

HEMORRAGIAS MASIVAS DE ORIGEN INTESTINAL

Discusión

Dr. LORENZO Y LOSADA.—Deseo que el distinguido anatomopatólogo Dr. Aguiar, conteste dos preguntas que creo que tienen mucha importancia para situar bien este problema.

La primera es: ¿qué experiencia tiene sobre hemorragia digestiva en material autopsico?

La segunda es: ¿Qué experiencia tiene con material de resección quirúrgica de piezas cuyas operaciones han sido determinadas por hemorragias masivas, justamente de origen intestinal?

Dr. AGUIAR.—Voy a contestar las dos preguntas en base, fundamentalmente, al recuerdo que tengo en este momento del estudio de esos materiales. Quiero decir, con esto, que no tengo hecha una revisión del archivo de autopsias ni de piezas, como correspondería para dar un dato exacto.

En lo que se refiere a material necrópsico, podemos decir en este momento que de unas 1.300 a 1.400 autopsias que hemos hecho, prácticamente no recuerdo ninguna en la cual la causa directa de la muerte haya sido una lesión digestiva infraduodenal.

Cabría hacer alguna excepción, de las que recuerdo perfectamente un caso: una autopsia en la que sólo colaboré, en 1947 ó 1948, absolutamente excepcional, de una úlcera de un divertículo de Meckel que no fue diagnosticada ni operada. Es una pieza que se encuentra en el Archivo del Instituto de Anatomía Patológica.

Cabría agregar una o dos autopsias de colitis ulcerosa en las cuales los enfermos fallecieron, entre otros síntomas, con hemorragia. Fuera de eso, como causa directa, productora de la muerte, no recuerdo haber visto la hemorragia en ningún caso.

En lo que se refiere a la segunda pregunta, la experiencia es mayor, y hemos podido estudiar abundante material de resección quirúrgica en enfermos que han sangrado por lesiones digestivas del intestino delgado o grueso. Del intestino delgado podemos citar un caso de la Clínica del Prof. Chifflet, del Hospital Pasteur, un leiomioma de intestino delgado ulcerado, sangrante. Fue operado y resecado. Un caso de un linfosarcoma de la válvula ileocecal, también operado, que aparte de la sintomatología obstructiva o suboclusiva que

dio, se manifestó por hemorragia. Y luego, hemos visto y conocemos varios casos de carcinomas que han sido publicados en nuestro medio, de intestino delgado, algunos de ellos manifestándose por hemorragia.

En cuanto al colon, la causa más frecuente, indudablemente, de las piezas de resección, es la poliposis. Hemos visto muchas piezas de resección quirúrgica con pólipos de colon, únicos o múltiples. Y, hecho importante, esos pólipos, estudiados, muestran siempre lesiones ulceradas, a veces en vías de reparación, por tejidos de granulación joven, que explican fácilmente el sitio de la hemorragia.

En cuanto a la diverticulosis el problema es distinto. No he estudiado ninguna pieza de diverticulosis reseçada en agudo, es decir, en pleno episodio hemorrágico, pero he estudiado varias piezas de diverticulosis colónicas reseçadas en una segunda etapa, y como hecho importante puedo decir que nunca encontré satisfactoriamente la localización de la hemorragia en un divertículo, es decir, no se encuentra, por el estudio más minucioso, el sitio exacto que uno pueda atribuirle al sangrado que había tenido el enfermo. Son muy escasas o mínimas las lesiones que se encuentran en esas piezas a nivel de los divertículos.

Finalmente cabría completar esto con varios casos —esto mucho más común— de tumores de colon, y algunos casos de colitis ulcerosas, pero en los cuales, naturalmente, la sintomatología ya no es pura y —repito— en enfermos que fueron operados secundariamente a su episodio hemorrágico, es decir, no reseçados en la etapa intrahemorrágica.

Si uno lee estadísticas clínicas encuentra, entonces, el paralelismo con lo que se ha dicho hasta ahora. Entonces sí, aparece la colitis ulcerosa, aparece la diverticulitis, aparece la gastritis, aparecen una serie de entidades.

Pasé por alto las causas —cómo ciertas enfermedades del delgado—, que son muy raras, y que no interesan mayormente. Pero las causas grandes son totalmente diferentes, según se tome material clínico o material autópsico.

Esto tiene una explicación. Cuando cité esa gran estadística, ustedes recuerdan que había 360 enfermos donde la hemorragia, si bien no había determinado la muerte, había determinado la puesta en juego de una serie de mecanismos que llevan a la muerte. Lo que sucede es que en ese grupo es donde intervienen las otras enfermedades.

Además, en el material clínico figuran una serie de enfermos que se curan y que no dejan nada. Todo esto se ha revelado, sobre todo últimamente, donde el impulso, en primer lugar, desde el punto de vista radiológico, del estudio intrahemorrágico en el tubo digestivo alto, pero también en el bajo, la endoscopia alta y baja precoz, que es la tendencia actual, han llegado a revelar que hay muchos enfermos que tienen lesiones agudas, que antes integraban el famoso grupo de las melenas, sobre todo de las melenas silenciosas.

De manera que la contestación es que no se pueden superponer en absoluto, pero hay que saber sacar consecuencias tanto de un lado como de otro, para no equivocarse.

Dr. CAVIGLIA.—¿Dónde es mayor el porcentaje de mortalidad, en las hemorragias bajas o en las altas?

Dr. GUTIERREZ BLANCO.— Es por todos bien conocido que la incidencia de las hemorragias masivas altas es mucho más frecuente que la de las hemorragias masivas bajas. Eso ya fue dicho por los distintos relatores de esta Mesa Redonda. Ahora bien, la pregunta es dónde es más frecuente la mortalidad. Evidentemente, tratando de hacer porcentajes paralelos, es decir, buscando la misma incidencia, la mortalidad es mucho más alta en las hemorragias de orden digestivo, altas, es decir, esófagogastroduodenal.

Como se refirió recientemente el Dr. Lorenzo y Losada, en esa estadística de Kan y Mayer, de 673 autopsias, hay un predominio de 85 % de mortalidad provocada por estas hemorragias altas.

De aquí se pueden sacar conclusiones muy importantes, porque significa que frente a una hemorragia digestiva baja la posición del clínico y del cirujano tiene que ser distinta, sabiendo que ya estadísticamente la posibilidad de la muerte es, proporcionalmente, muchísimo menor. En la estadística recientemente referida pudieron ustedes apreciar que en esas 600 y pico de autopsias no había ninguna muerte provocada por colitis ulcerosa, aunque nosotros tenemos un caso de una enferma que estando internada en el Hospital Maciel, una noche tuvo una hemorragia profusa que motivó su fallecimiento. Claro está que es un caso en el que creemos que no estuvieron muy felices las medidas terapéuticas que se realizaron en esa enferma durante la noche.

De modo que podemos decir que es mucho mayor la incidencia de la mortalidad en las hemorragias altas que en las bajas, lo que nos lleva a ser más optimistas en el tratamiento, sobre todo en el tratamiento médico, y sobre todo en las hemorragias por colitis ulcerosa. Pero, ¿por qué, sobre todo en nuestro medio, y en la estadística que mostró el Dr. Muñoz Monteavaro, en las diverticulitis la incidencia quirúrgica es mucho mayor? Es mucho mayor porque, en general, se trata de pacientes de edad avanzada, por encima de 60 años, y que tienen una miopragia funcional, por su arterioesclerosis universal, que expone más a las contingencias de esas lesiones asociadas que pueden provocar su muerte. Por eso en la diverticulitis hay más tendencia quirúrgica que en las colitis ulcerosas, teniendo en cuenta las condiciones de orden general del paciente.

