos de larga experiencia, confirma el concepto ya emitido de que la hemorragia masiva por enfermedad diverticular del colon es poco frecuente en nuestro medio.

Dicha encuesta *nos ha permitido reunir 32 casos.*

CONSIDERACIONES CLINICAS

Se está de acuerdo en que esta complicación se observa habitualmente en *etapas avanzadas de la vida*: por arriba de 63 (10), 65 (11), 69 (13) años. En la serie reunida por nosotros, hay 1 caso de 50 años y otro de 58; el resto son más viejos: 16 entre 70 y 80; 8 entre 80 y 90 años.

Muy frecuentemente se trata de *hipertensos* con *lesiones arterioescleróticas* avanzadas, circunstancia que, como veremos, facilita el sangramiento.

En algunas series la obesidad ha sido frecuente: 60 % en el grupo de Keith y Rini (13).

En nuestro grupo de pacientes ha predominado el *sexo masculino*.

En cuanto a los *caracteres de la hemorragia*, se insiste en que habitualmente es repentina, súbita y de sangre roja rutilante; algunos afirman (8) que el episodio rojo jamás se repite en el futuro. Lo profuso de la hemorragia lleva a la anemia aguda y al shock.

Analizando las características de la hemorragia de esta serie, vemos que no siempre la sangre emitida es roja: en 4 casos ha sido oscura al principio y después roja, y en 2 casos la sangre expulsada fue de color oscuro en su totalidad.

Varios casos presentaban antecedentes de una o dos proctorragias graves anteriores: en 1 caso 10 años antes.

Muy frecuentemente se trata de enfermos con largas historias de sufrimiento intestinal: diarreas y dolor, teniendo o no, el diagnóstico previo de enfermedad diverticular del colon. Y muchas veces la hemorragia se ha producido en pleno cuadro de padecimiento intestinal. En algunos casos, si bien pocos, la hemorragia masiva ha sido repentina y única, pero provocando lipotimia y llevando a la anemia aguda.

En todos los casos la hemorragia ha sido abundantísima, casi siempre repetida, de aspecto incontrolable, alarmante, provocando anemia aguda y shock, poniendo en peligro la vida del paciente y necesitando tratamiento urgente: transfusiones, etc., pudiendo ser tan intensa como para necesitar 9 ó 14 litros de sangre! en casos de los Profs. Piquinela y Varela Fuentes.

Es interesante señalar el hecho de que en 2 casos la hemorragia masiva sobrevino en el postoperatorio de colecistectomía.

El mecanismo de producción de la hemorragia es múltiple:

- 1) Puede provenir de tejido de granulación intra o peridiverticular; a menudo el punto sangrante se limita a un solo divertículo (19).
- 2) Pequeñas formaciones polipoideas sangrantes perios-tiales.
- 3) Sigmoiditis hemorrágica ulcerosa provocada por la diverticulitis y el estasis fecal (3). Young (29) ha descrito un caso en que la hemorragia masiva provenía de un divertículo invertido y ulcerado de colon transverso.
- 4) Vaso yuxtadiverticular ulcerado, ya sea por la infección o por la compresión de un coprolito; este hecho está favorecido por la pérdida de elasticidad arterial que es habitual en estos pacientes, que ya vimos, son siempre de edad avanzada y por la hipertensión arterial, también muy frecuente.

El diagnóstico se hace por exclusión; para aceptar que la hemorragia masiva proviene de enfermedad diverticular colónica, es necesario que se cumplan estrictamente los siguientes requisitos:

- 1) Eliminación rectal de sangre roja brillante en su totalidad o en forma predominante.
- 2) Presencia de divertículos en el colon por enema bari-tado (con o sin elementos de diverticulitis) con ausencia de otras lesiones.
- 3) Rectosigmoidoscopia sin lesiones.
- 4) Estudios radiológicos del gastroduodeno e intestino delgado, normales.
- 5) Crasis sanguínea normal.

Un diagnóstico por exclusión nunca da seguridad absoluta, lo que obliga a repetir los exámenes radiológicos y las rectoscopias cuidadosas. Scarborough (24) cita un caso en el cual en

la laparotomía se encontró un neoplasma después de cinco estudios de colon por enema baritado en los que sólo se había observado la diverticulitis.

