

Serie de casos de sangrado intraluminal postoperatorio en colectomía izquierda

Jimena Alaniz, Diego A. Ramisch, Romina Bianchi, Gabriel Gondolesi, Fabio Leiro

Servicio de Cirugía General, Coloproctología y Trasplante multiorgánico. Hospital Universitario Fundación Favaloro. Buenos Aires, Argentina

RESUMEN

Introducción: El sangrado digestivo intraluminal postoperatorio es una entidad poco frecuente y su manifestación clínica no difiere de la hemorragia digestiva baja de otra etiología. A pesar de que su presentación más habitual es la hematoquecia autolimitada en la primera deposición, en un discreto porcentaje puede requerir transfusiones, tratamiento endoscópico, hemodinámico, o incluso cirugía.

Objetivo: Analizar los pacientes con sangrado digestivo intraluminal postoperatorio tratados en un centro de alta complejidad y realizar una revisión bibliográfica del tema.

Diseño: Estudio retrospectivo, descriptivo.

Material y métodos: Pacientes con sangrado anastomótico durante el post operatorio inmediato de una colectomía izquierda, operados en el Servicio de Cirugía General y Coloproctología desde enero del 2017 a diciembre del 2021. Las variables estudiadas fueron edad, sexo, anticoagulación y su causa, descenso de hemoglobina, cirugía realizada y su indicación, vía de abordaje, configuración de la anastomosis, electividad de la cirugía, complicaciones, días de internación y manejo terapéutico.

Resultados: Se incluyeron 4 pacientes con una edad media de 72 (rango 54-87) años y una distribución por sexo de 1:1. En todos la colectomía izquierda fue programada y en 3 el abordaje fue laparoscópico. La anastomosis fue termino-terminal con sutura mecánica circular. Todos los pacientes presentaron sangrado en las primeras 24 horas postoperatorias. El tratamiento fue decidido de acuerdo a la condición hemodinámica: en los 2 pacientes con estabilidad hemodinámica fue suficiente el tratamiento conservador con reanimación y transfusiones. Los otros 2 que presentaron inestabilidad hemodinámica requirieron manejo intervencionista con endoscopia rígida, videocolonoscopia y cirugía.

Conclusión: El sangrado intraluminal es una complicación poco frecuente de la anastomosis colorrectal que requiere manejo intervencionista solo en los pacientes que presentan inestabilidad hemodinámica.

Palabras clave: colectomía izquierda, sangrado anastomótico, complicaciones

ABSTRACT

Introduction: Postoperative intraluminal gastrointestinal bleeding is a rare entity and its clinical manifestation does not differ from lower gastrointestinal bleeding of another etiology. Despite the fact that its most common presentation is self-limited hematochezia at the first stool, in a small percentage it may require transfusions, endoscopic or hemodynamic management, or even surgery.

Aim: To analyze the patients with postoperative intraluminal gastrointestinal bleeding treated in a tertiary center and to carry out a bibliographic review of the subject.

Design: Retrospective descriptive study.

Material and methods: Patients with immediate postoperative anastomotic bleeding from a left colectomy, operated on at the General Surgery and Coloproctology Service from January 2017 to December 2021 were included. The variables recorded were age, sex, anticoagulation and its cause, decrease in hemoglobin, procedure performed and its indication, surgical approach, type of anastomosis, effectiveness of surgery, complications, hospital stay and management.

Results: Four patients with a mean age of 72 (range 54-87) years and a 1:1 gender distribution were included. All procedures were elective and 3 laparoscopic. All anastomoses were performed end-to-end with a circular stapler. All patients presented bleeding in the first 24 postoperative hours. The treatment was decided according to the hemodynamic condition; patients with hemodynamic stability (2) received medical treatment while those with hemodynamic instability (2) required interventional management with rigid endoscopy, colonoscopy and surgery.

Conclusion: Intraluminal bleeding is a rare complication of colorectal anastomosis that requires interventional management only in patients with hemodynamic instability.