Dr. BERMUDEZ.— Experiencia de la Mesa en hemorragias masivas por tumores malignos de intestino delgado, de la serie conjuntiva.

Dr. CENDAN.— Como contribución al Congreso Argentino de Cirugía, en el tema "Tumores del intestino delgado", del que fue relator el Dr. Gorostiague, presentamos un caso extraordinariamente interesante. Se trataba de un enfermo añoso, de unos 70 años. No recuerdo exactamente los datos, pero el caso está publicado en las Actas del Congreso. El enfermo venía sangrando repetidamente en forma alarmante desde tiempo atrás. Todos los estudios radiológicos y clínicos realizados no habían podido mostrar el origen, ni siquiera la topografía de la hemorragia. Como consecuencia de ello, el enfermo fue intervenido en Buenos Aires por el Dr. Canónico, quien hizo una exhaustiva exploración del tubo digestivo, estando a punto de hacer una gastrectomía a ciegas, pensando que el origen de la hemorragia era alto, y terminó al final

por no hacer otra cosa que una biopsia. La biopsia no le permitió sacar conclusiones. El enfermo pasó un par de años sangrando periódicamente, hasta que un día hizo una hemorragia cataclísmica en Montevideo. Lo ví en una situación angustiosa, con una anemia aguda importantísima, con 1.200.000 glóbulos de recuento, es decir, una anemia aguda injertada en un sangrado crónico, con estado general muy grave. En vista de los antecedentes decidí intervenir en plena hemorragia, previa reposición lo más rápido posible de sangre; se hizo una laparotomía, y en la exploración nos encontramos con que desde la primera asa yeyunal había sangre en el intestino delgado. Gracias a esa topografía de la sangre dentro del intestino, pudimos hacer una exploración minuciosa de la primer asa, y encontramos una mancha estelar de tipo angiomaso, pequeña, constituyendo la cabeza de un tumorcito que no era mayor que una cabeza de fósforo; hicimos la yeyunotomía en ese sitio, y encontramos que se trataba de un tumorcito ulcerado que estaba sangrando como si fuera una arteriola abierta hacia el intestino. Se le hizo una resección en losanje y se cerró el intestino. La anatomía patológica demostró que se trataba de un angioma de tipo hamartoma, con tejido vasculares de diversa edad, de tipo mesenquimatoso. Es el único caso que he operado de tumor conjuntivo en el intestino delgado.

Dr. BERMUDEZ.—Hice esa pregunta porque en dos oportunidades en que tuve que intervenir por hemorragias masivas primarias de causa indeterminada y muy graves, que obligaron a una exploración operatoria, encontré que se trataba de leiomiomas malignos, ulcerados, de yeyuno. Y conozco otra observación, que creo que pertenece al Dr. Larghero, de la misma naturaleza histológica.

Eran casos en que la única manifestación era la hemorragia, porque la evolución anatómica era extraluminal y secundariamente se habían ulcerado, dando lugar a hemorragias masivas. En esos casos yo había preconizado la intervención precoz, sin pensar más en los tumores conjuntivos, que tienen filiación especialmente del sualoma o del leiomioma, a evolución intraluminal, por ulceración secundaria, y que se manifiestan por hemorragias masivas primarias.

Quería saber si había experiencia en los otros congresales.

Dr. OTERO.—Tuve un enfermo con un leiomiomasarcoma excéntrico del delgado, que ingresó con una hemorragia masiva, que se operó de urgencia, porque el enfermo obligaba a operarlo dada la gravedad de su estado y la progresividad de la hemorragia, y que tenía un tumor de ese tipo que se reseó y que marchó perfectamente bien. Tumor conjuntivo benigno, exoentérico.

Dr. ETALA.—A propósito de la pregunta del Prof. Bermúdez, puedo presentar tres casos de angiomas de intestino delgado, de los cuales dos fueron angiomas tuberosos, y otro un angioma difuso de intestino delgado.

Es importante una de las observaciones —por otra parte, está publicado en el Archivo General del Aparat oDigestivo, de la Argentina, de hace varios años—, en que el tumor era del tamaño de un garbanzo. La enferma había

sido operada tres veces y nunca le habían encontrado la lesión causa de su hemorragia. Tenía una hemorragia intensa, masiva; después el cuadro mejoraba; la enferma, en esos casos, entres veces fue intervenida, sin que se encontrara la causa de la lesión.

Nosotros la operamos por cuarta vez, estando en plena hemorragia la enferma, con menos de un millón de glóbulos rojos, e investigando todo el trayecto del intestino delgado pudimos comprobar la existencia de ese tumorcito pequeño, que no pasaba del tamaño de un garbanzo, que era la causa de la hemorragia masiva. Histológicamente correspondía a un angioma tuberoso del yeyuno.

El otro caso era también un angioma tuberoso, pero fue diagnosticado de primera intención, en la laparotomía exploradora. Radiológicamente el enfermo no presentaba absolutamente nada, en otros exámenes, por otras hemorragias que había tenido antes. Era un angioma difuso sobre el cual no se hizo absolutamente nada, porque era una lesión que tomaba casi todo el yeyuno, el hilio, y también parte del colon descendente.

DDr. PEREYRA.— Yo quería referir un caso del Servicio de Guardia del Instituto de Cirugía de Haedo, que se puede superponer al caso que refirió el Dr. Cendán Alfonso, y al primero mencionado por el Dr. Etale. Era un enfermo con hemorragia masiva, al cual en el acto operatorio no se le encontró el origen de la lesión y se le hizo gastrectomía a ciegas. La autopsia demostró que se trataba de un angioma también muy pequeño de la primera ansa yeyunal. Este enfermo fue operado cuando yo era jefe del Servicio de Guardia del Instituto de Cirugía de Haedo, por el Dr. Funes, de Rioja. Se le hizo un estudio muy prolijo, y lo único que se encontró en el intestino fue un angioma muy pequeño, también del tamaño de un garbanzo, de las primeras ansas yeyunales.

Dr. FERREIRA.— Contamos con algunas observaciones de tumores de tipo mesenquimatosos, ubicados por debajo del ángulo de Treys, para poder configurar lo que hoy hemos llamado hemorragia masiva baja.

Un leiomioma que sangró profusamente, y que figura en la estadística que hemos proyectado. Es el único caso de tumor conjuntivo que figura en la estadística, porque tuvo una hemorragia masiva.

Tenemos dos linfosarcomas del yeyuno, cuya forma clínica se caracterizó por la obstrucción intestinal.

Tenemos un linfogranuloma cecal cuya expresión clínica fundamental fue el signo tumor.

Y tenemos un linfosarcoma de recto, con proctorragias atenuadas que también se caracterizó, desde el punto de vista clínico, por la obstrucción.

Tenemos la impresión de que los tumores conjuntivos, sacando el leiomioma, sobre todo aquellos de estirpe sarcomatosa o linfosarcomatosa, constituyen, fundamentalmente, cuadros de obstrucción intestinal.

Dr. LORENZO Y LOSADA.— Para terminar con este tema, señalamos que en los casos presentados, fundamentalmente se destacó la leiomioma, se destacaron formaciones angiomasas, y se destacó el linfosarcoma que autopsió el Dr. Aguiar; fue una hemorragia masiva que determinó la muerte.

Dr. CASIRAGHI.—¿Se vieron casos de hemorragias masivas o graves en la enfermedad de Rendu-Osler?

Dr. UTERO.—En esos casos no he visto hemorragias graves de estómago, duodeno o tubo digestivo.