El peligro diagnóstico principal es que la hemorragia masiva puede provenir, no de los D. C. visualizados, sino de una lesión coexistente de las cuales el gran problema es siempre el cáncer (aunque recordemos que la hemorragia masiva es rara en el neoplasma de intestino terminal); otras afecciones muy importantes a descartar son: pólipos, colitis ulcerosa crónica, hemorroides y alteraciones de la crisis sanguínea.

Es difícil la visualización radiológica de pólipos en presencia de divertículos, sobre todo cuando hay alteraciones del contorno intestinal. Para su detección es muy importante la endoscopia colónica operatoria.

El Prof. Chifflet nos ha relatado 2 casos de hemorragia masiva atribuidos a D. C. que presentaban estos pacientes; en el acto operatorio con ayuda de la coloscopia descubrió pólipos sangrantes; su extirpación detuvo la hemorragia, que no se repitió a pesar de que los divertículos quedaron.

La colitis ulcerosa crónica y las hemorroides son fácilmente detectables por rectoscopia.

El estudio de la crisis sanguínea debe ser hecho sistemáticamente.

Por su gran interés vamos a relatar muy sucintamente un caso observado por nosotros en la Clínica de Gastroenterología y Nutrición, que después pasó al Servicio del Prof. Chifflet, y en el cual es posible que la hemorragia masiva haya sido debida no a los divertículos, sino a un púrpura de Werloff coexistente.

Hombre de 58 años. N° de Registro: 56.558, ingresa de urgencia en Sala N° 1 de la Cátedra de Nutrición y Gastroenterología en octubre de 1957 en estado de shock por anemia aguda. Desde hace una semana presenta múltiples deposiciones con sangre; la observada en sala es oscura con coágulos rojos. Se trata de un paciente con marcada hipertensión arterial, que tiene el diagnóstico desde hace un año de diverticulitis difusa de todo el colon. Hace un año tuvo proctorragias no tan intensas. Se pasa 1lt.700 de sangre y medicación estimulante general, saliendo del shock. Glóbulos rojos: 2 millones.

Crisis sanguínea: normal.

Visto en consulta con el cirujano de guardia (Dr. Parodi), realiza colotomía transversa derecha; en el acto operatorio no hay sangre en el delgado. Se observan numerosos divertículos llenos de sangre; el epiplón sangra al contacto. Para de sangrar. Evoluciona bien; alta el 25 de octubre.

Reingresa y es reoperado dos meses después: colectomía izquierda.

Anatomía patológica: numerosos divertículos y marcado proceso esclerolipomatoso. La histología muestra en los divertículos un proceso inflamatorio fibroproductivo exudativoleucocitario.

Se cierra el ano transverso el 18 de enero de 1958.

El 2 de febrero tiene una importante hemorragia por la herida operatoria, petequias y epístaxis; anemia importante.

Estudiado en el Servicio del Prof. Purriel, se hace el diagnóstico de púrpura de Weerlof. Había tenido dos episodios purpúricos anteriores. Mejora con corticoides. A los cuatro meses reingresa por hematurias, planteándose si se trata de un episodio de su púrpura o si es una nefropatía gotosa.

No ha tenido más hemorragias y está bien de su intestino.

En este enfermo ha sido interpretada la hemorragia masiva intestinal como causada por el Werloff y no por los D. C. Personalmente no estoy convencido de ello. El hecho de que la crisis sanguínea fuera normal en ese momento y de que parara la hemorragia con el ano transverso, pueden hablar más a favor de su filiación diverticular en un vascular hipertenso.

TRATAMIENTO

De la experiencia recogida en nuestro medio y en la literatura, puede concluirse que *la mayor parte de las hemorragias masivas por enfermedad diverticular del colon son controladas con tratamiento conservador.*

Así vemos que todos los casos de las series publicadas por: Keith y Rini (13) (19 casos); Fraenkel (8) (10 casos); Turnbull (27) (9 casos) y Scarborough (24) (5 casos) respondieron bien al tratamiento médico, cesando de sangrar. De los 103 casos de Quinn (19), con hemorragias graves (67 % masivas), sólo 10 necesitaron intervención de emergencia.

