

MOLÉSTIA DIVERTICULAR. HEMORRAGIA DIGESTIVA. DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL

Arturo Heidenreich

RESUMO

A doença diverticular não complicada do cólon compete com a displasia vascular, o primeiro lugar na produção de hemorragias digestivas baixas maciças.

Estas cedem com tratamento clínico em 90% dos casos; em 10%, a magnitude ou persistência do sangramento colocam em jogo a vida e impõem conduta cirúrgica urgente.

O maior problema está no diagnóstico etiológico e topográfico da lesão sangrante.

A existência comprovada da doença diverticular não é índice fidedigno de que a hemorragia obedeça a esta causa.

Em primeiro lugar, deve-se confirmar ou descartar hemorragia digestiva alta.

Deve-se evitar enema opaco, pois o contraste invalida por muito tempo a possibilidade de estudo vascular contrastado.

A arteriografia celíaco-mesentérica constitui o meio de diagnóstico mais útil, porque além da comprovação etiológica e topográfica, permite executar, às vezes, a hemostasia do vaso sangrante.

O tecnício 99 complementa a arteriografia na busca do local do sangramento, já que permite leitura em câmara gama durante 24 horas, de muita utilidade nestas hemorragias que podem ser intermitentes.

Nos pacientes com hemorragia digestiva baixa maciça que não cede com tratamento clínico, está

indicado, às vezes com extrema urgência, o tratamento cirúrgico. Este consistirá na ressecção limitada do segmento colônico onde foi localizada perda ou colectomia total, quando este diagnóstico topográfico não foi possível.

Dos 21 pacientes operados por hemorragia digestiva baixa maciça nos últimos 25 anos em que a etiologia foi doença diverticular, realizaram-se cinco colectomias totais, três sigmoidectomias e uma hemicolectomia direita, com mortalidade de 22%.

Entende-se por hemorragia digestiva baixa aquela que tem sua origem abaixo do ângulo de Treitz. Proctologista de Buenos Aires – Argentina.

Na doença diverticular, observa-se hemorragia leve ou moderada com menor freqüência do que no câncer do cólon, sendo, no entanto, causa freqüente de hemorragia maciça competindo com a displasia vascular do cólon.

Denomina-se maciça toda hemorragia que leve às seguintes condições:

– reposição inicial urgente de pelo menos um litro de sangue e transfusão de 1.500 ml cada 24 horas nos dias que sucedem

- diminuição da pressão arterial de 40 mmHg abaixo da habitual ou menor do que 100 mmHg quando esta não é conhecida previamente.

- taquicardia maior do que 120 bpm

- Pressão venosa central menor do que 5 cm de água

- hemoglobinemia menor do que 7 gramas

- hematócrito inferior a 30%

As hemorragias digestivas baixas constituem menos de 2% das hemorragias digestivas maciças, tendo sua origem em 70% dos casos no cólon e 30% nos segmentos jejunoileais.

Constituem, desde o ponto de vista diagnóstico e terapêutico um difícilíssimo problema. Sua magnitude ou persistência colocam em risco a vida do paciente, impondo um ato cirúrgico urgente. O êxito da cirurgia dependerá das possibilidades de localização pré-operatória do local da hemorragia.

Acredita-se que 90% dos casos cedem com tratamento clínico, portanto, somente 10% requerem cirurgia, dos quais a quarta parte necessita intervenção de extrema emergência.

É imprescindível precisar em todo quadro de hemorragia digestiva baixa maciça, os antecedentes de sangramento, ritmo, periodicidade e volume de perda. O problema mais difícil é determinar a localização topográfica e sua etiologia.

A indicação cirúrgica surge, quando:

- a) para compensar o paciente hemodinamicamente, é necessário mais de 1.500 ml de sangue total por dia;

- b) persistência ou recidiva da hemorragia após curto intervalo livre;

- c) limite de disponibilidade de sangue, seja pela quantidade, seja pelo grupo sangüíneo;

- d) quando a idade, condições gerais e patológicas associadas determinam intolerância à hipovolemia.

A dificuldade máxima deste grave problema reside em contar com um diagnóstico topográfico e etiológico presumivelmente certo.

As dificuldades diagnósticas assinaladas não devem deixar passar o momento cirúrgico oportuno, porque a cirurgia em paciente hipovolêmico com manifestações de anóxia crônica, aumenta muito a morbimortalidade.

Nossa experiência baseia-se em 21 pacientes operados nos últimos 25 anos por hemorragia digestiva baixa maciça, sendo que em nove deles a doença diverticular do cólon foi causa desta gravíssima complicação.