Dr. ETALA.—En un caso de enfermedad de Rendu-Osler tuve oportunidad de observar una hemorragia, que no era masiva, pero era bastante importante. Posiblemente la causa de la pérdida estaba situada en el recto y en el rectosigma por las lesiones típicas existentes a ese nivel, que en el momento de la rectocopia veíamos en dos zonas que sangraban, y que coexistía con una lesión bucal perfectamente visible.

Dr. CASIRAGHI.—Hice la pregunta porque no sé, si por casualidad, tuve oportunidad de ver dos casos. En el primero no se hizo el diagnóstico porque fue muy complejo; era un enfermo que tenía hemorragias masivas serias: fue intervenido; no se pudo hacer nada; lo taponaron porque en cuanto entraron al peritoneo era un problema angiomatoso de ciego, muy serio. Nosotros lo recoiimbs después, cuando había cesado la hemorragia, y encontramos que tenía angiomas cutáneos, tenía telangiectasias de base de lengua, de epiglottis, de nraiz; tenía los antecedentes típicos del Rendu, que había sangrado desde chico; tenía una hermana que también tenía angiomas, que había tenido también epistaxis. E hicimos el diagnóstico de Rendu-Osler.

Poco tiempo después tuvimos oportunidad de ver un ingeniero que tenía una hemorragia también bastante intensa —no puedo decir masiva—, parecido al cas odel Dr. Etala. Hicimos una rectosigmoidoscopia y nos encontramos con unos paquetes varicosos grandes en el sector rectosigmoideo. Hicimos la investigación y encontramos que tenía pequeños angiomas. El examen del otolaringólogo, nos demostró que tenía también las típicas lesiones; que una hermana también tenía. De modo que reunía todas las condiciones para pensar en un Rendu-Osler.

Es un elemento a tener en cuenta, porque los dos casos —uno masivo y el otro muy intenso— evolucionaron bien clínicamente.

Dr. CAVIGLIA.—Las hemorrooides, ¿pueden dar hemorragias masivas? ¿Esas hemorragias, pueden ser mortales? ¿Cómo se tratan?

Dr. GUTIERREZ BLANCO.—Las hemorrooides pueden dar hemorragias masivas, aunque no son muy frecuentes en relación con la gran incidencia de las hemorroides. Hemos visto tres o cuatro casos, y destaco que los colegas argentinos, en su comunicación, también mencionan tres o cuatro casos.

El diagnóstico, por lo general, es fácil, pero a veces puede haber alguna dificultad, pues debido a la gran hipertonia de todo el aparato esfinteriano, la sangre queda retanida en la ampolla rectal e, incluso, puede ascender al sigmoide y presentar esa sangre modificaciones, coágulos oscuros, que hacen creer

al clínico que la hemorragia es más alta. En varias observaciones pudimos comprobar bien que se trataba de hemorroides, sobre todo paquetes internos, que sangraban profusamente.

En cuanto a la segunda parte de la pregunta, si pueden fallecer por estas hemorragias, no tenemos experiencia. No conocemos ningún caso que haya fallecido por una hemorragia masiva secundaria de hemorroides.

En cuanto al tratamiento, por lo común el tratamiento médico, el simple reposo, el tratamiento general del shock, si existe, con transfusiones, los coagulantes, vitamina K, etc., puede dominar el sangrado. Por lo común lo que hemos hecho es dejar el paciente en reposo, ponerle un pequeño tubo de goma, que ya ejerce acción hemostática, y por ese pequeño tubito le pasamos una pequeña mezcla de 30 centímetros cúbicos, más o menos, de hidróxido de aluminio, con coagulantes locales, y alguna otra sustancia inerte que, quedando adherida a los paquetes de orden venoso, son suficientes para dominar las hemorragias.

No hemos tenido necesidad de aconsejar la ligadura de ningún vaso, aunque comprendo perfectamente bien que puede estar muy indicada.

En una de las observaciones de los argentinos, vimos que hubo necesidad de hacer la ligadura del vaso. En aquellas que hemos presenciado nosotros no hubo necesidad de llegar a esa terapéutica, pues con la terapéutica de reposo, fundamentalmente, las hemorragias pararon.

Dr. MARTINEZ PRADO.—Tuvimos un enfermo con una hemorragia masiva, por un hemorroide. Era un hipertenso escleroso-vascular. El Dr. Gutiérrez Blanco lo vio conmigo después. Tuvo una hemorragia que llevó los glóbulos a un millón. El enfermo estuvo grave, con cierto desequilibrio cardiovascular y pasó bien sin ninguna medicación especial, con reposo, sedantes, etc. Se recuperó con transfusiones. No fue necesario operarlo en seguida, y se le hizo una ligadura de paquetes a tiempo.

Dr. MUSOZ MONTEAVARO.—También hemos tenido oportunidad de ver un caso que llegó también sangrando profusamente, con una anemia aguda, y se trataba de una cirrosis de Laennec; enormes hemorroides. Fue tan grave que obligó a la ligadura de urgencia, en la cama mismo del enfermo (cama 2, sala 1 de la Clínica de Gastroenterología y Nutrición).

Dr. CENDAN.—Nosotros hemos tenido la necesidad de intervenir por hemorragias masivas de origen hemorroidal a tres enfermos. El diagnóstico de la hemorragia masiva de este origen, muy a menudo es muy retardado, porque se prescinde de una maniobra, en mi criterio, fundamental, que es la rectoscopia, o por lo menos la anoscopia, frente a toda hemorragia importante baja. Es la única manera de hacer el diagnóstico de hemorroide interna sangrante, cuando ésta no se exterioriza por sintomatología abaja. Inclusive, el tacto rectal puede ser, en ese sentido, absolutamente negativo, como nos pasó a nosotros.

En esos casos tengo la certeza de que la intervención decidió la situación.

Pienso que es posible que estos casos puedan marchar bien con tratamiento médico, pero no creo que haya inconveniente en realizar una intervención de urgencia, que es relativamente simple, que no tiene postoperatorio complicado, y que resuelve definitivamente la situación.

Los tres casos tratados por nosotros marcharon muy bien.

Dr. VADRA.— Como hemos proyectado recién, nosotros tuvimos 4 casos de hemorroides sangrantes; 3, hemorroides esenciales. Estas cifras hablan de la poca incidencia de hemorragias masivas bajas en las hemorroides, dada la gran cantidad de enfermos hemorroidales que vemos diariamente.

Lo interesante es el tercer caso, que coincide con lo que dijo recién el colega; era hemorroide sintomática, posterior a una cirrosis atrófica tipo Laennec; se le transfundió en varias oportunidades en forma continuada, no cediendo la hemorragia. Creemos que ese caso tuvo, como única solución de ese problema hemorrágico, la ligadura de urgencia.

Dr. COTTINI.— ¿Qué experiencia existe sobre hemorragia masiva provocada por el divertículo de Meckel?

Dr. FOLCO ROSA.— Con motivo de las Jornadas Rioplatenses de Pediatría, tuvimos que hacer una recopilación sobre patología del divertículo de Meckel. Y recopilamos alrededor de 37 observaciones del divertículo de Meckel en nuestro país. De ellas, sólo en 2 hubo hemorragias masivas. El primero era un niño que tenía menos de un año de edad, que había ingresado al Hospital Pedro Visca con una hemorragia digestiva masiva, de sangre roja. Se pensó que podía tener una invaginación intestinal; se le hicieron los estudios pertinentes, pero se descartó. Y alrededor del tercer o cuarto día fue intervenido y se encontró un divertículo de Meckel. Se le hizo la exéresis del mismo, y el niño evolucionó bien.

