

**FERNANDO CORDEIRO, TSBCP**  
**OSWALDO LUIS PINTO, TSBCP**  
**RENATO ARAÚJO BONARDI, TSBCP**  
**CARMEN RUTH MANZIONI, TSBCP**  
**WAGNER VASCONCELOS, TSBCP**  
**KAREN DELACOSTE PIRES, TSBCP**  
**IRENO FLORES DE AZEVEDO, TSBCP**

---

Cordeiro F, Pinto OL, Bonardi RA, Manzioni CR, Vasconcelos, Pires KD, Azevedo IF - Tribuna livre: Como eu faço. *Rev bras Colo-Proct.* 1995; 15(3): 138-141

---

Como sempre, gostaríamos de agradecer aos nossos colegas a participação nesta sessão, pois sem eles não existiria e nos tem facilitado em muito nosso trabalho. Lembramos sempre que o nosso objetivo é favorecer a participação de todos, permitindo assim que emitam suas opiniões livremente.

Esta é uma **TRIBUNA LIVRE** e não há necessidade de convites para que sua opinião seja discutida. Enquanto houver distintos posicionamentos dos apresentados, o tema será mantido ou retornará à discussão, porém não serão publicados os textos considerados contestatórios.

Àqueles interessados em colaborar, manteremos sempre um canal aberto pelo fax número (0192) 543839.

O tema desta edição será **HEMORRAGIA DIGESTIVA BAIXA (não oficial): CONDUTA** e contamos com a colaboração de seis Membros da nossa Sociedade:

1. Oswaldo Luis Pinto (Campinas - SP)
2. Renato Araújo Bonardi (Curitiba - PR)
3. Carmen Ruth Manzioni (São Paulo - SP)
4. Wagner Vasconcelos (Rio de Janeiro - RJ)
5. Karen Delacoste Pires Mallmann (Porto Alegre - RS)
6. Ireno Flores de Azevedo (Goiânia - GO)

**1. Considerando um paciente de 60 anos, com queixa de sangramento pelo ânus, em média quantidade, primeiro episódio, em bom estado geral, e com retossigmoidoscopia rígida evidenciando apenas sangue em grande quantidade no reto, porém, sem lesões, qual seria sua atitude após manutenção do estado hemodinâmico?**

**(Oswaldo Luis Pinto)** - Realizaria um preparo do cólon com manitol 10%, "expresso", na dose de 750 ml em três horas e submetteria o paciente à colonoscopia.

**(Renato Araújo Bonardi)** - As medidas iniciais do primeiro atendimento já foram corretas, tendo o paciente recebido tratamento adequado para corrigir o seu estado hemodinâmico e submetido a uma retossigmoidoscopia rígida que afastou patologias anorretais. Este paciente deve continuar a sua investigação em ambiente hospitalar, em regime de internação, lembrando que a maior parte dos sangramentos digestivos baixos param espontaneamente, porém em um número muito significativo ocorre outro sangramento dentro das próximas 72 horas.

É nossa preferência realizar a colonoscopia nestas situações. Nesta faixa etária, o diagnóstico diferencial é com as neoplasias (benignas ou malignas), angiodisplasias e a doença diverticular. Pólipos benignos podem ser tratados endoscopicamente; neoplasias malignas passíveis de biópsia, angiodisplasias não aparecem no raio X (enema opaco) e eventualmente o ponto de sangramento pode ser encontrado. A nossa segunda preferência é o raio X (enema opaco); principalmente, **a.** no caso de doença diverticular onde o raio X é fundamental no nosso entender mostrando muito claramente a extensão do processo e o sanfonamento característico e **b.** nas neoplasias onde podemos localizar com certeza o tumor.

**(Carmen Ruth Manzioni)** - Como sabemos que as enterorragias podem ter sua origem no trato digestivo alto, começamos a investigação por meio de uma endoscopia digestiva alta. Supondo que a causa da hemorragia seja baixa e a endoscopia normal, indicamos o mapeamento com hemácias marcadas que, em cerca de 20 minutos, mostrará a persistência ou não do sangramento e a topografia da lesão. Se o paciente está hemodinamicamente estável, optamos, em seguida, pela realização de uma colonoscopia após preparo com manitol expresso.

**(Wagner Vasconcelos)** - A nossa atitude seria a de aguardar a evolução. Se parar a hemorragia, investigação de rotina.

**(Karen Delacoste Pires Mallmann)** - Em um paciente com sangramento ativo, independente da idade, investigo inicialmente, de rotina, após a retossigmoidoscopia, o trato digestivo superior, através de endoscopia alta, já que se trata de exame rápido, que pode dispensar preparo.

