



El presente artículo corresponde a un archivo originalmente publicado en el **Boletín del Hospital Clínico para sus graduados en provincia**, actualmente incluido en el historial de **Ars Medica Revista de Ciencias Médicas**. Este tiene el propósito de evidenciar la evolución del contenido y poner a disposición de nuestra audiencia documentos académicos originales que han impulsado nuestra revista actual, sin embargo, no necesariamente representa a la línea editorial de la publicación hoy en día.

RECTORRAGIAS FEBRILES

Dra. Carmen Kreft

El sangramiento gastrointestinal no sólo es uno de los problemas más comunes y serios con que se enfrenta el médico, sino que constituye también un desafío para éste en lo que se refiere a la determinación de su etiología como así mismo de la terapia apropiada. Un enfoque correcto del problema requiere una cooperación estrecha y precoz entre el médico de cabecera, el radiólogo y el cirujano. La mortalidad en hemorragias digestivas masivas oscila entre 5 y 50 %, contribuyendo a esta alta mortalidad errores diagnósticos en cuanto a definir la fuente y sitio de sangramiento y el no considerar el cuadro como una emergencia médica.

Dentro de los sangramientos digestivos nos encontramos la rectorragia entendiendo por tal, el pasaje de sangre fresca por recto, habitualmente proveniente de lesiones distales a la válvula íleo-cecal.

Nos vemos abocados hoy al problema que constituyen las rectorragias cuando se acompañan de fiebre, en cuanto a su diagnóstico diferencial y aproximación diagnóstica. Varias son las entidades que confirmaron (Clínicas) ambos síntomas dentro de su evolución y hemos querido nombrarlos en orden de frecuencia, para luego tratar en forma más amplia aquéllos que por su frecuencia son de mayor interés para el clínico.





### Disenterías Bacilares.

Se presentan como cuadros de diarrea aguda, y debido a su mortalidad en todas las poblaciones y a su alta mortalidad en países en desarrollo, han sido investigados su etiología y mecanismos patogénicos. Las bacterias patógenas pueden dividirse en tres grupos de acuerdo a su interacción característica con la mucosa intestinal.

1. Bacterias Patógenas del tipo *Vibrio cholerae* y algunas *E. Coli* que producen la enfermedad por multiplicación en el intestino delgado, seguido de liberación de una exotoxina que determina secreción de líquidos y electrolitos.

No hay invasión de la mucosa y los síntomas sistémicos, incluidos la fiebre, son raros.

2. Bacterias patógenas del grupo *Shigellae* y algunas cepas de *E. Coli* no productoras de enterotoxinas. Estas invaden y luego destruyen la mucosa intestinal, apareciendo la enfermedad como una infección descendente del tracto digestivo. Temprano dentro de la infección clínica, el organismo se encuentra con el intestino delgado y el paciente acusa dolor abdominal y fiebre. Posteriormente, aparecen deposiciones líquidas y seguidas, 1-2 días después, de colitis con pujo, tenesmo y deposiciones disintéricas ( mucosidades y sangre ).

3. Por último tenemos el grupo de las *Salmonellas*. Estas invaden el epitelio intestinal, sin que haya destrucción extensa de la mucosa. En esos casos el revestimiento epitelial se conserva intacto y los organismos alcanzan la lámina propia determinando una respuesta inflamatoria. La naturaleza de la respuesta inflamatoria parece importante en la patogénesis de la enfermedad y la sintomatología resultante. La *S. Typhi* produce una respuesta inflamatoria de tipo mononuclear, los organismos pasan a la circulación y aparecen los síntomas sistémicos conocidos. La *S. común*, produce una respuesta polimorfonuclear siendo la expresión clínica una gastroenteritis con invasión pseudodominante de intestino delgado distal y mucosa colónica.