El segundo caso es similar: un niño también menor de un año, que por su hemorragia masiva, su falta de sintomatología dolorosa, y su comienzo brusco, se pensó inmediatamente que se podía tratar de un divertículo de Meckel. Fue intervenido y se le hizo la exéresis, teniendo también buena evolución.

Los dos casos tenían — como se ve habitualmente — ectopías tisulares y la ectopía tisular correspondió en los dos casos a mucosa gástrica incluida. Y la úlcera estaba en la base del divertículo, pero se pudo ver bien la zona que sangraba y hacer la exéresis únicamente del divertículo. La zona adyacente del intestino delgado no tenía absolutamente nada.

Este año, con posterioridad a esa comunicación, al Pereira Rossell ingresó un niño de 1 ½ año de edad, con una hemorragia masiva del tubo digestivo, y se pensó también en divertículo de Meckel por falta de otra sintomatología.

El diagnóstico de divertículo de Meckel se hace un poco por descarte, y radiológicamente es prácticamente imposible.

En la literatura, desde 1923 en que Phal hizo la primera radiografía de divertículo de Meckel, hasta el momento actual, hay sólo 40 divertículos de Meckel vistos. Y se dice que como es ancho el bario entra y sale y no puede retenerse la imagen.

En aquel momento nosotros pedimos opinión al Dr. Zubiaurre y no había visto ninguno hasta ese momento. No sé si ahora tendrá alguno.

En total hemos visto dos, conocemos un tercio de referencias, en un total de 38 casos.

Dr. PEREYRA.— Quisiera referir un caso de una hemorragia masiva por divertículo de Meckel. Se trataba de un muchacho de 17 ó 18 años, que había sido intervenido en una ciudad del interior, y no se le encontró el origen de la hemorragia. Recuerdo que un día domingo, pasando vista al Servicio, delante mío hizo una hemorragia a chorro por el ano, hemorragia que tenía que ser baja. Intervine ese enfermo y me encontré que el origen de la hemorragia era un divertículo de Meckel. Está muy bien documentado, con la pieza, donde se ve un vaso sangrante.

Al enfermo se le hizo la resección y evolucionó perfectamente bien.

Dr. COTTINI.— Hice la pregunta porque hace algo más de un año y medio tuve oportunidad de atender una niña de 18 meses de edad con un cuadro de hemorragia masiva que la llevó a una hipovolemia aguda extraordinaria en un episodio de melena que repitió a la hora. La enferma fue intervenida de urgencia y hallamos un divertículo de Meckel, que desde el punto de vista patológico reveló las zonas de células gástricas de tipo acidófilo, y evolucionó perfectamente bien con la resección.

El divertículo de Meckel es la anomalía más frecuente en el tracto gastrointestinal de los niños; pero hice la pregunta porque tenemos siempre el convencimiento de que es una patología de niños, exclusivamente. A raíz de la comunicación que hicieramos en la Sociedad de Cirujanos, encontramos que el Dr. Laurens tenía una observación en un hombre de 26 años; el Dr. Tondy en un hombre de 25 años; ahora el Dr. Pereyra en un joven de 17 años. Vale decir que tenemos que tenerlo presente en el diagnóstico diferencial, que es sumamente difícil. Ni clínica ni radiológicamente —como bien ha dicho el Dr. Folco Rosa— es posible llegar al diagnóstico.

Dr. ZUBIAURRE.— No tengo ninguna experiencia de diagnóstico radiológico de divertículo de Meckel. Nunca he visto ninguno. El diagnóstico radiológico de un divertículo de Meckel en el curso de una hemorragia masiva, es prácticamente imposible. Ya es difícil el diagnóstico del divertículo de Meckel, aún buscándolo tenazmente, en frío; hay una serie de circunstancias que hacen difícil la visualización del divertículo de Meckel —como dijo el Dr. Folco Rosa— y por eso se publican como documentos curiosos la visualización del divertículo. Desde el punto de vista práctico, la radiología no aporta datos frente a la hemorragia masiva para el diagnóstico del divertículo de Meckel. Diagnóstico preoperatorio es prácticamente imposible. Todos los casos citados

Dr. LORENZO Y LOSADA.— De lo que se ha contestado se deduce que el diagnóstico preoperatorio es prácticamente imposible. Todos los casos citados son diagnósticos operatorios.

Otra cosa que se deduce es que todos los casos que sangraron tenían etiotopia gástrica y, uno, pancreática. Ese parece ser el factor determinante de la hemorragia del divertículo.

Dr. VADRA.— DeDseo preguntar al Dr. Cottini si ese caso que refiere tenía mucosa eterotópica gástrica en toda la extensión del divertículo de Meckel o sólo en una parte, y qué punto sangraba del divertículo. Digo esto porque recuerdo un caso que me movió a estudiar el problema, porque tenía mucosa eterotópica en la punta del divertículo, y sangraba la base. Justamente corresponde a lo que dijo el Dr. Cottini.

Evidentemente, esto indica que lo que sangra en el divertículo de Meckel no es la mucosa eterotópica sino la base. Y ello nos induce después a una terapéutica quirúrgica que hace que la resección sea un poco más amplia de lo que se cree conveniente, para no dejar una parte sangrante en la exclusión del divertículo.

Dr. COTTINI.— Me parece muy atinada la pregunta del Dr. Vadra, porque justamente en el caso particular en que me tocó actuar, la ulceración provenía del fondo del divertículo. El estudio histopatológico realizado por el Dr. Mosto, encontró en las vellosidades intestinales zonas diversas con las células de pepsina o de lomorfos, y las células acidófilas. Y eso determina la consecuencia operatoria de que la resección deba ser con mucosa intestinal y observación directa del intestino, para hacer la sutura en tejido sano. Se producen casos de recidiva, de hemorragia o de dehisencia, cuando no se ha tomado esa providencia.

Dr. LORENZO Y LOSADA.— ¿Conoce el Dr. Muñoz Monteavaro algún caso de hemorragia digestiva por divertículos, fatal, sin operar?

Dr. MUÑOZ MONTEAVARO.— No conozco. Los tres casos de muerte que cité en el relato, son operados; a los tres se les había hecho una colostomía transversa derecha en dos casos y, en el otro, izquierda.

No hay ningún caso tratado con tratamiento conservador, que haya muerto.

Dr. ETALA.— He podido ver tres casos de diverticulosis sigmoidea con hemorragia masiva, de los cuales, uno fue sin operación, y falleció; los otros dos fueron operados, y los dos curaron; no volvieron a repetir sus hemorragias.

Estoy de acuerdo con lo que dijo el Dr. Aguiar refiriéndose a la parte patológica; apesar de tener la pieza en la mano, a pesar de hacer todos los estudios histológicos con objeto de tener una confirmación de la existencia de la lesión y la causa íntima de esa hemorragia, en ninguno de los tres casos hemos podido quedar satisfechos respecto a de dónde provenía la sangre, y si realmente había una lesión arterial que podía explicar esa hemorragia tan extraordinaria.

Dr. OTERO.— Le preguntaría al Dr. Etala cómo puede saberse, frente a una diverticulosis con hemorragia, sin tratamiento médico, que la muerte se debió realmente al divertículo, y no a otra cosa no reconocida.

Dr. ETALA.— Acabo de referir que se le hizo necropsia al enfermo. Dije que a pesar de la necropsia lo único que pudimos encontrar fue el divertículo. El enfermo murió y se le hizo necropsia.