**(Ireno Flores de Azevedo)** - A hemorragia digestiva em pacientes nessa faixa etária sugere sangramento baixo. Com grande probabilidade, hemorragia por doença diverticular hipotônica ou por malformações vasculares.

Se o quadro hemodinâmico está estabilizado, após reposição volêmica, às custas de transfusão sanguínea, do ponto de vista da propedêutica da hemorragia, o estudo endoscópico do trato digestivo se imporá.

**2. Tentaria alguma medida para estancar a hemorragia? Utiliza-se do clister opaco?**

**(Oswaldo Luis Pinto)** - Manutenção das condições hemodinâmicas com cateterização venosa com Abbocath 16, re-

posição volêmica com cristalóides e realização de entero-clisma com solução fisiológica à 0,9%. Toda e qualquer medida deve ser precedida pelo controle hemodinâmico completo.

Não utilizo o clister opaco, pois sua finalidade terapêutica limitada e controvertida acarretaria um contratempo maior no preparo do cólon para realização da colonoscopia.

**(Renato Araújo Bonardi)** - Somente as medidas que possam ser tomadas endoscopicamente como as polipectomias ou eventual cauterização de uma pequena angiodisplasia. Não temos experiência com as drogas vasopressoras nem com as embolizações. O clister opaco não serve para estancar a hemorragia e isto já foi muito bem demonstrado. No passado era utilizado desta forma como único recurso diagnóstico e coincidentemente como os sangramentos cessam de maneira espontânea na grande maioria das vezes, isto era interpretado como um efeito possível do enema opaco. Acho que até pode continuar a ser utilizado por aqueles que trabalham em ambientes de menor recurso onde este exame pode lhe dar algum subsídio diagnóstico, na vigência do sangramento ativo.

**(Carmen Ruth Manzioni)** - A arteriografia seletiva além de permitir a localização do ponto hemorrágico, possibilita a embolização do vaso sangrante. Durante a colonoscopia podemos cauterizar ou esclerosar angiodisplasias e realizar polipectomias, por exemplo, caso sejam as causas de sangramento.

Nunca realizamos o enema opaco. Acreditava-se que esse exame estancava o sangramento. Ocorre que em 90% dos casos a hemorragia cessa espontaneamente, independente desse tipo de procedimento. Quando realizado, impossibilita a feitura de arteriografia, mapeamento e colonoscopia que são exames mais precisos para diagnóstico e tratamento.

**(Wagner Vasconcelos)** - Não tentaríamos nenhuma medida e não realizamos clister opaco.

**(Karen Delacoste Pires Mallmann)** - O RX contrastado dos cólons não deve ser feito pois, além de não trazer benefícios reais, atrapalha a realização de outros exames que realmente possam ser elucidativos, como a angiografia e a investigação com injeção de hemácias marcadas.

**(Ireno Flores de Azevedo)** - Medidas para estancar a hemorragia (vasopressão ou embolização) seriam adotadas após arteriografia das artérias mesentéricas superior e inferior.

O índice de positividade da arteriografia em demonstrar o ponto sangrante está na dependência da intensidade da hemorragia.

Se conseguiu-se a estabilização hemodinâmica do paciente, muito provavelmente o exame não nos ajudará a evidenciar o ponto sangrante e, conseqüentemente, essas medidas não poderão ser adotadas.

Não utilizo o clister opaco, apesar do seu uso ser defendido por autores no sentido do diagnóstico e como método terapêutico da hemorragia.

### 3. Realiza colonoscopia na urgência? Em caso afirmativo, algum tipo de preparo?

**(Oswaldo Luis Pinto)** - Sim, e o preparo sempre com manitol 10%, administrado por um período de 3 horas.

**(Renato Araújo Bonardi)** - Sim. A colonoscopia pode ser de grande valia na vigência da hemorragia digestiva baixa e atualmente com melhores preparos tornou-se perfeitamente viável nestas circunstâncias. O preparo por nós utilizado é com manitol a 20% (250 ml), diluídos em outros 250 ml de sucos ou refrigerantes com algumas gotas de limão. O paciente deve ingerir a solução em no máximo 15 minutos e tão logo comece a apresentar diarreia podemos iniciar o procedimento endoscópico.

**(Carmen Ruth Manzioni)** - A colonoscopia é atualmente o melhor exame para diagnóstico da origem do sangramento digestivo baixo inclusive permitindo seu tratamento, em alguns casos. Se a hemorragia for abundante, a arteriografia e/ou mapeamento com hemácias marcadas devem ser indicados antes que a colonoscopia, pois permitem o diagnóstico do local e topografia do sangramento em menor tempo. Caso não seja possível a realização desses exames, a colonoscopia é feita após preparo com 750 ml de manitol a 10% (manitol expresso). Em alguns doentes não conseguimos identificar o ponto hemorrágico e nesses casos podemos ter idéia aproximada da topografia do sangramento a partir da presença e quantidade de sangue na luz intestinal. Não utilizamos o preparo com clisteres, pois o líquido introduzido distribui o sangue por todo cólon, prejudicando essa avaliação.