Keywords: left colectomy, anastomotic bleeding, complications

Los autores declaran ausencia de conflictos de interés. Fabio Leiro: fleiro@favaloro.org
Recibido: Noviembre 2022. Aprobado: Julio 2023

Jimena Alaniz: <https://orcid.org/0000-0003-2884-6254>, Diego A. Ramisch: <https://orcid.org/0000-0002-1013-7276>, Romina Bianchi: <https://orcid.org/0000-0003-0561-3431>,
Fabio Leiro: <https://orcid.org/0000-0002-9477-2997>, Gabriel Gondolesi: <https://orcid.org/0000-0002-3869-6213>

INTRODUCCIÓN

La cirugía colorrectal, como todo procedimiento quirúrgico, no está exenta de complicaciones. Su incidencia depende del abordaje quirúrgico, siendo las más frecuentes la infección de la herida (infección superficial del sitio quirúrgico), la eventración, el ileo post operatorio, la dehiscencia anastomótica, la fístula y el sangrado postoperatorio, según las distintas series.

Las complicaciones hemorrágicas se clasifican en dos grandes grupos: las del tubo digestivo que se evidencian con un sangrado postoperatorio intraluminal (SPIn) y las que involucran la cavidad y la pared abdominal, constituyendo un sangrado postoperatorio extraluminal (SPEx).¹ La incidencia de reoperación de las complicaciones hemorrágicas postoperatorias es de aproximadamente el 1%.²

El SPIn tiene una incidencia de hasta el 5,4%² y no difiere en su forma de presentación de una hemorragia digestiva baja de otra etiología.

La presentación más habitual del SPIn es la hematoquecia autolimitada que acompaña a la primera deposición, sin repercusión clínica ni descenso del hematocrito o la hemoglobina. Sin embargo, en el 0,7 al 3% se trata de un sangrado severo que requiere un manejo diferente, que incluye la reanimación agresiva con expansión y transfusión de hemoderivados, el tratamiento endoscópico, la implementación de intervencionismo (embolización) y/o incluso la resolución quirúrgica.³ El algoritmo diagnóstico y terapéutico no difiere del utilizado para el resto de los sangrados digestivos bajos.

El objetivo de esta presentación es realizar un análisis de los pacientes que presentaron SPIn como complicación anastomótica de una cirugía colorrectal que requirieron algún tipo de tratamiento en nuestro servicio y realizar una revisión bibliográfica del tema.

MATERIAL Y MÉTODOS

Se realizó un estudio retrospectivo de las resecciones colorrectales con anastomosis primaria efectuadas en nuestro centro entre enero de 2017 diciembre de 2021 que presentaron sangrado digestivo intraluminal de la anastomosis en el postoperatorio (SDInAP). Este se definió por la presencia de signos directos (hematoquecia), o indirectos (parámetros de laboratorio), sumada a uno o más de los siguientes criterios: necesidad de transfusión de hemoderivados, inestabilidad hemodinámica o shock (TA sistólica < 90 mmHg o falta de respuesta a la reposición hidroelectrolítica), necesidad de manejo intervencionista con endoscopia y/o cirugía de emergencia dentro de los primeros 30 días del postoperatorio, sin evidencia de otro sitio de sangrado.

Se analizaron las siguientes variables: edad, sexo, antecedentes oncológicos, anticoagulación y su causa, descenso de hemoglobina, cirugía (tipo e indicación), abordaje, anastomosis (manual o con sutura mecánica), electividad de la cirugía, complicaciones, días de internación y manejo terapéutico.

Se consideraron como clínicamente relevantes las complicaciones DC > III de la clasificación de Dindo-Clavien (DC).

Todos los datos recabados fueron procesados con el programa SPSS®, Versión 20.

RESULTADOS

Se realizaron 180 resecciones colorrectales, con 134 (74,4%) anastomosis primarias. La decisión de realizar una anastomosis primaria con o sin protección, o de ostomizar al paciente se rige por un protocolo de checklist realizado por el cirujano actuante según el riesgo del procedimiento y los antecedentes del paciente.

En el 20% de los pacientes (36) hubo alguna complicación postoperatoria, que fue clínicamente relevante solo en el 13,9% (25). La incidencia de SDIn fue del 3% (4). En los 4 casos la cirugía realizada fue una colectomía izquierda electiva. Los 4 pacientes tuvieron igual distribución por sexo y la edad media fue de 72 (rango 54-87) años.