Dr. CENDAN.—Para corroborar lo dicho por el Dr. Etala, puedo decir que tuve dos casos de hemorragias gravísimas, de origen diverticular, en los cuales, naturalmente, el diagnóstico es siempre dudoso, y donde la única terapéutica salvadora es la intervención. Frente a esas situaciones uno no se puede cruzar de brazos esperando si muere o no. En esos casos, yo opero. Tengo dos casos, en los que hice una sigmoidectomía, en donde el estudio de la pieza mostró lo que dice el Dr. Etala, es decir, que no había otra cosa que divertículos y ni siquiera se podía decir cuál era el que había sangrado. Pero lo cierto es que los enfermos se recuperaron.

Dr. LORENZO Y LOSADA.—Al parecer hay acuerdo en que la hemorragia diverticular puede matar. Lo difícil es probarlo. Creo que el problema está en ese punto en este momento.

¿Qué posición tienen los radiólogos en el estudio intrahemorrágico de las zonas bajas del tubo digestivo —entendiendo el delgado y el colon—, haciendo un paralelo con lo que sucede en el estudio alto intrahemorrágico?

Dr. ZUBIARRRE.—De manera general, la situación del estudio radiológico intrahemorrágico, en las hemorragias bajas, en las hemorragias gastro-duodenales, no puede trasladarse a las hemorragias no gastroduodenales, por dos razones fundamentales: una, que es la razón princeps, que la radiología en el estudio gastroduodenal, de acuerdo a la patología que tiene, a las causas patológicas que producen la hemorragia gastroduodenal, y dentro de ellas la altísima incidencia de la úlcera, la radiología tiene un altísimo porcentaje de eficacia, por el número de positividadades que da el examen radiológico y, además, la eficacia surge de la clara orientación que da para la terapéutica.

Esa situación no se puede trasladar a las hemorragias bajas, fuera del sector gastroduodenal. Primero, a nadie se le ocurre que frente a una hemorragia masiva se puede hacer un estudio radiológico minucioso y detallado en el intestino delgado, como para poder hacer un diagnóstico; resulta dificultoso, a veces, frente a ciertos procesos orgánicos del intestino delgado, hacer ese examen en frío. De modo que mucho más difícil —si no imposible— es el plantearse ese tipo de estudio radiológico cuando se trata de una hemorragia masiva.

En cuanto a la hemorragia de origen colónico, de acuerdo a lo que se ha establecido aquí, el problema finca en estos términos: divertículos como causas más frecuentes, neoplasma y colitis ulcerosas.

En algunos de los relatos que se han dicho aquí, no se ha establecido si en la hemorragia masiva de alguno de estos procesos se hizo diagnóstico radiológico, salvo el Dr. Gutiérrez Blanco, que estableció en sus casos que sólo en un caso de colitis ulcerosa no había ya diagnóstico radiológico previo.

Hay que discriminar dos situaciones. La primera, si el enfermo tiene una hemorragia masiva como primer síntoma, y no tiene diagnóstico previo a la afección colónica. La segunda, cuando ya el enfermo tiene el diagnóstico. En materia de colitis ulcerosas, por supuesto, es excepcional. En la larga expe-

riencia del Dr. Gutiérrez Blanco hay un solo caso en que el diagnóstico no estaba hecho previamente. De modo que comparto con él las circunstancias en que hay que hacer el estudio radiológico, y las precauciones que hay que tener.

El estudio radiológico del colon en agudo, frente a una hemorragia masiva, es un examen muy importante, que debe hacerlo una persona con mucha experiencia, porque el examen puede incidir en la gravedad del enfermo. Creo que es más fácil de manejar un gastroduodeno en agudo, frente a una hemorragia masiva, que un colon. Si quien maneja el colon en esas condiciones no sabe lo que tiene entre manos, puede, inclusive, provocar la muerte del enfermo. En esas condiciones hay que actuar.

El enema opaco del colon es, por definición un aumento masivo de la presión intracolónica. De manera que en una hemorragia masiva de origen colónico, hay que hacerlo con todas las precauciones.

Tomadas estas precauciones, digo que sólo en circunstancias absolutamente de excepción —en mi larga experiencia de radiólogo— he sido llamado para determinar, frente a una hemorragia masiva, si es de origen bajo, con la radiología. Es un hecho excepcional desde el punto de vista radiológico, pero a veces puede presentarse. Si se presenta en esas circunstancias, puede hacerse el examen en forma cuidadosa. No hay contraindicación, en las condiciones antes expresadas.

Dr. MIQUEO.— Con respecto a la insuflación, ¿la utiliza o no?

Dr. ZUBIAURRE.— Mi criterio es que la insuflación del colon en una hemorragia masiva debe estar proscripta. Las causas más frecuentes de las hemorragias masivas son los divertículos, el neoplasma y la colitis ulcerosa, de acuerdo a lo que se ha dicho aquí.

En frío hay que tener cuidado con la insuflación colónica; no se puede hacer impunemente. En materia de perforaciones de colon provocadas por los procedimientos radiológicos, sucede una cosa curiosa: hay muchas, pero se ocultan. A nadie o a muy poca gente se le ocurre publicar las perforaciones que tienen de colon en el curso de un colon por enema, cosa que está mal hecho, porque evidentemente las perforaciones existen. Y en nuestro medio nosotros nos hemos preocupado en algún momento de requisar el número de perforaciones colónicas que existen aún en exámenes hechos en frío, y las existen en cantidad importante.

En otros países, también. Autores que se han ocupado, por ejemplo, en Francia, de las perforaciones colónicas en el curso del colon por enema, anotan ese hecho.

Eso trasladado al agudo, cuando es una diverticulitis, que puede sangrar, una colitis ulcerosa, o un neoplasma de colon, me parece que la insuflación debe quedar absolutamente proscripta.

Por otra parte, en el diagnóstico de pólipos —otra causa de hemorragia— hay que esperar de la radiología lo que la radiología ocasionalmente pueda proporcionar, con los métodos más inocuos y más simples, y no hacer o querer hacer una sutileza diagnóstica frente a una hemorragia masiva.

Dr. CASIRAGHI.—¿Tiene experiencia el Dr. Zubiaurre con la aortografía para localización de la hemorragia?

Dr. ZUBIAURRE.—Supongo que el colega no puede referirse a la realización de aortografías intrahemorragias en el curso de las hemorragias masivas. De eso no sólo no tengo experiencia, sino que ojalá no la tenga nunca, porque no se debe tener.

Seguramente se debe referir el Dr. Casiraghi al procedimiento preconizado por los suecos, de la aortografía, sobre todo para el diagnóstico diferencial, con el estudio de la vascularización, especialmente del sigmoides, el diagnóstico diferencial de procesos inflamatorios o neoplásicos. Es un procedimiento que en nuestro país no se ha practicado. Evidentemente, tiene indicaciones muy limitadas, y es posible que en algunas circunstancias difíciles, dadas las dificultades que todos hemos visto —radiólogos, clínicos y cirujanos— para hacer el diagnóstico diferencial entre el proceso inflamatorio y neoplásico del sigmoides, ese dato puede ayudar.

No obstante, hay que saber que en el momento actual el criterio que hay en cuanto a la vascularización de los procesos inflamatorios y tumorales, ese esquema que se decía “la neovascularización de los procesos tumorales y la falta de vascularización en los procesos inflamatorios”, se sabe en el momento actual que tiene numerosas excepciones.