Pathogenesis de Disenterías Bacilares:

Patógeno	Interacción	Mecanismo	Localización
	bacteria mucosa intestinal	patogénico	intestinal
V. Cholerae E. Coli	No invade	Producción enterotoxina	I.D.
Shigellae E. Coli	Penetración multiplicación intraepitelial	Inflamación y destrucción mucosa	1° I.D. luego colon
Salmonella	Penetración completa de célula epitelial	Inflamación lámina propia	1° I.D. y colon

Clínica, Laboratorio, Epidemiología, Disenterías Bacilares:

	Clínica	Epidemiología	Leucocitos	Trat.
V. Cholerae	±- fiebre diarrea líquida	Fuente de agua alimentos	-	
E. Coli Shigellosis	Fiebre colitis	persona a persona	#### Polinuclear	Ampicilina Tetraciclina
Salmonellosis Typhy	fiebre, dolor abdominal	Fuente: alimentos agua	## monos	CAF Ampicilina
Non typhy	fiebre, vómitos diarrea	Fuente: alimentos	## Polinuclear	-



En general la Shigellosis y algunas cepas de E. Coli presentan un cuadro caracterizado por síntomas derivados del compromiso colónico como pujo, tenesmo y deposiciones sanguinolentas y mucosas. La fiebre es habitualmente elevada. La mayoría de las Shigellosis no se tratan con antibióticos, pero cuando se trata del Shiga clásico o cuando se trata de pacientes muy jóvenes, debilitados o viejos, en los que la mortalidad aumenta, está indicado el uso de antibióticos. En niños se usa la Ampicilina mientras el adulto responde adecuadamente a una dosis única de 2,5 grs. de Tetraciclina. Con esto se obtiene negativización de los cultivos de deposiciones y normalización de la temperatura dentro de las primeras 36 horas.

#### Enfermedad Diverticular del Colon :

La enfermedad diverticular del colon estuvo en el grupo de los cuadros clínicos poco conocidos desde la primera descripción de un divertículo hecha por Cömmering en 1807, hasta que se pluralizó el examen radiológico por enema baritado. Con este método diagnóstico y los avances técnicos en los últimos años, se ha restablecido la existencia de numerosos portadores de divertículos colónicos que son asintomáticos y se ha precisado la participación que tiene la diverticulosis colónica en la génesis de cuadros abdominales y agudos y crónicos. Toda hernia de la mucosa fuera del lumen intestinal debe considerarse un divertículo. Los divertículos del colon son en su mayoría falsos, es decir, la parte herniada sólo contiene mucosa que queda cubierta externamente por serosa y subserosa. La muscular no



participa. Este hecho es importante, ya que su ausencia impide la evacuación de su contenido al lumen, con lo que favorece su infección. Por otra parte, el divertículo verdadero está formado por todas las capas del intestino; esta variedad es rara.

Clásicamente se ha adoptado la denominación diverticulosis para el cuadro diverticular no inflamatorio, en contra posición con diverticulitis, naciendo la denominación de "enfermedad diverticular", que incluye ambas condiciones.

En cuanto a patogenia en la enfermedad diverticular se invocan fundamentalmente dos factores:

1. El aumento de la presión extra-colónica.
2. La debilidad de la pared.

Distribución: Con gran frecuencia sólo hay divertículos en el sigmoides, disminuyendo su densidad en contenido proximal.

#### Clasificación:

- I Enfermedad diverticular asintomática
- II Enfermedad diverticular sintomática.
  - a) Simple
  - b) Complicada: Hemorragia severa  
Perforación  
Obstrucción  
Fístula.

#### Frecuencia:

La frecuencia de esta afección ha aumentado como reflejo directo del avance de la longevidad sobre los 40



años; la incidencia de portadores de divertículos en la población oscila entre 5 y 20 %, y entre 10 y 20 % de este grupo hacen alguna forma de enfermedad diverticular sintomática.

### Sintomatología:

Nos referimos a la Enfermedad Diverticular sintomática

### Enfermedad Diverticular sintomática Simple:

En esta forma de afección no hay complicaciones que la defina clínicamente y es difícil determinar hasta qué punto los síntomas dependen en la existencia de divertículos colónicos. Sin embargo, hay dos hechos que definen a estos enfermos:

- a) La ausencia de otra patología colónica y,
- b) Su evolución habitual en crisis que consiste en una combinación de trastornos del tránsito intestinal, dolor abdominal de diversos tipos, rectorragia de poca cuantía y fiebre moderada.

Dolor 65 % de los casos

Alteración del tránsito 60 % Diarrea o Constipación.

Rectorragia: 10-50 %, con gran frecuencia hemorragia pequeña con caracteres de colorragia oscura y no de melena o de una mezcla de sangre oscura, más coágulos. Cuando se acompaña de diarrea, la sangre evacuada es de color rojo vivo. En general el sangramiento es más propio de enfermos de más edad. Fiebre, 6 %, moderada y ocasional.