De los 32 casos de esta serie, reunidos por nosotros, 20 (62,5 %) detuvieron la hemorragia con tratamiento conservador; en 12 casos fue necesario intervenir de urgencia (37,5 %).

El tratamiento médico consiste en sacar al enfermo del shock, reposición de sangre fresca inmediata, pudiendo llegar a necesitarse grandes cantidades, 9 y 14 litros en casos de este grupo; medidas generales de soporte y reanimación; oxígeno;

reposo del tránsito; antibióticos; coagulantes por vía parenteral o tópica local; sedantes y antiespasmódicos. Hidróxido de aluminio coloidal por boca o enemas.

Con estas medidas conservadoras, insistimos, en la mayoría de los casos se detendrá la hemorragia, permitirá un estudio cuidadoso en condiciones de tranquilidad y se podrá realizar una operación electiva si se considera necesario. La intervención de urgencia sin duda es riesgosa, pues se trata de enfermos viejos, a menudo muy ancianos, la mayoría hipertensos, con lesiones vasculares difusas e importantes y por lo común con otras afecciones asociadas.

Si la hemorragia continúa, es muy profusa o recurrente, debe plantearse la intervención de urgencia.

Dice Quinn (19): "la dificultad está en saber cuáles son los enfermos que no responderán a la terapia médica antes de que sea demasiado tarde para afrontar los riesgos quirúrgicos". La espera no debe dilatarse innecesariamente. El enfermo debe ser colocado en ambiente quirúrgico, reemplazar la sangre y quedar bajo estrecha observación, ¿cuánto tiempo? Doce horas según Hoar (12) y operar de inmediato si no para. Quinn (19) da un plazo más largo: 24 a 48 y hasta 72 horas; los dos casos de muerte de los diez intervenidos de urgencia, de este autor, llevaban 10 y 12 días de sangramiento. También los tres casos de muerte de nuestra serie, se operaron después de muchos días de hemorragia. La decisión operatoria pues, debe ser rápida y no hay que dejar pasar al enfermo.

El planteamiento quirúrgico se ve dificultado porque generalmente los divertículos están distribuidos por todo el colon y es difícil localizar el sitio específico de sangramiento; sería necesario una colectomía total para asegurarse la extirpación del área sangrante, operación que en estas condiciones y con este tipo de pacientes frágiles, da una alta mortalidad [Young y Howaart (28), Hoar (2)]. Por eso es cuestionable si debe aconsejarse esta operación para una lesión benigna, salvo casos muy especiales de excepción. Con el fin de localizar el sector sangrante, algunos aconsejan (19) ocluir temporariamente el colon con pinzas revestidas de goma, en cuatro o más segmentos, realizando su aspiración; el segmento donde se produce la hemorragia, se vuelve a llenar de sangre.

Si se sabe que los divertículos están limitados a un sector del colon (habitualmente sigmoide) y se confirma que éste es el sitio sangrante, debe realizarse la resección parcial del área (19, 12, 11, 13, 1).

Los mejores resultados parecen ser los obtenidos con la colostomía de urgencia, que habitualmente detiene la hemorragia rápidamente [aunque no pone a cubierto de hemorragias futuras (19), permitiendo la resección en una segunda etapa, si se considera necesario.

Durante el acto operatorio el cirujano debe hacer una investigación exhaustiva para determinar la existencia del neo, pólipos u otro proceso coincidente.

Antes de exponer los resultados quirúrgicos de nuestra serie, me parece útil transcribir los recientes resultados de Quinn (19), cirujano que encara este problema con un criterio radical y que tiene enorme experiencia: 103 casos de grandes hemorragias por D. C., 65 % en shock; 10 operados de urgencia: 3 colectomías totales; 3 hemicolectomías izquierdas; 2 derechas y 2 colostomías transversas: 2 muertes en enfermos operados después de 10 y 12 días de hemorragias continuadas. Los otros no sangraron más.

Diez casos con operaciones electivas: 5 colectomías izquierdas; 1 muerte por infarto de pulmón; 2 colectomías totales, 1 fue un diagnóstico erróneo, se trataba de una colitis ulcerosa crónica. Dos resecciones de sigmoide: uno murió, el otro caso fue otro error: siguió sangrando; se trataba de una ileítis regional. Una colectomía derecha, siguió sangrando; posible úlcus duodenal. En 5 casos se hizo resección pensando en la existencia de un neoplasma que no se encontró.