No sé si los cirujanos están dispuestos a complicar el acto operatorio con una técnica que, desde luego, insuere mucho tiempo, y cuyos resultados todavía no conozco. De acuerdo con los suecos, en los primeros casos publicados, la experiencia parece ser interesante, pero me parece que en el momento actual es apenas un camino de trabajo.

Dr. CASIRAGHI.—Sólo queríamos consultar si aquí se hacía ese estudio, para animarnos a hacerlo nosotros. De modo que estábamos en el plan de trabajo, como dice el Dr. Zubiaurre.

Dr. LORENZO Y LOSADA.—¿Hay diferencias en la dirección del tratamiento médico de una hemorragia masiva baja o alta?

Dr. MUÑOZ MONTEAVARO.—Básicamente, no: reposición sanguínea de sangre fresca; estimulación general del enfermo. Pero, desde luego, en las hemorragias bajas hay que poner en reposo el intestino y dar antibióticos, si se supone que hay un proceso inflamatorio, mientras que en las hemorragias de tipo alto hay que poner en reposo la parte alta, y nosotros hemos utilizado, muy a menudo, una vez que la hemorragia agudísima ha pasado, el hidróxido de aluminio coloidal, muchas veces en goteo, permanente, día y noche, en solución acuosa, con muy buen resultado.

Dr. LORENZO Y LOSADA.—¿Son frecuentes las hemorragias masivas en el curso del tratamiento cortisónico de la colitis ulcerosa?

Dr. GUTIERREZ BLANCO.— De nuestros doce casos de colitis ulcerosa crónica que hicieron hemorragia masiva, en once de ellos no se había realizado nunca tratamiento con corticoides, y una paciente estaba en pleno tratamiento con corticoides. Es interesante relatar este caso.

Se trataba de una enferma de 19 años, que trece años antes había tenido una crisis muy aguda, que motivó un tratamiento muy intenso, y luego pasó perfectamente bien alrededor de trece años. Reingresó hace dos años en el Hospital Maeiel, por una forma toxiinfecciosa de su colitis ulcerosa, y se le trató con corticoides. La enferma mejoró espectacularmente, pero estando en convalecencia en la sala, y con tratamiento con corticoides, tuvo una noche una hemorragia masiva muy intensa, que a pesar del tratamiento que le hizo la guardia a base de transfusiones, la enferma falleció.

Quiere decir que de los doce casos únicamente en una enferma tenemos la duda de si el tratamiento con corticoides influyó en esa hemorragia masiva; pues en los otros once casos —que fueron tratados con tratamiento médico o con tratamiento quirúrgico— posteriormente se les hizo corticoides, y ninguno de ellos sangró.

Frente a las hemorragias masivas no aconsejamos tratamiento con corticoides. Pongo énfasis en esto porque hoy he escuchado a otros colegas que en circunstancias similares han aconsejado los corticoides. Esto no quiere significar que no utilicemos los corticoides en las colitis ulcerosas; creo que prácticamente todas las colitis ulcerosas hoy en día son tratadas así.

Al principio de esta terapéutica, hace diez años, se insistía mucho en la posibilidad del sangrado, y los autores eran un poco tmoratos en aconsejar esta terapéutica, basados sobre todo en lo que sucede en las hemorragias altas, donde uno ve una real incidencia de los corticoides en la provocación de una hematemesis. Pero en esos casos es por otro mecanismo, por el mecanismo de la hiperclorhidria, que puede reactivar un viejo ulcus gastroduodenal, y provocar su sangrado. Pero en las colitis ulcerosas, sobre todo en las formas crónicas, que sangran, el tratamiento con corticoides es muy beneficioso, e, inclusive, en las otras formas dentro de nuestra clasificación, las formas con hemorragias graves, también. Únicamente no indicamos en la hemorragia masiva por colitis ulcerosa.

Dr. MARTINEZ PRADO.— Concretándome a la pregunta sobre la hemorragia masiva, nosotros no usamos corticoides ni en esta circunstancia ni en ninguna otra de enfermos que van a ser intervenidos, porque creemos que el tratamiento cortisónico preoperatorio acarrea inconvenientes graves. Hemos visto morir dos o tres enfermos, supuestamente, por esa razón. De manera que no lo indicamos en enfermos que van a ser intervenidos seguramente de urgencia.

Nosotros hemos preconizado los corticoides no en la colitis ulcerosa, sino en la hemorragia masiva baja, como complicación de las colitis ulcerosas. Lo hicimos porque las circunstancias nos pusieron en situación de comprobar la eficacia o no de los corticoides, por supuesto, escasa, porque tuvimos la contraprueba. Dos casos tratados con corticoides, de hemorragias masivas, ce-

dieron espectacularmente. Y tres casos, también de colitis ulcerosas agudas —similares a los anteriores— no los pudimos tratar con corticoides porque no teníamos. Esos tres casos fallecieron, mientras en los dos primeros, tratados con corticoides, prácticamente cedió la hemorragia en forma espectacular.

Esa dualidad de resultados, de acuerdo al uso o no de corticoides, nos hace participar ampliamente de su uso en la hemorragia masiva.

Dr. PEREYRA.—Para corroborar lo que acaba de manifestar el Dr. Vadra, yo también usé corticoides en un caso, en plena hemorragia masiva por colitis ulcerosa, y, como ha dicho el Dr. Vadra, el resultado fue espectacular, y la enferma mejoró con el uso de corticoides.

Dr. GIANI.—Desco preguntar a los doctores Martínez Prado (médico) y Miqueo Narancio (cirujano): ¿en qué momento de la evolución de una hemorragia masiva baja se decide la intervención quirúrgica?

Dr. MARTINEZ PRADO.—La pregunta es difícil de contestar, porque depende del enfermo. Pero, en términos generales, la temporización termina cuando uno tiene la sensación de que la hemorragia continúa; la espera puede ser de horas, de uno, o de dos días, de acuerdo con la posibilidad de reponer, en ese enfermo, en la esperanza de que deje de sangrar, y operarlo ulteriormente.

Tenemos un caso —relatado por el Dr. Muñoz, y yo lo incluí en mi estadística— de una señora a la que el Dr. Karlem le hizo un año iliaco. Esa enferma, anciana, de 83 años, con taras cardiovasculares, sangraba mucho, ingresó de mañana, de tarde seguía sangrando, y al otro día de mañana seguía sangrando. Esperamos veinticuatro horas con transfusiones y la hicimos operar de urgencia. El ano iliaco terminó con el problema, sangró unas horas más, y dejó de sangrar. La oportunidad depende del enfermo, pero cuando la hemorragia continúa, indicamos la intervención quirúrgica, en pocas horas.

Dr. MIQUEO NARANCIO.—Estoy de acuerdo con lo que ha dicho el Dr. Martínez Prado. En realidad, se debe indicar la intervención quirúrgica cuando hay certeza o presunción bien fundada de que la hemorragia continúa, sin remisión, a pesar del tratamiento médico, o cuando habiendo remitido, aparece una reprise de una gravedad parecida o que, por ser repetida, aumenta la gravedad anterior.

Vuelvo a repetir la frase del relato: sin apresuramientos ni dilaciones.

Dr. CENDAN.—Respecto a la oportunidad operatoria en las hemorragias digestivas, hay que distinguir dos situaciones completamente diferentes. Una, es cuando se tiene diagnóstico, en cuyo caso existen situaciones en las cuales vale la pena esperar ante una hemorragia importante, y no hay que esperar en otras, aun cuando la hemorragia no haga peligrar la vida del enfermo. Eso es cuando se tiene diagnóstico.