La duración de la crisis compuesta por la combinación de estos diferentes síntomas es variable, pero en general oscila entre 7-15 días, mediando tratamiento adecuado.

#### Enfermedad Diverticular Complicada:

Este grupo está constituido por aquellos enfermos que como forma de iniciación de la sintomatología en el curso de la evolución, presentan alguna de las siguientes complicaciones: hemorragia grave, obstrucción intestinal, perforación intestinal o fístulas internas o externas. La hemorragia grave aparece con una frecuencia variable entre 5 y 20% de las series publicadas. Este accidente hemorrágico generalmente no se asocia a un cuadro inflamatorio franco.

#### Colitis Isquémica:

La colitis isquémica, mal definida y descrita con poca frecuencia, sale a luz con más fuerza en 1963, cuando Böly y colaboradores reportaron cinco casos de infarto segmentario de colon espontáneamente reversible. Se acuñó el término "colitis isquémica" para señalar la superposición de un componente inflamatorio causado por la invasión de bacterias del colon. Ellos delimitaron la enfermedad dividiéndola en tres categorías: transitoria, estenosante y gangrenosa.

Gracias a una serie de modelos experimentales en animales, se llegó a pensar que la colitis isquémica está causada por la oclusión de un vaso colónico distal pequeño, siendo la irrigación colateral suficiente para minimizar el daño isquémico de la mucosa y submucosa, resultando un infarto segmentario parcial completamente rever



sible. Esta oclusión distal puede ser secundaria a trombosis, embolías, vasculitis por colagenotapia, amiloidosis u otra enfermedad que comprometa la vasculatura colónica. Una "oclusión funcional" puede acelerar a un flujo disminuido, como se ve en enfermedades cardiovasculares con débito cardíaco bajo o hipotensión. Esto, a menudo se asocia a A.E. de los grandes vasos mesentéricos o bien a estenosis de vasos pequeños por engrosamiento de la íntima.

La colitis isquémica se presenta preferentemente en personas de edad, que tienen enfermedades cardiovasculares y a veces diabetes. Habitualmente es segmentaria y tiene predilección por el ángulo esplénico en que la circulación colateral es más vulnerable, ya que es el punto de anastomosis de los sistemas mesentéricos superior e inferior.

#### Colitis Isquémica Transitoria:

Es probablemente la forma más común; se presenta con dolor en cuadrante inferior izquierdo, rectorragia, signos de irritación peritoneal izquierda, temperatura moderadamente elevada y leucocitosis. El compromiso rectal es raro y el examen sigmoidoscópico es de poco rendimiento. La clave del diagnóstico es el enema baritado que muestra lesiones típicas de "pseudotumor y huellas de pulgar", términos que se usan para describir los defectos de llenamiento que hay y que se deben a hemorragia submucosa.

Las lesiones Rx. regresan en 7-14 días, y las manifestaciones clínicas también, con tratamiento de mantenimiento y tal vez antibióticos para suprimir la aparición de infección bacteriana.



### Colitis Isquémica Estenosante:

Esta variedad resulta de una situación intermedia en que la circulación colateral es suficiente para evitar la gangrena transmural, pero insuficiente para proteger la mucosa y submucosa. La necrosis e invasión bacteriana llevan a una fibrosis y retracción. Da síntomas de obstrucción incompleta con demostración Rx. de estenosis con saculación.

### Colitis Isquémica Progresiva:

Se produce cuando la circulación colateral es incapaz de prevenir el infarto transmural, dando una peritonitis, leucocitosis y colapso cardiovascular.

La variedad "oclusiva" es más frecuente que la no "oclusiva". Los casos oclusivos se ven más frecuentemente después de cirugía aórtica, especialmente aneurismectomías en que hay compromiso de la a. mesentérica inferior y de la circulación colateral. El grupo no oclusivo, se caracteriza por una elevada incidencia de episodios de hipotensión en pacientes de edad con signos de aterosclerosis mesentérica. Todos los casos de gangrena mesentérica requieren intervención de urgencia, terapia parenteral, sangre y antibióticos. Tiene una elevada mortalidad.

