

Hemorragia Maciça do Intestino Grosso. O Que Está ao Nosso Alcance?

Massive Large Bowel Bleeding. What is Within our Reach?

JÚLIO CÉSAR M SANTOS JR., TSBPC

Departamento de Cirurgia – seção de Coloproctologia – Hospital Maternidade Frei Galvão de Guaratinguetá, SP

SANTOS JR JCM. Hemorragia Maciça do Intestino Grosso. O Que Está ao Nosso Alcance? *Rev bras Coloproct*, 2010;30(2): 241-248.

RESUMO: A forma de avaliar e lidar com a hemorragia aguda digestiva baixa tem sido modificado com os recentes desenvolvimentos de novas técnicas e aparelhos. O nosso objetivo, por esse manuscrito, é demonstrar com simplicidade uma forma de condução dos pacientes com hemorragia digestiva baixa aguda, sobretudo para os sangramentos que parecem mais graves, principalmente quando nos faltam os recursos das avançadas tecnologias atuais. Doenças localizadas no intestino grosso respondem por ¼ dos casos de hemorragias digestivas que são motivos para admissão hospitalar e têm como principais agentes etiológicos os divertículos, na moléstia diverticular, e as alterações vasculares, nas angiodisplasias. Na grande maioria das vezes o sangramento que pode parecer abundante cessa espontaneamente. Os distúrbios circulatórios graves não são comuns e os sinais mais frequentes são a queda do valor da hemoglobina observada na metade dos pacientes, e algumas alterações hemodinâmicas como a variação pressórica postural que pode ser vista em até 30% dos casos; a síncope em 10% e alguma forma de colapso circulatório, em 9%. Contudo, a faixa etária em que ocorre, as condições da senilidade, as doenças eventualmente associadas e a falta de recursos materiais e humanos para lidar com esse tipo de problema são os motivos que mais causam preocupação. A abordagem clínica simples com uma história bem elaborada; o exame físico com atenção e objetividade, a inclusão do exame proctológico, a obrigatoriedade de disponibilidade de aparelho para a coloscopia e os conhecimentos básicos sobre o evento formam o conjunto necessário e, na maioria das vezes, suficiente para o correto desempenho profissional na elaboração dos cuidados que devem ser dados a esses pacientes.

Descritores: Hemorragia digestiva, hemorragia intestinal, diagnóstico, coloscopia, tratamento.

INTRODUÇÃO

No “*Leading Articles*” do “*British Journal of Medicine*”, de abril de 1980¹, foi dedicado um texto sobre a hemorragia intestinal maciça de origem cólica (hemorragia digestiva baixa aguda – HDBA), no qual se pode ler: “A hemorragia maciça do intestino grosso, no paciente idoso, excluída a causa hemorroidária, até que se pudesse provar ao contrário, estava relacionada à doença diverticular e à diverticulite². Isso foi classicamente ensinado quando o assunto era sangramento digestivo”.

Na década de cinquenta, no século passado, na tentativa de demonstrar a relação de causa, Noer³

desenhou a árvore arteriovenosa que irriga o cólon, com injeção de látex, para destacar uma impressionante concentração de vasos sanguíneos nos locais da herniação da mucosa pela parede muscular do intestino ao formar os divertículos, supondo, então, que a inflamação ou ulceração na região pudessem envolver estes vasos e causar o sangramento. Contudo, nas observações clínicas, essa associação – diverticulite e hemorragia intestinal - raramente era vista. Pertinente à explicação do sangramento associado aos divertículos conjecturo-se, posteriormente, à favor da aterosclerose e, nesse caso, à ruptura de vasos ateroscleróticos. Essa ilação foi feita pelo fato de que a maioria dos pacientes com sangramento intestinal copioso tinha doença

Trabalho realizado no Departamento de Cirurgia - Seção de Coloproctologia - Hospital Maternidade Frei Galvão de Guaratinguetá, SP - Brasil.