A concentração de vasos nos divertículos já foi descrita anteriormente. A erosão destes vasos por processos locais ulcerosos devido a traumatismos explica a hemorragia maciça que se observa nos

pacientes com diverticulose. Esta complicação tende a ocorrer com menor freqüência nos pacientes com antecedentes de complicações inflamatórias, obstrutivas ou massa tumoral palpável, o que seria explicado pela presença de fenômeno inflamatório que causa trombose de vasos (Fig. 1).

A doença diverticular do cólon é patologia freqüente, sendo que em numerosas circunstâncias o paciente já tem diagnóstico através de raio-X anterior. A existência comprovada desta afecção não é índice fidedigno de que seja esta a causa do sangramento.

Diante de um paciente com sangramento, deve-se, inicialmente, confirmar ou descartar hemorragia digestiva alta. A passagem de sonda nasogástrica e/ou a esofagogastroduodenoscopia dão esta informação.

A anuscopia, retoscopia e colonoscopia somente em casos excepcionais são úteis para o diagnóstico. Em geral, o instrumento é retirado após o sangue inundar o campo visual, superando as possibilidades de lavagem e aspiração.

Antes do aparecimento da arteriografia mesentérica seletiva, o enema baritado, sem preparo prévio intra-hemorrágico, servia como procedimento diagnóstico e terapêutico, pois a pressão de 110 a 130 cm água atua tamponando o vaso sangrante; o bário retido no divertículo, por seu efeito irritante, poderia produzir trombose e posteriormente, esclerose vascular.

Atualmente, prefere-se utilizar soro fisiológico gelado, que favorece a hemostasia por espasmo vascular, formação de coágulos e aumento da pressão hidrostática, sem invalidar o estudo contrastado vascular, o que ocorre quando se usa substância radiopaca.

A exploração arteriográfica do tronco celíaco e

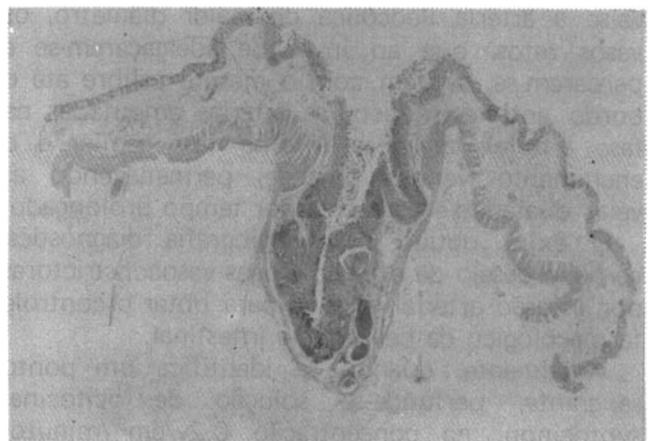


Fig. 1 - Erosão de vaso arterial no fundo de divertículo inflamado.

das duas artérias mesentéricas constituem o procedimento de escolha atualmente.

A arteriografia celíaco-mesentérica tem três objetivos:

- 1º — localizar o local de sangramento;
- 2º — diagnosticar a causa do sangramento;
- 3º — realizar hemostasia transitória ou definitiva do vaso sangrante.

Quando realizada com os devidos cuidados técnicos tem mínima morbidade (hematomas inguinais ao nível da punção da artéria femoral), existindo como única contra-indicação, alergia a contraste iodado.

A certeza topográfica do sangramento recente é obtida observando-se extravasamento na luz intestinal. Para esta informação, estima-se que a hemorragia deva superar um ritmo que varie de 0,5 a 6 ml por minuto. Quando a angiografia não revela extravasamento, ante um fluxo diminuído, pode-se realizar heparinização sistêmica, agregando vasodilatadores e fibrinolíticos, para provocar maior hemorragia.

Obtido o arteriograma, administra-se sulfato de protamina, para neutralizar a heparinização. Em três dos oito casos estudados angiograficamente desta série, observou-se o local do sangramento.

Os achados arteriográficos das displasias vasculares, afecções que ocorrem na mesma faixa etária da doença diverticular, são diferentes nos casos de angioma (neoformação), hamartomas (angiodisplasias congênitas) ou ectasias vasculares (adquiridas).

O angioma se manifesta como um novelo arterial com retorno venoso precoce e pronunciado. A angiodisplasia ou malformação vascular arteriovenosa aparece como uma dilatação telangiectásica ou aneurismática irrigada por artéria de diâmetro aumentado, que concentra o meio de contraste e apresenta drenagem venosa precoce e prolongada. Na ectasia vascular adquirida, observa-se a artéria ileocólica de maior diâmetro, os vasos retos, que ao invés de adelgaçarem-se e perderem-se, seguem com o mesmo calibre até o bordo antimesentérico, as artérias amputadas na fase arterial tardia, a intensa fase capilar e o enchimento venoso precoce, permanecendo as veias dilatadas e tortuosas por tempo prolongado.