### Colitis Ulcerosa y Colitis Granulomatosa:

Tanto la enteritis regional, como la proctocolitis, tienen algunas características clínicas y patológicas que le son propias, pero ninguna patognomónica que haga el diagnóstico irrefutable. Fueron Wells y Brocks los primeros en reconocer la existencia de dos tipos que en algunos tipos de colitis la enfermedad difería del patrón habitual. Es ahora aparente la distinción de dos tipos de colitis con evidencias clínicas, radiológicas y patológicas. Una tiene la anatomía patológica de las proctocolitis y la otra las características anatómicas descritas



para la enteritis regional. La distinción entre ambas fue hecha por análisis del curso clínico, características radiológicas e histológicas.

### Clínica :

La diarrea es el síntoma más frecuente en ambas, pero es más bien una verdadera diarrea en la enfermedad de Crohn, a diferencia de la colitis ulcerosa en que tenemos eliminación de mucosidades y sangre. En esta última, la presencia de sangre en deposiciones es habitualmente notada por el paciente, dato que sólo aportan un tercio de los pacientes con Crohn. Por otra parte el dolor abdominal, raro en la colitis ulcerosa, es frecuente en la E. regional. El compromiso del estado general con disminución de peso está presente en ambas, pero es más frecuente en el Crohn. Debe interrogarse por antecedentes de infecciones anales u operaciones, como así mismo por la presencia de enfermedad intestinal en otro consanguíneo por la incidencia familiar que se ve en el Crohn.

En general, la evolución del Crohn es más continuada que la colitis ulcerosa, que se presenta en crisis.

### Examen Físico :

Disminución de peso, anemia, fiebre, compromiso cutáneo más frecuente en las proctocolitis. El examen abdominal es generalmente negativo de sensibilidad en el trayecto del colon en los casos más agudos, pero puede haber masa palpable o presencia de fístulas cutáneas en el caso del Crohn. Las fístulas también pueden encontrarse en glúteos y región genital. La enfermedad de Crohn se asocia también con frecuencia, a lesiones anales ( fístula, fisura ).



Distinción Clínica entre Proctocolitis y Crohn.

	Proctocolitis	Enf. de Crohn
Sangramiento	Muy común	Raro
Dolor abdominal	(-)	Común
Masa abdominal	(-)	Ocasional
Fístula espontánea	(-)	Ocasional
Infección perianal	Rara	Frecuente
Lesiones anales previas	(-)	Ocasional
Comp. intestinal		
Compromiso rectal	95%	50%
Visión endoscópica	Mucosa hiperémica granular	Edema, úlceras

Colitis Pseudomembranosa :

Es una enfermedad inflamatoria del tubo digestivo, caracterizada por la formación de colecciones de exudado membranoso en la mucosa. Aparece generalmente en una serie de condiciones clínicas como post-operatorios, obstrucción colónica infección tratada con antibióticos, insuficiencia renal, y shock. El cuadro clínico es de iniciación brusca con fiebre acompañada de diarrea líquida de mal olor con mucus, pus y ocasionalmente sangre. La pérdida de líquidos puede ser tan rápida y marcada que da oliguria, confusión mental y shock. Hay alteraciones hidroelectrolíticas y ácido-básicas. Es una enfermedad seria con una mortalidad de 75%.

Trombosis Mesentérica :

Cuando hay una enfermedad del árbol arterial esplácnico se compromete el flujo sanguíneo bajo niveles críticos, que produce una necrosis isquémica del territorio comprometido. Naturalmente se ve en pacientes de edad con A.E.



avanzada. También se puede ver oclusión del territorio esplácnico por aneurismas disecantes, tromboangeitis obliterante, hiperplasia fibromuscular y vasculitis sistémicas. También se ha descrito en pacientes con anticonceptivos orales.

El infarto agudo se manifiesta como dolor abdominal, que inicialmente puede ser de carácter cólico y de localización periumbilical. En esta etapa los ruidos hidroaéreos pueden estar incluso aumentados. De hecho los hallazgos del examen abdominal son pobres en relación a las manifestaciones sistémicas que pueden ser severas: taquicardia, hipotensión, fiebre, hemoconcentración, linfocitosis. Aparecen manifestaciones de un íleo con vómitos y un cuadro de obstrucción intestinal. Inicialmente no hay sangre ni en el vómito ni en las deposiciones, pero luego se hace presente. A medida que la isquemia progresa el dolor se hace constante y se localiza pobremente. Finalmente cuando la necrosis isquémica es transmural hay signos claros de peritonitis, obstrucción intestinal y sangramiento evidente.