Recebido em 06/04/2010

Aceito para publicação em 17/06/2010

aterosclerótica⁴ e pela observação de que os pacientes com sangramento relacionado à doença diverticular, se não a maioria deles, têm idade acima de 74 anos e 50% tem divertículos em todos os cólons⁵. Outro destaque observado naquele artigo¹ foi que o sangramento, em geral, cessava espontaneamente, em mais de 80% das vezes, fato que, aliado à dificuldade cirúrgica, quase impossível, de localizar o sítio da hemorragia, orientava a conduta expectante, com suporte clínico necessário para manter a homeostase. Destaque de interesse foi também dispensado à causa vascular de sangramento – no caso a angiodisplasia – com ênfase aos relatos históricos de que os pacientes operados - colectomias parciais dirigidas para os segmentos cólicos com maior abundância de divertículos - continuavam com sangramento cuja fonte estava localizada no cólon direito, segmento onde mais frequentemente se encontra a lesão vascular angiodisplásica. Esse fato, antes da demonstração da lesão vascular, deu margem para a interpretação de que na vigência de hemorragia intestinal, em pacientes com diverticulose, o divertículo cruento deveria estar localizado no cólon direito.

DEFINIÇÃO E SINONÍMIA

A hemorragia do intestino grosso tem apresentação clínica variada que vai de episódios recorrentes, mais ou menos expressivos até a hemorragia maciça que eventualmente pode envolver alterações hemodinâmicas significativas. Contudo, em mais de 80% dos casos, tem a peculiaridade da autolimitação, isto é, cessa espontaneamente⁶.

O sangramento cólico ou retal maciço é definido como a hemorragia que é ameaça para a vida e que exige reposição volêmica de 5 ou mais unidades de sangue na forma de concentrado de hemácias, o que significa, mais ou menos, um volume de 1200-1500 ml. Essas apresentações são alarmantes, principalmente porque o sangramento profuso pode ter origem em qualquer ponto imediatamente abaixo do ângulo de Treitz e simular o sangramento retal ou cólico, mas, também, porque o efeito catártico do sangue aumenta significativamente o volume evacuado que muitas vezes é precipitadamente interpretado com a quantidade real de sangue vazado.

Os conhecimentos dos fatos envolvidos na hemorragia cólica maciça, acumulados ao longo de muitos anos, a observação do comportamento do evento e, sobretudo, o advento de recursos técnicos da

arteriografia seletiva e da medicina nuclear, com uso de marcadores aplicáveis ao diagnóstico de localização do ponto de sangramento no intestino grosso, ensejaram mudanças consideráveis na maneira de abordar e tratar esses pacientes⁷, mas foi o aparecimento dos endoscópios flexíveis e das coloscopias de emergências, subsidiadas por forma excelente de preparo rápido dos cólons, que provocaram as mais recentes mudanças no diagnóstico e na terapia das causas das hemorragias cólicas⁸⁻¹⁰.

Os termos clínicos de definição do sangramento intestinal baixo de uso mais comum incluem os seguintes sinônimos: a. hemorragia gastrintestinal baixa¹¹; b. hemorragia intestinal baixa^{12,13}; c. hemorragia retal^{14, 15} e, d. hemorragia cólica^{16, 17}.

Parece-nos, no entanto, que o termo mais apropriado e que não antecipa de forma precipitada o sítio do sangramento seria a “hemorragia digestiva baixa¹⁸⁻¹⁹”, para diferenciar de “hemorragia digestiva alta”(HDA), assim porque, independente do “alta” ou “baixa”, em se tratando de sangramento do trato digestório, em 80% dos pacientes o sangue passa pelo reto¹². A hemorragia digestiva será considerada alta com a identificação do sítio da hemorragia, acima do ângulo de Treitz e “baixa” quando identificado depois do ângulo de Treitz até o ânus.

Incidência

Se considerarmos as hemorragias digestivas nas suas variadas formas de expressão clínica, a HDBA, foco do nosso interesse, com incidência anual de até 30 casos por 100000 habitantes^{11,20}, é bem menos frequente que a hemorragia digestiva alta, com até 200/100000 por ano^{21,22}. Na população internada por causa da hemorragia não definida como alta ou baixa, um terço dos pacientes terá como local de origem de seu sangramento no cólon²³. A HDBA é mais frequente no homem do que na mulher e aumenta de maneira significativa, em ambos os sexos, em relação à faixa etária considerada. Acima dos 80 anos, a incidência da hemorragia digestiva baixa é 200 vezes maior que a observada na terceira década da vida¹¹, o que reforça sua associação com a doença diverticular e com a angiodisplasia.