Cuando no se tiene diagnóstico —que me parece que es el problema más serio en materia de indicación operatoria— yo me he formado la convicción,

a través de diecinueve casos de hemorragias masivas bajas en que he tenido que intervenir, de que cuando no se tiene diagnóstico la mejor oportunidad para operar es en plena hemorragia, única manera de aclarar el diagnóstico. La exploración operatoria no es nada más que un elemento de diagnóstico, y certificará la presunción clínica o demostrará que uno estaba completamente equivocado, y le permitirá corregir errores graves, como, por ejemplo, tomar por hemorragia baja la que es de origen gastroduodenal.

Dr. LORENZO Y LOSADA.—¿Se debe hacer colonoscopia intrahemorrágica?

Dr. MIQUEO.—No tengo experiencia personal. No la he hecho ni la he visto hacer, de manera que no puedo contestar desde mi punto de vista personal.

Teóricamente, me parece que es un método que puede usarse y que puede dar algunos resultados. En el caso que cité cuando hice la exposición de mi trabajo, pude ver, sin colonoscopia, abriendo el colon, un divertículo que sangraba. De modo que puede verse por medio de un endoscopio. Sin embargo, creo que también tiene sus limitaciones, por que en una hemorragia baja, en general, el colon está lleno de sangre. Y, ¿cómo hace uno para sacar esa sangre y ver dónde sangra? Me parece que puede hacerse, pero es excepcional que pueda dar un resultado aclaratorio.

Dr. AGUIAR.—En la exposición del Dr. Gutiérrez Blanco manifestó que, según Bacon, en la colitis ulcerosa practicaba una colostomía según la altura de la hemorragia. ¿Cómo hace el diagnóstico del sitio del colon que sangra?

Dr. GUTIERREZ BLANCO.—Bacon, en su Tratado quirúrgico sobre colitis ulcerosa, en el capítulo de procedimientos quirúrgicos a realizar en los hemorragias masivas, aclara su situación en el diagnóstico, situación que yo no comparto, diciendo que cuando la sangre es roja y rutilante se puede orientar hacia el colon izquierdo, y, en cambio, cuando la sangre ya viene modificada, se tiene la orientación hacia el colon derecho. No comparto esa tesis porque aquellos que conocen bien las características anatomopatológicas, clínicas y radiológicas de las colitis ulcerosas, pueden ver cómo ese colon, colon rígido, esterechado desde el punto de vista de su diámetro longitudinal y transversal, se transforma en un verdadero tubo rígido. Tan es así que la sangre, aun si sale del ciego, no tiene tiempo de modificarse.

Pienso que hay otros elementos de diagnóstico para tener en cuenta, desde el punto de vista topográfico, y en parte lo hemos dicho en nuestra comunicación. Hay que tener en cuenta que, por lo común, aparecen estas complicaciones en el primer año de la evolución de la enfermedad —por lo menos en nuestra estadística— y sabemos cómo al principio la enfermedad está topografiada fundamentalmente en el colon izquierdo. De ahí que las posibilidades de que sangre el colon izquierdo son mucho más frecuentes que las posibilidades de que sangre el colon derecho.

Así que, en principio, esa posibilidad de mayor incidencia en la topografía en el colon izquierdo, el cirujano la debe tener en cuenta. Ese es, posiblemente, el criterio que sigue el cirujano cuando preconiza como acto quirúrgico una paramediana izquierda, hacer la colostomía del colon transversal, y la resección del colon izquierdo, proctohemicolostomía izquierda, y si en el acto quirúrgico ve que la lesión es de esa zona, sobre todo de la zona rectosigmoidea, ya no hace cirugía adicional, por lo menos en ese momento. En cambio, si en la pieza de resección no comprueba la lesión, sigue haciendo la hemicolectomía derecha, dejando la hiliostomía definitiva.

Dr. LORENZO Y LOSADA.—¿Se es partidario de la hiliostomía o ceostomía en la colitis ulcerosa sangrante?

Dr. MARTINEZ PRADO.—Creo que esta pregunta es muy importante, y que podría ser contestada por alguna otra persona del auditorio.

Las tres hemorragias masivas en colitis ulcerosa a que yo asistí, se murieron. Una no se operó, y a las otros dos se les hizo una hiliostomía, y los enfermos siguieron sangrando y se murieron.

Me pregunto si para la hemorragia no cabe la misma que para las otras complicaciones de la colitis ulcerosa, que es la extirpación del órgano enfermo. Siguiendo las tendencias actuales de Truellov en Londres, y de otra gente —aquí estuvo Truellov y nos enseñó eso— hemos tenido éxito con las colostomías de entrada, dejando hiliostomía, y resecaando el órgano enfermo, dejando el recto —no se hizo proctotomía, naturalmente—; hemos tenido éxito muy llamativo con dos enfermos, en los que si se hubiera hecho hiliostomía hubieran marchado mal, seguramente, a pesar de la hiliostomía, o por la hiliostomía, porque los dos enfermos tenían materias fecales en el abdomen, que no es revisado en una hiliostomía de urgencia, cuando se hace a veces en la cama, como se dice, una boca de hiliostomía, y se deja el resto de un abdomen de un enfermo que tiene una peritonitis solapada, porque ya está autovacunado, porque tiene corticoides, etc., y entonces ese enfermo que tiene, abajo, en la fosa ilíaca izquierda, una perforación de su intestino, y materias fecales —como nos pasó en esos dos enfermos, en los que no creíamos eso sucediera— no encuentra solución con la hiliostomía.

Esos dos enfermos fueron colectomizados, uno por el Dr. Palma, y el otro no recuerdo por quién, y los dos están perfectamente bien.

Debo agregar que el último hizo todos los accidentes del tratamiento cortisonico intenso, por lo cual nosotros nos negamos a hacerlo en enfermos que son candidatos a la cirugía.

Quisiera saber si esto no puede ser trasladado a situaciones también de gravedad, como son las hemorragias masivas, y no hacer en estos enfermos una hiliostomía, sino una colectomía con hiliostomía definitiva, también teniendo en cuenta, como dicen los cirujanos, que la colectomía en estos enfermos con mesos retraídos, no es una intervención tan difícil. Sobre eso no tengo experiencia, y sólo repito lo que he oído a los cirujanos.

Dr. MIQUEO.—Creo que la hemorragia masiva en una colitis ulcerosa es un elemento más, de extrema gravedad, que se agrega a un cuadro que ya es grave de por sí.

En principio, con un equipo médico-quirúrgico bien organizado y especializado, y en un lugar adecuado, creo que la conducta ideal sería la resección de la lesión que sangra. Pero no cumplidas estas condiciones, entre la hiliostomía y la cecostomía de extrema urgencia, yo haría una cecostomía. Una hiliostomía es una intervención que debe ser muy bien realizada para que marche bien. Lleva mucho más tiempo, evidentemente, que una simple cecostomía.

De manera que el ideal, creo, sería hacer la resección del intestino grueso que está sangrando, pero teniendo en cuenta todos los otros factores de gravedad que forman parte del cuadro de la colitis ulcerosa, que no es sólo la hemorragia.