O êxito obtido pela angiografia diagnóstica gerou o desejo de utilizar drogas vasoconstrictoras por infusão arterial seletiva para obter o controle farmacológico da hemorragia intestinal.

Atualmente, quando se identifica um ponto sangrante, perfunde-se solução de ocitocina, syntocinon, na concentração 0,2v/cm³/minuto, utilizando-se bomba de infusão constante (Figs. 2 e 3).

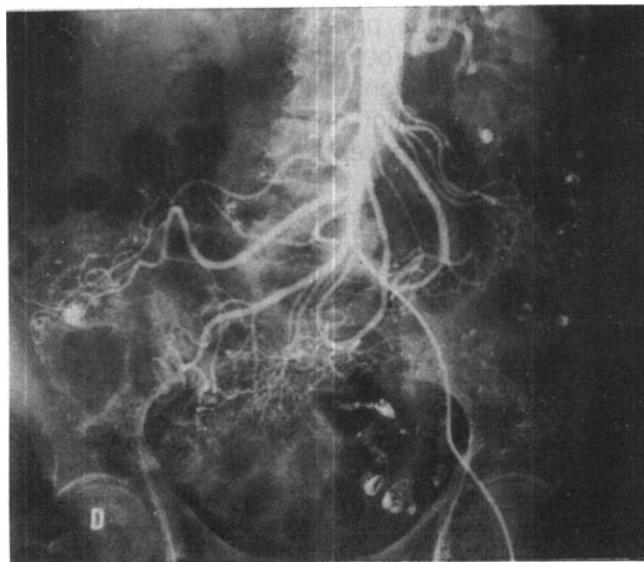


Fig. 2 — Arteriografia seletiva da artéria mesentérica superior em paciente que 24 horas antes havia realizado enema opaco. Observa-se extravasamento de contraste ao nível do cólon descendente.

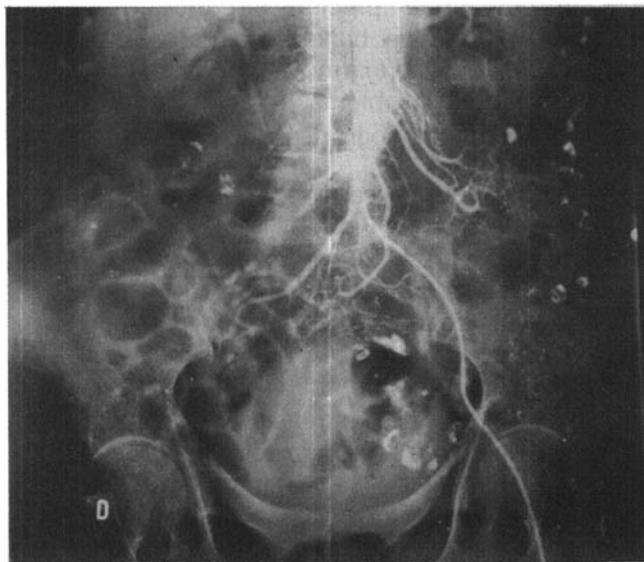


Fig. 3 — Nova arteriografia após injetar substância vasossupressora. Comprova-se espasmo arterial das artérias cólicas e ausência de passagem de substância iodada para luz colônica.

A perfusão permanece por 20 minutos, repetindo-se o angiograma; se a hemorragia persiste, eleva-se a dose de ocitocina a 0,4v/cm³/minuto, repetindo-se novamente a angiografia após 20 minutos.

Se a hemorragia cessar, continua-se a perfusão com 60 ampolas de ocitocina de 2 cm³ e 10v pressoras cada uma, em 380 cm³ de solução dextrosada durante 24 horas, à razão de 21 gotas por minuto. Depois deste período, cessa a infusão da droga, deixando-se o cateter *in situ*, com

solução dextrosada até 24 horas depois de cessada a hemorragia.

Com este procedimento, controla-se a maioria das hemorragias maciças e quando isto não ocorre de forma completa, permite realizar uma intervenção localizada, que retire o segmento intestinal afetado no momento adequado.

Durante a infusão, deve-se vigiar a diurese, pelo efeito antidiurético da ocitocina. Caso ocorra oligúria importante, deve-se diminuir a ingestão de líquido ou indicar-se diurético.