Avaliação inicial - Manifestação clínica

O sangramento intestinal, na dependência do maior ou menor fluxo de extravasamento, independente de ser maciço, pode ser alarmante para o paciente,

em geral um idoso com mais de 70 anos, com evacuações incoercíveis; para os familiares e, às vezes, para o médico que testemunha o evento. Ocorre que o sangue na luz intestinal tem efeito catártico e, ao sangue perdido, somam-se as fezes e água proporcionando um apreciável volume de evacuado. Em geral, o número e volume da evacuação são tomados, às vezes de maneira precipitada, como parâmetros para iniciar a classificação da gravidade da hemorragia. Essa varia de média a moderada, sem comprometimento hemodinâmico significativo, até a que, julgada como maciça, antes de qualquer exame requer uma decisão para uma pronta intervenção cirúrgica ou para qualquer outro procedimento de reanimação e sustentação da vida¹². Contudo, essa última situação, em se tratando de HDBA, é considerada incomum, se não muito rara²⁴. Por outro lado, o que se tem de avaliação dos pacientes com HDBA varia de instituição para instituição, com limitações que acabam interferindo com as estratégias de tratamento por serem estabelecidas, provavelmente por causa da natureza dinâmica do sangramento grave²⁵. A despeito disso, o aspecto fundamental está em buscar, no início da avaliação, a melhor forma de classificar o evento baseando-se na gravidade da hemorragia. Não há, no entanto, estudos controlados com compilação de dados que possam ser, rotineiramente, usados com parâmetros preditivos do curso da hemorragia e de sua gravidade.

Assim, vários fatores devem ser considerados para planejar o diagnóstico topográfico e o tratamento. Alguns são globais e refletem o que mais se vê na literatura médica pertinente. Por exemplo, 80% dos pacientes, ao se serem atendidos no departamento de urgências/emergências do hospital, apresentam-se com queda nos parâmetros hematimétricos (valor da hemoglobina) ou com alguma forma de disfunção hemodinâmica (taquicardia) - isso corresponde a 50% desse grupo de pacientes; os outros 30% têm somente alteração dinâmicas ortostática. Essas observações são de um estudo prospectivo com 107 pacientes que apresentavam sangramento intestinal considerado significativo, mas que foram preparados para exame coloscópico²⁶. Entre os outros 20%; a metade tinha colapso circulatório e a outra metade, síncope²⁰.

Em geral, o curso da HDBA é diferente da hemorragia digestiva alta (HDA). A favor disso, observou-se, num estudo do Colégio Americano de Gastrenterologia feito entre seus afiliados, que os pacientes com hemorragia digestiva baixa aguda (HDBA)

tinham menos probabilidade (19%) de se apresentarem com choque ou com distúrbios dinâmicos ortostáticos do que aqueles com hemorragia digestiva alta (36%)¹². Isso refletiu no requerimento de reposição sanguínea que ocorreu em 64% das vezes na HDA contra 35% na HDBA ($p < 0,00001$)²⁷. Por outro lado, é reconhecido e difundido que o sangramento nos pacientes com HDBA, cujo quadro inicial pode parecer desproporcionalmente grave, cessa espontaneamente em 80 a 85% das vezes^{28,29}.

Considerando esses fatos, juntam-se à história clínica, o exame físico e os dados auxiliares para melhor estimativa do sangramento, inclusive de sua localização e etiologia.

A história atual deve ser meticolosamente explorada sem desprezar aspectos pregressos salientando-se elementos da função intestinal e eventual tratamento de doenças afetas à órgãos regionais, quer da pelve masculina, quer da pelve feminina, principalmente sobre a eventualidade de aplicação de radiação ionizante. Os hábitos e vícios e as doenças ocasionais decorrentes (por exemplo, a hepatopatia alcoólica), mesmo que sejam causas raras de HDBA devem ser consideradas como possibilidades para diagnóstico diferencial³⁰. A incidência de dor abdominal seguida de diarreia e um precedente episódio de choque e posterior hemorragia são dados valiosos que podem sugerir a colite isquêmica^{12,31-32}. A existência de doenças renais crônicas e os consequentes suportes funcionais aos rins devem ser inquiridos, mormente com o interesse voltado para a hemodiálise. Medicamentos habitualmente ingeridas devem ser pesquisadas - principalmente os antiinflamatórios não esteróides - pois são sugestivas de provocarem, também, HDBA^{33,34}. Nos pacientes jovens a história de trauma deve, obrigatoriamente, ser pesquisada; não se dispensa nessa faixa etária ou em outras, sem especificação, a possibilidade de úlcera retal por lesão factícia.