**(Wagner Vasconcelos)** - Hemorragia de grande vulto, não. Hemorragia de pequeno vulto, sim, preparando com manitol a 10%.

**(Karen Delacoste Pires Mallmann)** - Sim, realizo a colonoscopia na urgência, pois é um exame que já tem sua eficácia no diagnóstico e controle do sítio de sangramento. É exame geralmente disponível na maioria dos locais de assistência, mesmo fora de instituições de referência, tem custos menores e identifica com maior acurácia o sítio de sangramento ativo, se comparado ao exame angiográfico, por exemplo. Da mesma forma, os procedimentos para controle do sangramento que podem ser realizados através da colonoscopia apresentam recorrência menor da hemorragia. Na urgência, uso 2 a 3 enemas com 1000 ml. de solução fisiológica.

**(Ireno Flores de Azevedo)** - Por não atuarmos em Unidade de Emergência, o número de casos que nos chega não é grande, por conseqüência, nossa experiência também é pequena.

Nos casos que tivemos, sempre tentamos a colonoscopia na urgência e não conseguimos, em nenhum, localizar o ponto sangrante. Preparo com manitol e antes de realizar a colonoscopia recomenda-se a retossigmoidoscopia rígida com a finalidade de serem retirados os coágulos do reto e do sigmóide afim de facilitar o exame colonoscópico. Em todos os casos os exames foram de difícil execução.

#### **4. Caso o sangramento persista e não se tenha um diagnóstico de certeza, qual a sua conduta cirúrgica? Alguma manobra para delimitar o segmento envolvido?**

**(Oswaldo Luis Pinto)** - Optamos pela realização de colectomia subtotal. Utilizamos a ordenha do conteúdo ileal entre clamps para certificarmos de que o sangramento não seja proveniente do delgado.

**(Renato Araújo Bonardi)** - Nesta situação como procedimento invasivo, primeiro realizamos a angiografia seletiva na tentativa de localizar o ponto de sangramento de maneira direta ou indireta. Acreditamos ser uma medida importante porque já foi muito bem demonstrado também que a origem dos sangramentos digestivos baixos pode estar no íleo. Cirurgias intempestivas sem diagnóstico podem ser desastrosas.

No caso do sangramento persistir em pequenas quantidades de tal forma que o paciente possa ser mantido hemodinamicamente, pode-se ainda lançar mão da cintilografia com hemácias marcadas, método este que na nossa experiência tem dado muito pouco resultado. Ao nosso ver a indicação cirúrgica dos pacientes com hemorragia digestiva baixa deve seguir alguns parâmetros: **a.** o paciente sangra mais do que três unidades nas 24 horas; **b.** o sangramento se faz de maneira mais rápida do que a reposição; **c.** o paciente apresenta episódios de ressangramento durante a mesma internação e **d.** o paciente possui um tipo sangüíneo de difícil obtenção. Não acredito em manobras mágicas que possam definir o ponto de sangramento em um abdômen aberto, mas sou mais favorável a observação atenta dos segmentos que estão repletos de sangue, mostrando geralmente que naqueles segmentos podemos ter a origem do sangramento. Quando não se tem um diagnóstico preciso do ponto de sangramento, temos a tendência a realizar ressecções mais extensas.

**(Carmen Ruth Manzioni)** - Nos casos em que os exames não mostraram o ponto ou topografia do sangramento e não observamos sangue no intestino delgado, durante a laparotomia, optamos pela colectomia subtotal com ileorretoanastomose.

**(Wagner Vasconcelos)** - Optamos pela colectomia subtotal precedida de arteriografia seletiva.

**(Karen Delacoste Pires Mallmann)** - Se o sangramento persiste, sem que se consiga identificar o sítio de sangramento *ativo* e a cirurgia é necessária, acho a colectomia

subtotal com ileorretoanastomose bem indicada, já a tendo realizado.

**(Ireno Flores de Azevedo)** - Se não tenho um diagnóstico de certeza no que diz respeito ao local do sangramento no cólon, realizo a colectomia total com ileostomia e fechamento do reto. Manobras tais como: arteriografia ou colonoscopia intra-operatórias não foram utilizadas. Manobras como: colotomias intra-operatórias seguidas de endoscopia pelos orifícios das colotomias ou clampeamento segmentar dos cólons também não foram utilizadas.