Dos pacientes estaban anticoagulados bajo seguimiento de hematología y otro tenía la anticoagulación suspendida por episodios repetidos de sangrado diverticular (Tabla 1). A un paciente medicado con dicumarínicos, por presentar un alto riesgo de enfermedad tromboembólica venosa se le indicó profilaxis con heparina de bajo peso molecular las 24 h previas a la cirugía. Ambos pacientes anticoagulados, suspendieron la terapia anticoagulante según la recomendación 5 y 4 días previamente a la cirugía.

En todos los casos se utilizó compresión neumática intermitente durante la cirugía y durante 24 h postoperatorias.

La indicación quirúrgica fue por patología maligna en 2 casos (adenocarcinoma) y benigna en otros 2 (un caso de reconstrucción de operación de Hartmann con resección de un segmento de colon desfuncionalizado y otro caso de enfermedad diverticular con

múltiples episodios de sangrado). En 3 casos, el abordaje fue laparoscópico y en 1 abierto. En todos los casos la anastomosis se confeccionó en forma término-terminal con sutura mecánica circular, 3 de 29 mm y 1 de 31mm (Tabla 2).

La presentación clínica en los 4 pacientes fue hematoquecia, en 2 con inestabilidad hemodinámica. La primera catarsis en todos los casos ocurrió antes de las 24 (rango 1:30-20) horas postoperatorias. El descenso máximo de hemoglobina fue de 3,4 g/dL y el mínimo de 1,8 g/dL (Tabla 2).

Un solo paciente fue transfundido con 1 unidad de glóbulos rojos durante la cirugía (caso 3). Todos recibieron transfusiones en las primeras 24 h postoperatorias y 3 incluso requirieron transfusiones en los días sucesivos.

Tabla 1. Datos demográficos, antecedentes oncológicos y anticoagulación.

Caso	Sexo	Edad	Antecedentes oncológicos	Anticoagulación	Indicación	Anticoagulante
1	F	73	Ca de mama	Si	Fibrilación auricular	Inhibidor de la trombina
2	M	73	Ca de próstata	Si	Válvula mecánica y enfermedad coronaria	Dicumarínico
3	M	89	No	No	-	-
4	F	54	No	No	-	-

Tabla 2. Indicación de la colectomía izquierda, abordaje quirúrgico, presentación clínica y tratamiento del sangrado anastomótico postoperatorio.

Caso	Abordaje	Indicación	Clínica	Tiempo 1ra	Descenso Hb (g/dL)	U	Manejo
1	A	Reconstr. Hartmann	HQ + IH	5:30	2,7	3	RSC + Cirugía
2	L	Cáncer	HQ	9	3,4	4	Médico
3	L	Sangrado diverticular	HQ	20	3,1	2	Médico
4	L	Cáncer	HQ + IH	1:30	1,8	3	VCC c/clips

POP: postoperatoria. UGR: Unidad de glóbulos rojos transfundidos. A: Abierto. L: Laparoscópico. HQ: Hematoquecia. IH: Inestabilidad hemodinámica. RSC: Rectosigmoideoscopia rígida. VCC: Videocolonoscopia.