Ainda que controverso^{12,25}, é inequívoca a importância da caracterização do sangramento bem como dos sintomas gerais que podem anteceder e acompanhar a hemorragia, tais como: mal estar geral, sede, fraqueza, tontura, dispnéia, dor torácica, palpitação, taquicardia, distúrbios hemodinâmicos ortostáticos e síncope porque são sensações que podem ser percebidas antes, durante ou imediatamente depois da passagem de sangue pelo reto e têm relação com a maior ou menor perda de sangue, num definido espaço de tempo.

As características do conteúdo intestinal evacuado devem ser analisadas. Consistência, cheiro e cor das fezes e sua relação com o sangue expelido, bem como a cor do sangue no momento da defecação.

O sangue que escorre de fonte localizada no reto ou proveniente das hemorróidas é vermelho rutilante e se acompanhado de fezes essas têm o aspecto habitual e semelhante às exoneradas em qualquer outra evacuação do mesmo paciente. Se houver coágulos eles serão recentes, portanto de cor vermelha viva. Sangue proveniente de fontes mais altas, nas hemorragias copiosas, pode ser vermelho vivo, mas vem com fezes fragmentadas, pastosas ou diarreicas ou quase ausentes, nas evacuações subsequentes. Nas HDA que podem provocar passagem de sangue vivo pelo reto, eventos relativamente raros (1,8%), a mistura é bem diferente da que se observa nas HDBA de origem cólica. Todavia, esse aspecto não pode ser usado para estabelecer diferenças entre HDA e a HDBA, quando esta última tem seu foco de origem em um ponto de sangramento ocorrido logo abaixo do ligamento de Treitz. Para essas circunstâncias, que são raras, além da observação do choque volêmico, invariavelmente presente, impõem-se outras medidas investigativas inclusive as que são usadas para o diagnóstico de HDA. De qualquer modo, as características do sangue evacuado, apesar do valor relativo quando descritas pelo paciente, devem ser sempre consideradas, quando testemunhadas pelo médico, sem a necessidade do auxílio um cartão para comparação com cinco faixas vermelhas, em diferentes tonalidades, como já foi proposto³⁵. O sangue de vermelho mais escuro e misturado com as fezes, às vezes avinhado, vem de parte mais proximal do intestino grosso. Se o sangramento for lento, descaracterizando a hemorragia maciça, o vermelho mais escuro pode ser visto mesmo quando o ponto de sangramento se localizar no cólon esquerdo ou mesmo na sigmóide. Essa alteração de cor está relacionado com o maior tempo em que o sangue permanece na luz intestinal. O sangue que jorra de lesão situadas no ceco e cólon ascendente tende a fazer parte do bolo fecal. Só não estará constituindo o bolo fecal na ocasião em que o sangramento é abundante; nesse caso, o sangue estará bem misturado com as fezes e essas serão pastosas ou líquidas.

O exame proctológico é indispensável, não só por sua simplicidade e fácil execução, como por fornecer informações importantes a respeito de lesões do canal anal, do reto distal e do reto médio³⁶. Não se

deve perder tempo ou insistir com a retossigmoidoscopia flexível, já que o cólon deve ser examinado por inteiro e, para isso, usa-se o coloscópio, com a possibilidades do diagnóstico e do tratamento.

DIAGNÓSTICO

A HDBA significa, a princípio, risco de morte para o paciente e pode apresentar de tal modo que dispensa o diagnóstico topográfico do fator causal e impõe a operação cirúrgica em que a colectomia total é a eventual conduta drástica e dramática, mais por perigosa do que por difícil, acompanhada de índice de morbidade e mortalidade elevados, variando de 5 a 37%^{12,13,37-38}.

O ideal, nesses casos, é o suporte hemodinâmico intensivo, a estabilização do paciente e a investigação com o propósito da determinação do ponto de sangramento. Se houver disponibilidade técnica, o método investigativo aconselhável é angiografia que, bem sucedida, determinará o local do sangramento. Nessa circunstância, a abordagem cirúrgica com ressecção intestinal limitada tem resultados mais seguros com mortalidade, ainda que variável, abaixo de 10% contra os 37% das colectomias às cegas^{37,39-40}. Na impossibilidade do emprego da angiografia, por falta da disponibilidade material, a coloscopia é procedimento de escolha e possível mesmo na vigência do sangramento ativo^{8,9,25}, principalmente quando de dispõe de aparelho adequado – com dois canais amplos, tipo CFLB3R, da Olympus[®], que permite a adequada limpeza dos cólons à medida que se faz o exame.