O tecnécio 99 permite uma leitura em câmara gama do local do sangramento durante 24 horas, de muita utilidade nestas hemorragias que podem ser intermitentes. No caso de não ter resultados positivos, procede-se a uma segunda ou terceira leitura, injetando-se em dias sucessivos cada vez uma nova dose de marcador com o doente anticoagulado. Para que o tecnécio 99 não seja eliminado na proporção de 40% pelo estômago e distorça o exame, convém injetar previamente pirofosfato ou cloreto de estanho, que permite o ingresso de 100% do marcador no glóbulo vermelho, onde fica circulando durante 24 horas.

Nos doentes com hemorragia digestiva baixa maciça que não cede com as medidas habituais, ou seja, repouso, reposição sangüínea, enteroclistemas com soro gelado e farmacoangiografia, está indicado, e às vezes com extrema urgência, o tratamento cirúrgico.

Este consistirá na ressecção limitada do segmento colônico onde se localizou a perda.

Quando o diagnóstico topográfico não foi possível, optou-se pela colectomia total *exteriorizando-se as extremidades como ileostomia e uma fístula mucosa* (Fig. 4).

A anastomose íleo-retal, término-terminal ou *por meio de Champaeau*, no período hemorrágico, está associada a elevada morbimortalidade, daí ser aconselhável a reconstituição do trânsito num segundo tempo cirúrgico.

Nos nove pacientes desta série, operados por hemorragia digestiva baixa maciça de etiologia diverticular, foram realizadas cinco colectomias totais, três sigmoidectomias e uma hemicolecotomia direita com 22% de óbitos no pós-operatório imediato.

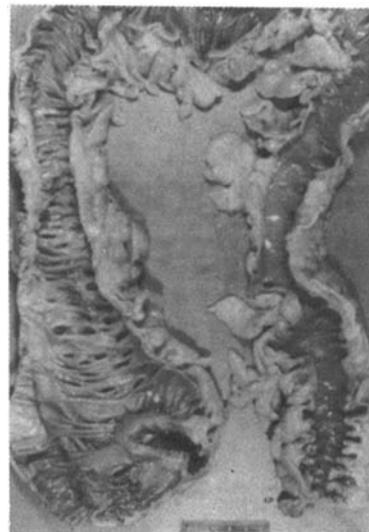


Fig. 4 – Peça aberta de colectomia total realizada por hemorragia digestiva baixa maciça. observando-se diverticulose universal.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. ASTIZ JM – Colopatías vasculares del colon. Prensa méd argent, 67: 643, 1980
2. BARREDO C, PINCHUK L, COVARO J, BOSOLINO A & ASCHKENAZY S – Hemorragias digestivas bajas con repercusión hemodinámica. Análisis de 100 casos. Sem méd, 165: 95, 1984.
3. BOLEY SJ, DIBIASE A, BRANDT LJ & SAMMARTANO RJ – Lower intestinal bleeding in the elderly. Am J Surg, 137: 57, 1979.
4. DIAZ GE, KURTZBART R & ASTIZ JM – Valor de la angiografía selectiva en las hemorragias digestivas bajas. Prensa méd argent, 68: 382, 1981.
5. GUTIERREZ VP – Hemorragias digestivas altas graves. Relato oficial. 44 Congreso Argentino de Cirugía. Rev argent Cirug. Núm Extraord, 79: 1973.
6. HEIDENREICH A – Entero y colopatías vasculares. Relato oficial. 50 Congreso Argentino de Cirugía. Rev argent Cirug. Núm Extraord, 3: 1979.
7. KUBICKA RA, OBREZ I & LEVIN DC – Perfusión simultánea de vasopresina en dos arterias. Control de una hemorragia masiva de colon. J Am Med Ass en Argentina, 1: 163, 1979.
8. LEBORGNE J, BOURRET F, HELOURY Y, PAINEAU J & LE NEE JC – Problèmes posés par les hémorragies massives d'origine colorectal. J chir, 121: 39, 1984.
9. MOCK J – Colonic diverticular disease. Angiography for the diagnosis of bleeding. Dis Colon & Rectum, 18: 565, 1975.
10. TERRY BG & BEART RW – Emergency abdominal colectomy with primary anastomosis. Dis Colon & Rectum, 24: 1, 1981.
11. VADRA JE, KISCHINEFSKY JS & ALTRUDI RD – Lesiones agudas sangrantes digestivas. Acta Gastroenterol Latinoamer, 13: 1, 1983.
12. VEIDENHEIMER MC – Colonic diverticular disease. Management of massive bleeding. Dis Colon & Rectum, 18: 568, 1975.