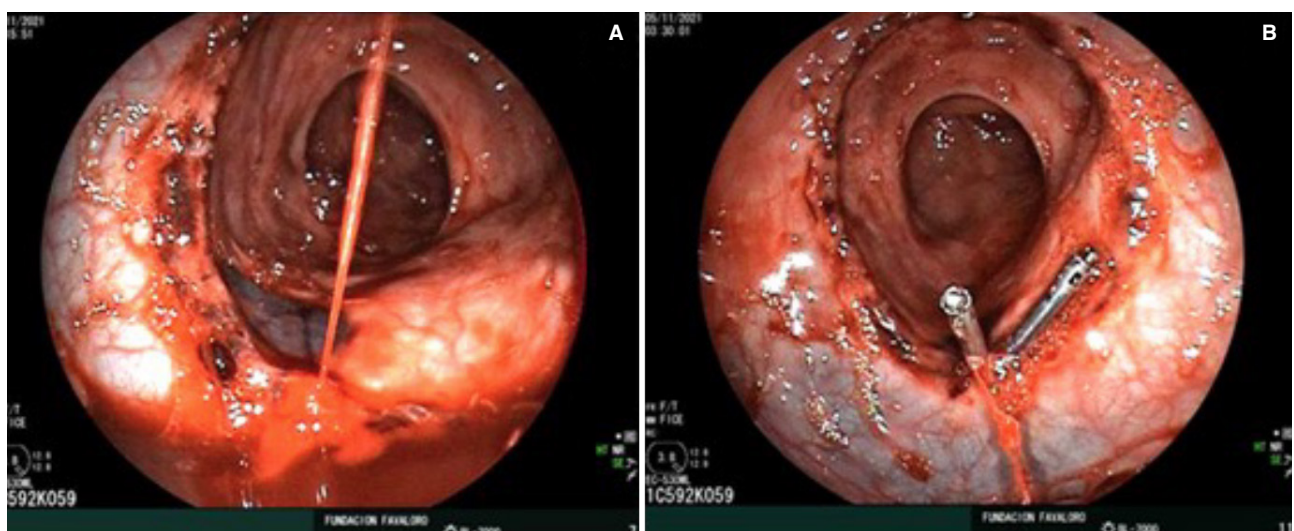


Figura 1. A. Videocolonoscopia donde se observa el sangrado activo arterial a nivel de la anastomosis colónica. B. Resolución con la colocación de clips.

El manejo terapéutico fue conservador, solo transfusión de hemoderivados y monitoreo, en los 2 pacientes con estabilidad hemodinámica. Los otros 2 pacientes que presentaron inestabilidad hemodinámica, luego de recibir reanimación hidroelectrolítica y transfusiones de glóbulos rojos requirieron tratamiento intervencionista en las primeras 24 h (Tabla 2). En el caso 1 se realizó tratamiento híbrido con endoscopia rígida y laparotomía, sin evidenciar sangrado activo. En el caso 4, mediante videocolonoscopia se objetivó sangrado activo de la anastomosis que se cohibió con la colocación de 2 clips (Fig. 1).

La mediana de internación fue de 9 (rango 5-47) días. En solo uno de los pacientes la internación se prolongó más de 10 días por intercurrir con una pancreatitis aguda grave que ocasionó el óbito (caso 4). Ese paciente, fue el único que presentó una segunda complicación clínicamente significativa (DC=5). Los 3 pacientes que sobrevivieron, no presentaron dehiscencia anastomótica.

DISCUSIÓN

El sangrado digestivo posterior a la confección de una anastomosis intestinal o colónica es un problema clínico poco frecuente que se presenta en el 1 y 5,4% de los casos, respectivamente.² Posteriormente a las resecciones colónicas es frecuente que los pacientes presenten una ligera hematoquecia acompañando a la primera deposición. El SDIn puede ser de causa anastomótica, pero se debe realizar diagnóstico diferencial con patología hemorroidal, isquemia intestinal y/o dehiscencia anastomótica que requieren de otro tipo de manejo y tratamiento.

No hay evidencia de la influencia de las comorbilidades en el riesgo de sangrado anastomótico, incluso algunas series como la de Martínez Serrano et al³ reportó 7 pacientes con sangrado y sin comorbilidades.

El número de pacientes anticoagulados ha aumentando significativamente en los últimos años y su manejo perioperatorio al momento de la realización de una cirugía mayor es un factor de gran importancia. La decisión de retirar o mantener la anticoagulación estará dada por un balance entre el riesgo trombótico y el riesgo hemorrágico. El principal determinante para saber cuándo suspender la medicación es el metabolismo y vía de eliminación del anticoagulante. Los dicumarínicos o inhibidores de la vitamina K (acenocumarol y warfarina) deben suspenderse 3 y 5 días antes de la cirugía, respectivamente.⁴ Esto aplica siempre y cuando los pacientes se encuentren en rango terapéutico (RIN 2-3).⁴ En el caso de los anticoagulantes de acción directa (dabigatrán, rivaroxabán) el momento de la suspensión depende de la función renal, por lo cual la conducta se ajusta a cada paciente. Dos de nuestros pacientes con SDIn se encontraban anticoagulados, uno con warfarina, y el otro con dabigatrán. Ambos suspendieron la medicación 5 y 4 días previamente a la cirugía, de acuerdo con nuestro protocolo institucional.