Num período de 8 anos (1978-1986) examinamos 34 pacientes, via coloscopia (coloscópio Olympus CFLB-3R), sem sedação, logo após a internação por hemorragia intestinal maciça⁸. Cinquenta por cento deles tinham fontes observáveis de sangramento ativo e a lesão era a angiodisplasia, associada ou não com outras doenças presente ou passada (1 paciente operado de câncer do cólon, 1 paciente com megacólon chagásico, 1 paciente com pólipos e 3 com doença diverticular). Todas as lesões angiodisplásicas foram fulguradas.

Os outros 17 pacientes (50%) não tinham a angiodisplasia, mas apresentavam doenças cólicas que foram consideradas como fonte possível do sangramento (10 pacientes (59%) tinham doença diverticular – em nenhum deles pode ser evidenciado o local do sangramento; 3 pacientes com úlceras intestinais – uma

retal e duas ileais - ambas com sangramento ativo - 2 pacientes “normais”; 1 paciente com câncer de cólon ascendente - sem sangramento - e 1 paciente com pólipos - sem sangramento). Os dois pacientes com úlceras ileais foram operados para excisão segmentar do íleo e os outros receberam tratamento clínico com transfusão de hemácias, quando necessário. Nos 34 pacientes examinados, em 5 os exames foram durante o sangramento copioso (a lesão identificada foi a angiodisplasia), 2 tinham sido submetidos a exame angiográfico (tinham úlceras ileais); todos, menos 5, foram examinados, após reposição volêmica e preparo intestinal rápido com manitol a 10%, ingerido 4 horas antes do exame.

Nesses 34 pacientes com hemorragia intestinal maciça, independente da angiodisplasia, 13(36%) tinham doença diverticular - em nenhum deles pode ser encontrado, relacionado ao divertículo, o sítio do sangramento. Entre os 17 pacientes que não tinham doença angiodisplásica, 10 (59%) tinham doença diverticular, mas a doença foi apenas, por presunção, considerada a fonte do sangramento⁸.

O uso do coloscópio apropriado, a habilidade no seu manuseio e o alcance universal do método fez com que o exame endoscópico, assim como ocorreu com a hemorragia digestiva alta, se tornasse o principal método diagnóstico e terapêutico nas hemorragias digestivas baixas.

Jensen e col.^{9,10} preconizando o exame coloscópico, em caráter de urgência, no sangramento maciço do intestino grosso, puderam, em pelo menos 1/5 de seus pacientes, definir o sangramento com decorrente da doença diverticular.

Ao longo da nossa experiência - desde a década de 70, no século passado, até os dias atuais, com a abordagem coloscópica do paciente com hemorragia intestinal maciça, na vigência da atividade hemorrágica, fomos capazes de identificar, só em dois pacientes, o divertículo sangrando. Num deles, o exame foi feito três horas após admissão do paciente, tempo que foi esperado após o término da ingestão de 1 litro de solução de manitol a 10%. O intestino grosso estava suficientemente limpo para exame adequado; a alteração presente era a doença diverticular e, na retirada do aparelho, no terço médio do cólon transversal fomos surpreendidos por um divertículo reiniciando o sangramento. Até então, havíamos ficado com a questão: “é de fato divertículo, na doença diverticular, o sítio das hemorragias intestinais copiosas?” De fato é,

pelo menos parece que é, mas o exame coloscópico não é o melhor procedimento para a identificação do local exato de sangramento, quando se trata de doença diverticular, quando se busca sinais indiretos de localização do ponto de origem e deve ser feito cessada a hemorragia, com preparo adequado e, nesses casos, o intuito do examinador deve ser, também, o de detectar outros sítios de sangramentos - neoplásicos ou não - e, eventualmente constatar que o paciente tem a doença diverticular. Coágulos, recentes ou não, dentro dos divertículos não servem com sinal. Todos os pacientes que examinamos na vigência do sangramento, pelo coloscópio, tinham seus divertículos, se não com fezes, repletos de coágulos sanguíneos e nunca pudemos escolher, dentre um deles, qual havia sangrado. Noutro paciente, o achado foi de um divertículo isolado visto imediatamente depois da curvatura do ângulo esplênico, entrando no 1/3 distal do cólon, região de onde podia visualizar compressão extrínseca do cólon da parede ântero-superior do transversal, logo depois diagnosticado como um grande cisto hemorrágico de pâncreas fistulizado para o cólon³².