#### **5. Já realizou colectomia subtotal com ileorretoanastomose nessa situação?**

**(Oswaldo Luis Pinto)** - Sim, e os resultados têm sido animadores, quando observamos baixa morbimortalidade comparando-se com a ressecção segmentar do cólon.

**(Renato Araújo Bonardi)** - Sim, e acredito que seja o procedimento de escolha desde que o local do sangramento esteja no cólon. Quando temos certeza do ponto de sangramento, então as ressecções segmentares se impõem.

**(Carmen Ruth Manzioni)** - Felizmente esses casos são raros e só realizamos esse tipo de procedimento em um paciente com sangramento persistente no qual não foi possível realizar arteriografia e mapeamento. A colonoscopia mostrou divertículos, sangue vivo e coágulos por todo o cólon, além de sigmóide deformado pela doença diverticular.

**(Wagner Vasconcelos)** - Realizamos em uma oportunidade.

**(Karen Delacoste Pires Mallmann)** - Como já respondida anteriormente, sim.

**(Ireno Flores de Azevedo)** - Não, porém com o passar dos anos e com os bons resultados descritos na literatura médica com esse procedimento, principalmente após o advento das anastomoses mecânicas, tenho sido tentado a realizá-la.

#### **6. Algum comentário?**

**(Oswaldo Luis Pinto)** - No Serviço de Cirurgia de Urgência e do Trauma (SCUT), da FCM PUCCAMP, adotamos um protocolo onde na admissão do paciente estabelecemos o grau de severidade do episódio hemorrágico, sendo que a conduta é realizada segundo o mesmo, evidenciando primeiramente a correção hemodinâmica, sempre com dois acessos venosos periféricos (Abbocath), retossigmoidoscopia e transfusão sangüínea. À partir daí, realizamos preparo expresso para colonoscopia e caso a mesma não seja terapêutica propomos a intervenção cirúrgica.

**(Renato Araújo Bonardi)** - A hemorragia digestiva baixa se constitui num dos maiores desafios para o médico que

atende esta situação. Devemos lembrar ainda os fenômenos de ordem hematológica que possam causar sangramento. A colonoscopia de emergência deve ser realizada por profissionais experientes, mesmo porque muitas vezes o preparo do cólon pode ser mais precário e o doente estar na UTI e não na sala de endoscopia habitual.

**(Carmen Ruth Manzoni)** - O manejo do doente com hemorragia digestiva baixa continua sendo um desafio para o cirurgião. Devemos, sempre que possível, identificar o local de sangramento com os exames mais adequados. Nos casos em que a cirurgia for necessária, aquele procedimento permitirá a realização de ressecções segmentares, diminuindo o risco operatório.

**(Wagner Vasconcelos)** - É uma situação sempre grave, que oferece obstáculos à sua abordagem.

**(Karen Delacoste Pires Mallmann)** - Gostaria de indicar como fonte de referência para o assunto - Hemorragia Digestiva Baixa - o número de março de 1994 da revista "*Seminars in Colorectal Surgery*", editada por Anthony Vernava III e publicada por Williams & Wilkins, por abordar o tema de maneira extremamente completa.

**(Ireno Flores de Azevedo)** - A hemorragia digestiva continua sendo um grande desafio. No caso das hemorragias de-

correntes de patologias colônicas, a grande maioria cessa com métodos conservadores, embora a possibilidade de novo sangramento tenha que ser considerada.

O ideal seria dispormos de todos os métodos de investigação (endoscopia, arteriografia, cintilografia nuclear e clister opaco) para que pudéssemos utilizá-los nas indicações precisas e nos momentos adequados.

Na maioria das vezes o colo-proctologista tem que utilizar o bom senso nos casos em que a hemorragia não cessa com os métodos conservadores, já que o acesso aos exames necessários nem sempre é possível. Indicar o tratamento cirúrgico no momento preciso afim de salvar a vida de seu paciente.

Esta rodada de perguntas e respostas encerra esta sessão da **TRIBUNA LIVRE: COMO EU FAÇO**.

Este tema é bastante amplo e nossa intenção foi o de dar um rápido enfoque do tratamento da enfermidade em vários locais alcançados por nossa Sociedade.

Se você tem alguma opinião divergente ou gostaria de completar aquilo que foi aqui referido, escreva-nos.

Gostaríamos de ter sua participação efetiva e mais uma vez agradecer àqueles que de maneira tão rápida, gentil e extremamente concisa colaboraram para manter acesa conosco a chama desta **TRIBUNA**.

Novamente, o nosso fax: **(0192) 543839**. Participe.

Fernando Cordeiro