El riesgo tromboembólico por la afección que motiva la anticoagulación (válvula cardíaca mecánica, FA y tromboembolia venosa), se clasifica de acuerdo con la probabilidad de un evento tromboembólico arterial o venoso anual, en alto (>10%), medio (5-10%) y bajo (<5%).⁴ Vivas et al.⁴ recomiendan únicamente el uso de terapia puente en el caso de alto riesgo. Coincidentemente, a uno de nuestros pacientes portador de una válvula aórtica mecánica y enfermedad coronaria se le indicó heparina de bajo peso molecular. El Grupo Cochrane realizó una comparación entre las anastomosis con sutura mecánica y manual en 662 pacientes, contemplando varios ítems, entre ellos el índice de sangrado anastomótico.⁵ El riesgo fue 2.7% más alto en las anastomosis con sutura mecánica, aunque los autores concluyeron que no había una evidencia científica que demostrara aumento del sangrado con una u otra técnica.⁵ En la actualidad, el uso de las anastomosis con sutura mecánica impresiona haber aumentado con respecto a la manual, por lo que debería re-analizarse el riesgo potencial de sangrado ajustado a su confección.

El tiempo que transcurrió desde la finalización de la cirugía y la primera manifestación clínica del sangrado fue de entre 1:30 y 20 horas, es decir que en el 100% de los casos ocurrió dentro de las 24 horas postoperatorias, en coincidencia con la literatura.⁶

Con respecto al manejo terapéutico, al ser más frecuente la hematoquecia autolimitada, la conducta más aceptada es el manejo conservador/médico que logra una respuesta satisfactoria en el 90% de los casos. El mismo consiste en resucitación hidroelectrolítica, corrección de la coagulopatía y control clínico estricto. En un porcentaje menor, el sangrado no se autolimita y requiere además de transfusiones de hemoderivados, manejo endoscópico, embolización mediante intervencionismo radiológico e incluso cirugía.

La endoscopia como primera opción en el algoritmo diagnóstico-terapéutico es un método seguro y efectivo que tiene como ventaja la localización precisa del sitio del sangrado mediante visualización directa. Como desventaja presenta el riesgo de dehiscencia anastomótica, sobre todo si se realiza dentro de los primeros 4-5 días postoperatorios donde la integridad de la anastomosis depende primordialmente de la sutura. Esta es la complicación más temida, ya que aumenta la morbimortalidad de manera exponencial.³⁻⁸ No obstante, otros autores sostienen lo contrario. Chardavoyne et al.⁶ consideran que la colonoscopia es segura incluso en el primer día postoperatorio, siempre que se utilicen presiones de insuflación menores a 30 mmHg.

La técnica utilizada para el control del sangrado mediante colonoscopia incluye la inyección de epinefrina, la electrocoagulación bipolar y el clipado (clips rotación 360 u OVESCO). Con la inyección de epinefrina exclusivamente existe riesgo de resangrado, pero Malik et

al.⁷ sugieren que un segundo intento de hemostasia endoscópica es una medida segura previa a una reintervención quirúrgica.⁷

En 2016, Besson et al.⁸ publicaron los resultados de 37 pacientes tratados por este método, sobre un total de 727 pacientes. En 24% de ellos la hemorragia se detuvo espontáneamente, el 27% requirió control endoscópico con clips, el 30% con inyección de epinefrina y el 19% con la combinación de ambos métodos. Solo 5 pacientes fueron intervenidos quirúrgicamente por el hallazgo endoscópico de una fuga anastomótica.

Generalmente no se requiere preparación mecánica del colon debido a que el sangrado acelera el tránsito intestinal. De acuerdo al estado clínico general, el estudio puede realizarse en el quirófano o en la sala de endoscopia. El manejo en quirófano con el equipo quirúrgico asegura un mejor manejo del paciente complejo.

La angiografía seguida de embolización selectiva es considerada como una conducta terapéutica apropiada en el caso de fallar el control del sangrado por endoscopia. En 1974 se realizó la primera embolización vascular terapéutica en manos de Bookstein et al.⁹ Ese grupo y otros reportaron el riesgo de isquemia colónica posterior al procedimiento, por lo cual no se considera inocuo. Las últimas publicaciones reportan un porcentaje de isquemia del 10%, asociado a un aumento considerable de la mortalidad postoperatoria.⁹⁻¹⁰ Debido a su gran exactitud para el control del sangrado se sigue considerando una conducta vigente, indicada en pacientes con sangrado masivo o recurrente que no pueden ser resueltos con tratamiento endoscópico y cuando el sitio de sangrado se logra identificar con este método (sangrado >0,5 ml/min). En nuestro centro, tenemos disponibilidad de este método aunque fue utilizado en ninguno de los pacientes reportados.