Assim, o exame endoscópico - seja para a hemorragia digestiva alta, seja para a hemorragia digestiva baixa - deve fazer parte do arsenal investigativo e, eventualmente, terapêutico, tendo o examinador a idéia das diferenças que surgirão, nessas eventualidades, inerentes aos sítios anatômicos examinados. Desse modo, é muito mais comum esperar a identificação da fonte de sangramento na hemorragia alta e mais fácil o seu tratamento, do que encontrar o local que sangra na hemorragia digestiva baixa.

A facilidade com a coloscopia, procedimento com maior oferta nos dias atuais, pode ser obtida se o exame for feito o mais precoce possível depois da internação do paciente, com a reanimação, sem o preparo intestinal mecânico⁸ ou, se for oportuno, com preparo intestinal^{10,50,51}.

A coloscopia, na vigência do sangramento, exige um aparelho apropriado, grosso, de dois canais largos - um para aspiração e outro para terapêutica. Apesar disso, nas hemorragias maciças do intestino grosso, pelo menos entre nós, quando a necessidade de investigação excede a disponibilidade de técnica da maioria dos nossos hospitais, e, principalmente, quando o objetivo é determinar o local do sangramento, o procedimento técnico de escolha deve ser a coloscopia, com a ciência de que o que se define como hemorragia intestinal baixa não tem como causa só as lesões cólicas; não se

encontram, portanto, sempre num segmento de fácil acesso. Portanto, para a grande maioria dos que estão em contato com os pacientes com sangramento retal profuso a recomendação é, se houver motivos clínicos, iniciar a investigação com a endoscopia digestiva alta, passando para o exame coloscópico, se possível na vigência do sangramento, ou imediatamente após a estabilização do paciente e, nesse caso, de um preparo intestinal rápido⁵¹.

As hemorragias digestivas baixas – a partir do ângulo de Treitz - respondem por 20% de todos os sangramentos gastrintestinais – tem incidência anual de até 30 casos por 100.000 pessoas, com a facilidade de que o local de sangramento estão mais comumente localizados nos cólons. É causa frequente de admissão hospitalar, com mortalidade referida entre 10-20%, cuja variação está na dependência da idade (>60 anos), doenças associadas e gravidade do sangramento (paciente necessitando mais de 5 unidades concentrado de hemácias).

O espectro clínico de apresentação da HDBA é amplo, variando desde episódios recorrentes e pouco expressivos de hematoquezia até hemorragias maciças e choque hemodinâmico. Na maior parte das ve-

zes o sangramento é autolimitado. A abordagem inicial dos casos graves é direcionada para garantir a estabilidade hemodinâmica, dentro dos mesmos princípios do tratamento da HDA⁶.

Concluindo, dados recentes de estudo prospectivos e casualizados, sugerem que a evolução e as consequências para pacientes com hemorragia intestinal significativa são semelhantes se eles forem submetidos ao exame coloscópico em caráter de urgência ou expectante. Nesse último caso, os autores seguem um algoritmo em que há, precedendo a coloscopia, exames de rastreamento de hemácias marcada com tecnécio ou a angiografia visceral. Assim, o exame endoscópico é eletivo e precedido de preparo. Exceto para o diagnóstico, não houve nenhuma vantagem de um esquema de abordagem de urgência com a coloscopia ou expectante – usando métodos radiográficos intervencionistas – com o emprego de cintilografia no rastreamento de hemácias marcadas com tecnécio-99 ou com a angiografia visceral seletiva. Os autores terminam sugerindo que a escolha dos métodos deverá ser fundamentada na experiência local e na disponibilidade de material⁵¹.