Dr. ETALA.—Estoy perfectamente de acuerdo con lo manifestado hace un momento por los doctores Martínez Prado, Gutiérrez Blanco y Miqueo, en el sentido de que es mucho mejor realizar una extirpación de la zona sangrante en una colitis ulcerosa con hemorragia masiva, es decir, practicar lo que habitualmente se llama proctocolectomía total, haciendo una hiliostomía definitiva en cuanto a la hemorragia, al mismo tiempo que trata la lesión más grave y complicada, como es la colitis ulcerosa. Pero hay que tener en cuenta las condiciones del enfermo, y ver si realmente puede tolerar esa intervención. Nosotros acostumbramos hacer la proctocolectomía total, siempre que podemos. Por supuesto que lo hacemos con un equipo doble sincronizado, en un tiempo, un equipo por vía abdominal y un equipo por vía perineal. La operación se acorta enormemente con esta sincronización quirúrgica. Hace unos quince días hemos tenido que hacer una proctocolectomía a un enfermo con una colitis hemorrágica. La hemorragia era provocada por pseudopoliposis, especialmente localizada en el colon transverso y en el colon descendente, mucho menos en el sigmoideo y en el recto —lo que no es habitual—, y el enfermo toleró perfectamente bien la operación, y se está recuperando en este momento sin ningún inconveniente, a pesar de la terapéutica que se había usado, de córticoesteroides. Hacía un año que el enfermo usaba córticoesteroides, y fue difícil tener que suspenderle esa terapéutica para antes de la operación. Pero en ese caso la realizamos con ACTH, y después de la intervención volvimos a darle córticoesteroides.

Es muy importante la indicación de córticoesteroides en el postoperatorio para disminuir el volumen de pérdida por la hiliostomía. Eso ayuda muchísimo a la recuperación del enfermo.

Dr. MARTINEZ PRADO.—¿No le parece al Dr. Etala más conveniente la colectomía sin proctectomía, en estos casos graves, para no agregar una prolongación al acto quirúrgico?

Por otra parte, ¿usted tuvo la sensación de que con tratamiento médico hubiera yugulado la hemorragia ésa que requirió una colectomía?

Dr. ETALA.— A la primera pregunta contesto que nosotros preferimos hacer la proctocolectomía porque son apenas diez o quince minutos que retarda la parte perineal, actuando con doble equipo; la hemostasia es mucho más perfecta, la peritoneización es mucho más perfecta.

En este último caso que hemos tenido, en ningún momento tuvimos la impresión de que el enfermo se podía salvar sin operación. Tuvimos que operarlo a pesar de todos los razonamientos que hicimos, a pesar de que poníamos a prueba la vida del enfermo. Tuvimos que optar por la intervención porque nos dábamos cuenta que de otra manera era imposible que el enfermo se salvara.

Dr. CENDAN.— El Dr. Gutiérrez Blanco decía que no conocía casos de operación radical por hemorragias graves en colitis ulcerosa. Yo tengo uno. Se trataba de un enfermo joven, con una gravísima culitis ulcerosa, con estado general muy serio, y con hemorragias masivas que lo habían llevado a la anemia y a un estado toxiinfeccioso extraordinario. En esas condiciones se planteó la intervención. Abierto el vientre, nos encontramos con un peritoneo del cual exhalaba un olor que, evidentemente, indicaba que había una permeabilidad intestinal completamente anormal, había, además, derrame con aspecto seroso turbio, sucio. Y el colon se presentaba con las características de una enorme morcilla, en total adinamia. Parece el aspecto que uno a veces ve en los megacolon en obstrucción crónica, con paredes enormemente gruesas, pero con un infarto total.

Frente a esa situación, resolvimos hacer la extirpación. Practicamos la proctocolectomía, y debo decir que desde el punto de vista de la colectomía en sí, la operación, a pesar del tamaño del colon y del edema muy importante de los mesos, resulta bastante más fácil de lo que uno puede creer. No así la extirpación del recto. A nivel de la región de la pelvis, y más tratándose de una persona de sexo masculino, la infiltración perirrectal, el edema crónico, nos significó un problema bastante serio, que prolongó la operación, de veinte minutos —que nos había llevado la colectomía— a una hora y cuarenta y cinco minutos, para terminar con el recto. Sin embargo, no estamos arrepentidos de haberla realizado, porque las lesiones rectales confirmaban la necesidad de la extirpación en un tiempo.

Terminamos la intervención con una hiliostomía, y creímos que la situación postoperatoria iba a ser extraordinariamente seria. Todo lo contrario: a las veinticuatro horas de la intervención el enfermo estaba en excelentes condiciones, recuperado desde el punto de vista de su volemia, sin síndrome infeccioso, sin ninguna manifestación en su abdomen que hiciera pensar que evolucionaba hacia una peritonitis. Y la evolución ulterior fue excelente hasta los tres meses. Al cabo de tres meses el enfermo comenzó a hacer accidentes de tipo doloroso agudo abdominal, que no tuve ocasión de ver por coincidir con la época en que yo me había ido de vacaciones. Fue reintervenido por el Dr. Cardeza, encontrando una zona de infarto de la parte terminal del intestino, del fleon, que finalmente fue reseçada, y con eso terminó la vía crucial del enfermo, que actualmente se encuentra bien.

Dr. PEREYRA.—Voy a referir algunos casos, que no son personales, de colectomía y de coloproctectomía, realizados en el Servicio donde he trabajado. Algunos fueron realizados por el Dr. Goñi Moreno, y otros por el doctor Russo, que era el encargado de la Sección Proctología de nuestro Servicio de Cirugía.

Para hacer o no hacer proctectomía, se tenía en cuenta el grado de las lesiones del recto, de la ampolla rectal, y se elegía. He ayudado a operar al Dr. Goñi Moreno casos de coloproctectomía en los cuales ha hecho descenso del ileon con conservación de esfínteres, uno de los cuales lo he seguido durante ocho años. El enfermo operado tiene una continencia perfecta. Era un enfermo que había tenido hemorragias graves, pero se operó sin hemorragia.

Con el Dr. Russo y su equipo, se han hecho tres o cuatro colectomías, que están en el relato que presenté al Congreso de Cirugía hace dos años. Los resultados han sido buenos. Sé que ha seguido haciendo en otros Servicios donde actúa ahora, casos que también figuran en el relato, en general con buenos resultados.

Dr. LORENZO Y LOSADA.—Es costumbre hacer un resumen final de la discusión. Pero dado todo lo que se ha dicho aquí, y la hora avanzada, sólo voy a decir dos cosas.

Una es el sentido que tiene la Mesa Redonda: buscar aclarar aquello que hace diez o quince años figuraba en todos los libros, de que hay veinte o veinticinco por ciento de melenas cuyo origen no se conoce. Lo que pasaba era que las enfermedades se conocían menos, que los diagnósticos se perseguían menos —había mucho temor a los estudios intrahemorragícos, o, si se quiere, cercanos a la hemorragia; había mucho temor a operar. Todas estas circunstancias han llevado a que se aclaren un número bastante importante de hemorragias que antes no se sabía a qué eran debidas.

En segundo término, quiero explicar por qué en nuestro medio se tiene una clara tendencia intervencionista, quizás más marcada que en otros medios aún más avanzados en materia técnica. Nos está sucediendo un poco lo que sucedió con las hemorragias digestivas altas, en las que cabe el honor a nuestro país de ir casi a la cabeza en materia de cronología. Es muy posible que fue aquí donde se empezaron a operar, años atrás, las hemorragias digestivas graves. Creo que está pasando un poco lo mismo con la materia que nos ocupa hoy. La explicación es que, como se vio en lo que dijo el Dr. Aguiar del material autopsico, y en lo que referí yo, las hemorragias graves de origen intestinal, sobre todo las colónicas, tienen lugar en enfermos con patología asociada, en general muy importante; son gente de edad avanzada; y todo ello agrega una circunstancia de peligrosidad, de continuación de la anemia, y eso es la causa fundamental de que los cirujanos, frente a una hemorragia digestiva de origen intestinal, nos mostremos cada vez más partidarios de una conducta intervencionista, pero no temeraria.