La cirugía debe reservarse para los pacientes con inestabilidad hemodinámica y fracaso del resto de las terapias. En un caso de nuestra serie se optó por un tratamiento combinado endoscópico-quirúrgico para facilitar la endoscopia, dado a que en ese momento solo contábamos con endoscopia rígida, de manera de evidenciar y/o tratar una posible aerorragia/dehiscencia.

La baja frecuencia del SDInAP impacta en la correcta implementación de medidas y técnicas de prevención en el pre e intraoperatorio. La utilización apropiada de las mismas reduce el riesgo de dehiscencia anastomótica y la necesidad de reostomía y contribuye a una baja morbimortalidad.¹¹

CONCLUSIÓN

El sangrado intraluminal anastomótico es una complicación poco frecuente de la cirugía colorrectal que requiere manejo intervencionista solo en los casos que presentan inestabilidad hemodinámica.

En centros de alto volumen se debe contar con todo el equipamiento para su manejo.

REFERENCIAS

1. Pekolj J, Ardiles V, Hyon SH. Complicaciones de la cirugía abdominal: Cómo manejarlas. Clínicas Quirúrgicas del Hospital Italiano. 1a ed. Buenos Aires: delhospital ediciones, 2015.
2. Fernández de Sevilla Gómez E, Vallibera Valls F, Espin Basany E, Valverde Lahuerta S, Pérez Lafuente M, Segarra Medrano A, et al. Hemorragia en anastomosis intestinales y cólicas. Manejo terapéutico y sus complicaciones. *Cir Esp*. 2014; 92:463-67.
3. Martínez-Serrano MA, Parés D, Pera M, Pascual M, Courtier R, Egea MJ, Grande L. Management of lower gastrointestinal bleeding after colorectal resection and stapled anastomosis. *Tech Coloproctol*. 2009 ; 13:49-53.
4. Vivas D, Roldán I, Ferrandis R, Marín F, Roldán V, Tello-Montoliu A, et al. Perioperative and periprocedural management of antithrombotic therapy: consensus document of SEC, SEDAR, SEACV, SECTCV, AEC, SECPRE, SEPD, SEGO, SEHH, SETH, SEMERGEN, SEMFYC, SEMG, SEMICYUC, SEMI, SEMES, SEPAR, SENEC, SEO, SEPA, SERVEI, SECOT and AEU. *Rev Esp Cardiol*. 2018; 71:553-64.
5. Matos D, Atallah ÁN, Castro AA, Silva Lustosa SA. Stapled versus handsewn methods for colorectal anastomosis surgery. *Cochrane Database of Systematic Reviews* 2001, Issue 3. Art. No.: CD003144. DOI: 10.1002/14651858.CD003144.
6. Chardavoyne R, Stein TA, Ratner LE, Bank S, Wise L. Is colonoscopy safe in the early postcolectomy period? *Am Surg*. 1991; 57:734-36.
7. Malik AH, East JE, Buchanan Kennedy RH. Endoscopic haemostasis of staple-line haemorrhage following colorectal resection. *Colorectal Dis*. 2008; 10:616-18.
8. Besson R, Christidis C, Denet C, Bruyns L, Levard H, Gayet B, et al. Management of postoperative bleeding after laparoscopic left colectomy. *Int J Colorectal Dis*. 2016; 31:1431-36.
9. Bookstein JJ, Chlosta EM, Foley D, Walter JF. Transcatheter hemostasis of gastrointestinal bleeding using modified autogenous clot. *Radiology*. 1974; 113:277-85.
10. Uflacker R. Transcatheter embolization for treatment of acute lower gastrointestinal bleeding. *Acta Radiol*. 1987; 28:425-30.
11. Hoedema RE, Luchtfeld MA. The management of lower gastrointestinal haemorrhage. *Dis Colon Rectum*. 2005; 48:2010-24.