ABSTRACT: The evaluation and management of the acute lower digestive hemorrhage has been modified with the recent development of new techniques and devices. The aim of this manuscript was to demonstrate with simplicity how to treat the patients with acute lower intestinal hemorrhage. Diseases of the large bowel account for the ¼ of the cases of digestive hemorrhages on the hospital admission and have as main etiological agents the diverticula, in the diverticular disease, and small vascular malformation, in the angiodysplasias. Sometime, it can be seen as a life-threatening condition, however, most of the times, the hemorrhage stops spontaneously. The serious circulatory disturbances are not common; the most frequent signs are the decrease in hemoglobin occurring on about one half of patients and some form of circulatory disturbance as orthostatic changes in 30%; as syncope in 10% and as cardiovascular collapse in 9%. However, the age group, the conditions of the senility, the eventually associated diseases and the lack of material and human resources to handle with that kind of problem are the reasons for concern. The simple clinical approach with a well elaborated history; the physical examination released with attention and objectivity, the inclusion of the proctologic exam, the obligatory readiness for an endoscope for colonoscopy, the basic knowledge on the event are necessary and, in most of the times, enough for the good professional acting in the elaboration of the cares that it should be given to those patient ones.

Key words: Acute lower intestinal bleeding, clinical presentation, management, colonoscopy.

REFERÊNCIAS

1. Leading Articles. Massive bleeding from large bowel. Br J Med 1980; 280(6212):425-26.
2. Fraenkel GJ. Rectal bleeding and diverticulitis. Br J Surg 1954; 41:463-65.
3. Noer RJ. Haemorrhage as a complication of diverticulitis. Ann Surg 1955; 141:674-83.
4. Sorger K, Wacks MR. Exsanguinating arterial bleeding associated with diverticulating disease of the colon. Arch Surg 1971; 102:9-13.
5. Behringer GE, Albright NL. Diverticular disease of the colon. A frequent cause of massive rectal bleeding. Am J Surg 1973; 125:419-23.
6. Santiago Mendes G, Dani R. Projetos Diretrizes da AMB e CFM: Hemorragias Digestivas. http://www.projetodiretrizes.org.br/projeto_diretrizes/057.pdf; Federação Brasileira Gastroenterologia, 2002.