#### Aproximación Diagnóstica :

Amén de la historia clínica, en la que interesa conocer el tiempo de evolución de la enfermedad, iniciación brusca o insidiosa, historia digestiva previa, enfermedades concomitantes, edad del paciente, interesa en el examen físico del paciente: masa abdominal, dolor abdominal, signos generales, presencia de fístula, alteraciones cutáneas, etc. Contamos con algunos métodos diagnósticos más específicos, como son la endoscopia, rayos X, cultivo, angiografía y biopsias.



Angina Mesentérica. Trombosis :

Historia de oclusiones previa, dolor post-prandial abdominal ( angina mesentérica 50% de los casos ).

Rx: íleo con niveles hidroaéreos.

Ca. Colónico :

La endoscopía es esencial en pacientes con rec-torragias o evidencias de malignización de colon o recto. El 60% tienen lesión dentro de los 25 cm. del sigmoidoscopio, que puede tener confirmación histológica.

Rayos X :

La radiografía simple es útil en pacientes con obstrucción. Al enema baritado, hay masa radiotransparen-te, puede ser lesión polipoídea; si es sésil, más probabi-lidades de que sea maligna; aumenta riesgo con aumento de tamaño. Otro signo es disminución del lumen, distorsión de la mucosa, rigidez de la pared.

Enfermedad Diverticular del Colon :

La rectosigmoidoscopia tiene un valor relativo e indirecto en el sentido que es excepcional la visión di-recta de la zona rectosigmoidea inflamada o portadora de di-vertículos. Se han descrito las siguientes cifras indicado-ras de la presencia de una diverticulosis :

- a) Espasmo del recto sigma que impide el avance del instru-mento.



- b) Angulación marcada del rectosigmoideas con semejante efecto instrumental.
- c) Fijación del segmento rectosigmoideo.
- d) Erosión de la boca de los divertículos y,
- e) Eventraciones formadas por la mucosa redundante, cuya erosión simula grandes divertículos.

#### Estudio Radiológico :

El mejor medio para demostrarlo es el enema bariado con fase de llenado y vaciamiento. La incidencia de los rayos en forma lateral con respecto al asa, da un aspecto de "pila de monedas" o con "espículas"; en cambio, si la incidencia es frontal, muestra la proyección de senos profundos y/o divertículos.

#### Disentería Bacilar :

Shigellosis ( fiebre, diarrea, retortijón, rectorragia ). La sigmoidoscopia muestra grados de hiperemia, friabilidad y ulceración de la mucosa. La biopsia rectal muestra inflamación por polimorfonucleares. Lo más importante es el cultivo del germen.

#### Colitis Pseudomembranosa :

Cultivos positivos a Estafilococos a veces. La sigmoidoscopia da un intestino hiperémico con compromiso parcelar de la mucosa ( tipo parche ) por un exudado blanquecino y moderadamente friable. En casos severos se pueden encontrar grandes úlceras planas. El enema baritado muestra cambios inespecíficos, que a veces deben ser diferenciados de los de la colitis ulcerosa.



Colitis Granulomatosa :

1. Anemia macrocítica ( por déficit B 12 o ácido fólico), hipoproteinemia.
2. Rectosigmoidoscopia da compromiso transmural, hay áreas de inflamación submucosa y grandes áreas con ulceración, como empedrado.
3. Biopsia rectal : hay inflamación submucosa, hiperplasia linfoídea y puede o no haber granuloma.
4. Rayos X: da evidencias de compromiso transmural ( estrechez colónica por fibrosis o edema, formación de fistulas o pseudodivertículos ).
5. Distribución peculiar del proceso ( compromiso excéntrico del colon, presencia de compromiso de intestino delgado, compromiso localizado del colon ascendente o transverso ).
6. Cambios mucosas ( ulceraciones profundas, lineales; aspecto de empedrado ).

Colitis Ulcerosa :

El procedimiento más o menos ~~usual~~ es la sigmoidoscopia. La mucosa es anormalmente friable-translúcida y brillante, hay infiltración subepitelial y edema, erosiones en la mucosa y abscesos. Posteriormente aparecen irregularidades de la mucosa.