En resumen: 25 operados de 103 casos, con 5 muertes.

Analizando los resultados quirúrgicos de la serie reunida por nosotros, tenemos: 12 casos operados (37,5 %); una sola resección de sigmoide de urgencia; es un enfermo de 72 años de Asiner y Valls (1), tenía un gran absceso; evolucionó favorablemente. 11 colostomías de urgencia: 3 años ilíacos izquierdos; 8 colostomías transversas derechas; en todos se detuvo la hemorragia menos en un caso de ano izquierdo que obligó a una cecostomía posterior; siguió sangrando; se hace fibrinógeno, cesando la hemorragia; infarto de pulmón y muerte.

En un caso se hizo colectomía izquierda al mes y medio de la colostomía transversa, con buena evolución.

En dos casos se realizó resección de sigmoide en una segunda etapa con buena evolución posterior. En un caso se cerró el ano ilíaco, a los dos años de realizado. No sangró más durante cinco años, en que murió por hemorragia cerebral.

En esta serie hay *tres muertes*.

Uno, es un paciente de 89 años en que se hizo colostomía transversa de urgencia; paró de sangrar; murió a las 48 horas en shock irreversible.

El segundo es otro enfermo con colostomía transversa que detuvo la hemorragia, murió a los 15 días a consecuencia de oclusión del cabo proximal.

En el tercero, citado anteriormente, se hizo ano ilíaco izquierdo y después cecostomía, siguió sangrando y se detuvo la hemorragia con fibrinógeno, pero muere de infarto pulmonar: debe señalarse esta posible contingencia por el uso del coagulante. En los dos últimos casos la derivación fecal fue realizada después de varios días de hemorragias profusas continuadas.

A juzgar por estos resultados si la hemorragia no se detiene con el tratamiento conservador, el proceder de elección debe ser la colostomía transversa derecha (teniendo en cuenta que en general la diverticulitis predomina en colon izquierdo) lo que habitualmente detiene la hemorragia, permitiendo un estudio posterior exhaustivo del paciente y una segunda etapa quirúrgica si se considera necesario, o mismo el cierre posterior de la colostomía, sabiendo, desde luego, que la hemorragia puede repetir.

Algunos autores (11) han observado casos de colostomía transversa que posteriormente han sangrado de divertículos situados en el colon derecho, razón por la cual prefieren realizar cecostomía.

CONCLUSIONES

1) Aunque alrededor del 25 % de las diverticulitis colónicas presentan hemorragias macroscópicas, la hemorragia masiva en sí, es una complicación poco frecuente de esa afección.

2) Una encuesta en distintos Servicios nos ha permitido reunir 32 casos de hemorragias masivas por enfermedad diverticular del colon, que analizamos en este trabajo.

3) Se trata de enfermos en etapas avanzadas de la vida (70 % por arriba de 70 años). Habitualmente hipertensos, con lesiones arterioescleróticas avanzadas y a menudo obesos.

4) La hemorragia, de aspecto incontrolable, suele ser repentina, de sangre predominantemente roja; puede repetir y puede haber antecedentes de sangramiento anterior. Lleva al shock. Puede haber historia intestinal previa.

5) El diagnóstico se hace por exclusión; la hemorragia puede provenir, no de los divertículos visualizados, sino de una afección coexistente: cáncer, pólipos, colitis ulcerosa crónica, hemorroides, púrpura de Werloff.

6) La mayor parte de las hemorragias masivas por D.C. son controladas con tratamiento conservador: 20 en 32 casos. Si la hemorragia es profusa o repetida debe intervenir en un lapso de tiempo de 12 a 24 horas.

7) El proceder de elección creemos que es la colostomía transversa derecha, que ha detenido la hemorragia en todos los casos menos uno. Permite la resección total o parcial del colon en una segunda etapa, en mejores condiciones, si se considera necesaria.

BIBLIOGRAFIA

1. ASINER, B. y VALLS, A.—Hemorragias masivas colónicas. "Bol. Soc. Cir. Uruguay", XXXII, N° 4-5; 1961.
2. BONAVITA PAEZ, L.—"Colopatía diverticular". Tesis de doctorado, 1958 (inérita).
3. BENSAUDE, A.; THALY, H. et MARCHAIS, J.—Sigmoiditis hemorragiques d'origen diverticular. "Arch. Mal. App. Digestif", 39: 566; 1950.
4. CATE, W. R. Jr.—Coletomy in the treatment of massive melena secondary to diverticulosis. Report of case. "Ann. Surg.", 137: 558; 1953.
5. DAVID, V.—"Ann. Surg.", 124: 744; 1946.
6. EARLY, L. M.—The management of massive hemorrhage from diverticular disease of the colon. "Surg. Gyn. Obst.", 108: 49; 1959.
7. FOSTER, R. L. and FISHER, R. F.—Colostomy as emergency treatment for massive melena secondary to diverticulitis. "Ann. Surgeons", 20: 734; 1954.
8. FRAENKEL, G. I.—Rectal bleeding and diverticulitis. "The British Jour. of Surg.", 41: 642; 1954.
9. GERMAIN, A.; LE GALLOU, M. et MORVAN, A.—"Bull. Soc. Med. Hop. Paris", 54: 1430; 1938.
10. GILCHRIST, R. K. and ECONOMON, S.—Surgical treatment of diverticulitis of colon. "Arch. Surg.", 70: 276; 1955.

11. GUTIERREZ BLANCO, H.—Proctorragias masivas por diverticulosis o diverticulitis colónica. "Rev. Esp. Enf. App. Dig. Nutric.", XVIII, enero 1959.
12. HOAR, S. C. and BERNILARD, W. F.—Colonic bleeding and diverticular disease of the colon. "Surg. Gyn. and Obst.", 99: 101; 1954.
13. KEITH, J. M. and RINI, J.—The significance of diverticula of the colon in massive melena. "Arch. of Surg.", 74: 571; 1957.
14. KOCOUR, E. J.—Diverticulosis of the colon: its incidence in 7,000 consecutive autopsies with reference to its complications. "Am. J. Surg.", 37: 433; 1933.
15. KUNATH, C. A.—Massive bleeding from diverticulosis of the colon. "Am. J. Surg.", 91: 911; 1956.
16. MAYNARD, E. F. and VOORHEES, A. B.—Arterial hemorrhage from a large bowel diverticulum. "Gastroenterology", 31: 210; 1956.
17. MAYO, C. W. and BLUST, C. P.—"Surg. Clin. North Am.", 30: 1005; 1950.
18. MUÑOZ MONTEAVARO, C.—Divertículos del colon. (A propósito de 104 observaciones clínicas personales.) "El Día Méd. Uruguayo", 305: 2310; 1958.
19. QUINN, W. C.—Hemorragia grave por una supuesta enfermedad diverticular del colon. Versión castellana de "Ann. of Surg.", 153: 891; 1961.
20. QUINN, W. C. and OSCHSNER, A.—Bleeding as a complication of diverticulosis or diverticulitis of the colon. "Am. Surgeon", 19: 397; 1953.
21. RIVES, J. D. and EMMETT, R. O.—Melena a survey of two hundred and six cases. "Am. Surgeon", 20: 458; 1954.
22. ROUSER, C.—"Sth. Med. J. Nashville", 32: 1203; 1939.
23. RUSHFORD, A. J.—The significance of bleeding as a symptom in diverticulitis. "Proc. Roy. Soc. Med.", 49: 577; 1956.
24. SCARBOROUGH, R. A.—The significance of rectal bleeding in diverticulosis and diverticulitis of the colon. "Dis. colon and rectum", 1: 149; 1958.
25. SHAIKEN, J.—Diverticulitis and cancer of the sigmoid. "Gastroenterology", 27: 67; 1954.
26. SWINTON.—Citado por Quinn (19).
27. TURNBULL, G. C.—Massive hemorrhage from diverticula of the colon. "Q. Bull. Northwest. Univ. M. School", 22: 292; 1948.
28. YOUNG, J. M. and HOWORTH, M. B.—Massive hemorrhage in diverticulosis. "Ann. Surg.", 140: 128; 1954.
29. YOUNG, E. L. and YOUNG, E. L.—III. Diverticulitis of the colon. "N. England J. M.", 230: 33; 1944.