7. Gordon PH. Principles and practice for colon, rectum and anus. 3rd ed. New York: Informa Healthcare USA, Inc., 2007.
8. Santos JCM, Aprilli F, Guimaraes AS, Rocha JJ. Angiodysplasia of the colon: endoscopic diagnosis and treatment. *Br J Surg* 1988; 75:256-8.
9. Jensen DM, Machicado GA. Diagnosis and treatment of severe hematochezia. The role of urgent colonoscopy after purge. *Gastroenterology* 1988; 95:1569-74.
10. Jensen DM, Machicado GA, Jutabha R, Kovacs TO. Urgent colonoscopy for the diagnosis and treatment of severe diverticular hemorrhage. *N Engl J Med* 2000; 342:78-82.
11. Longstreth GF. Epidemiology and outcome of patients hospitalized with acute lower gastrointestinal hemorrhage: a population-based study. *Am J Gastroenterol* 1997; 92:419-24.
12. Zuckerman GR, Prakash C. Acute lower intestinal bleeding. Part I: clinical presentation and diagnosis. *Gastrointest Endosc* 1998; 48:606-17.
13. Zuckerman GR, Prakash C. Acute lower intestinal bleeding. Part II: etiology, therapy, and outcomes. *Gastrointest Endosc* 1999; 49:228-38.
14. Nomura S, Kawahara M, Yamasaki K, et al. Massive rectal bleeding from a Dieulafoy lesion in the rectum: successful endoscopic clipping. *Endoscopy* 2002; 34:237.
15. Wahlgren CM, Wahlberg E. Rectal bleeding caused by rupture of an aneurysm of the iliac artery into the rectum. *Eur J Surg* 2002; 168:59-60.
16. Kudo S, Nakaya I, Yahata M, Soma J. [Massive colonic bleeding and crescentic glomerulonephritis in an elderly man with Henoch-Schonlein purpura]. *Nippon Jinzo Gakkai Shi* 2009; 51:891-6.
17. Syed MI, Shaikh A. Accurate localization of life threatening colonic hemorrhage during nuclear medicine bleeding scan as an aid to selective angiography. *World J Emerg Surg* 2009; 4:20.
18. Fischman M. Massive Lower Digestive Hemorrhages (Various Clinical Aspects). *Rev Bras Gastroenterol* 1963; 15:185-94.
19. Raoul JL. Massive lower digestive hemorrhages. Diagnostic and therapeutic approach. *Gastroenterol Clin Biol* 1995; 19(5 Pt 2):B41-6.
20. Ortiz V, Nicolas D, Nos P, Berenguer J. Severe lower digestive hemorrhage in Crohn's disease. *Gastroenterol Hepatol* 1999; 22:18-21.
21. Perez-Roldan F, Villafanez-Garcia MC, Gonzalez-Carro P, et al. Massive lower digestive bleeding caused by jejunal aneurysm. *Gastrointest Endosc* 2009; 69:338-9; discussion 339.
22. Bramley PN, Masson JW, McKnight G, et al. The role of an open-access bleeding unit in the management of colonic haemorrhage. A 2-year prospective study. *Scand J Gastroenterol* 1996; 31:764-9.
23. Longstreth GF. Epidemiology of hospitalization for acute upper gastrointestinal hemorrhage: a population-based study. *Am J Gastroenterol* 1995; 90:206-10.
24. Blatchford O, Davidson LA, Murray WR, et al. Acute upper gastrointestinal haemorrhage in west of Scotland: case ascertainment study. *BMJ* 1997; 315(7107):510-4.
25. Kollef MH, O'Brien JD, Zuckerman GR, Shannon W. BLEED: a classification tool to predict outcomes in patients with acute upper and lower gastrointestinal hemorrhage. *Crit Care Med* 1997; 25:1125-32.
26. Jensen DM, Machicado GA. Colonoscopy for diagnosis and treatment of severe lower gastrointestinal bleeding. Routine outcomes and cost analysis. *Gastrointest Endosc Clin N Am* 1997; 7:477-98.
27. Farrell JJ, Friedman LS. Review article: the management of lower gastrointestinal bleeding. *Aliment Pharmacol Ther* 2005; 21:1281-98.
28. Richter JM, Christensen MR, Kaplan LM, Nishioka NS. Effectiveness of current technology in the diagnosis and management of lower gastrointestinal hemorrhage. *Gastrointest Endosc* 1995; 41:93-8.
29. Peura DA, Lanza FL, Gostout CJ, Fouch PG. The American College of Gastroenterology Bleeding Registry: preliminary findings. *Am J Gastroenterol* 1997; 92:924-8.
30. Kester RR, Welch JP, Sziklas JP. The 99mTc-labeled RBC scan. A diagnostic method for lower gastrointestinal bleeding. *Dis Colon Rectum* 1984; 27:47-52.
31. Suzman MS, Talmor M, Jennis R, et al. Accurate localization and surgical management of active lower gastrointestinal hemorrhage with technetium-labeled erythrocyte scintigraphy. *Ann Surg* 1996; 224:29-36.
32. Santos JCM, Feres O, Rocha JJ, Aracava MM. Massive lower gastrointestinal hemorrhage caused by pseudocyst of the pancreas ruptured into the colon. Report of two cases. *Dis Colon Rectum* 1992; 35:75-7.
33. Kaiserling E, Krober S. Massive intestinal hemorrhage associated with intestinal amyloidosis. An investigation of underlying pathologic processes. *Gen Diagn Pathol* 1995; 141:147-54.
34. Santos JCM. Colite Isquêmica. *Rev Bras Coloproctol* 1998; 18:109-115.
35. Sreenarasimhaiah J. Diagnosis and management of ischemic colitis. *Curr Gastroenterol Rep* 2005; 7:421-6.
36. Huguier M, Barrier A, Boelle PY, et al. Ischemic colitis. *Am J Surg* 2006; 192:679-84.
37. Blanco-Diaz J, Rodriguez-Hermosa JJ, Pujadas de Palol M, et al. [Ischemic colitis: two forms of clinical presentation and outcome]. *Cir Esp* 2006; 79:245-9.
38. Schwake L, Schlenker T, Schwake S, et al. Ulcers of the colon in association with nonsteroidal anti-inflammatory drugs (NSAID)—a rare cause of gastrointestinal bleeding? Report of 3 cases. *Z Gastroenterol* 2000; 38:957-61.
39. Yong D, Grieve P, Keating J. Do nonsteroidal anti-inflammatory drugs affect the outcome of patients admitted to hospital with lower gastrointestinal bleeding? *N Z Med J* 2003; 116(1178):U517.

40. Zuckerman GR, Trellis DR, Sherman TM, Clouse RE. An objective measure of stool color for differentiating upper from lower gastrointestinal bleeding. *Dig Dis Sci* 1995; 40:1614-21.
41. Steer ML, Silen W. Diagnostic procedures in gastrointestinal hemorrhage. *N Engl J Med* 1983; 309:646-50.
42. Drapanas T, Pennington DG, Kappelman M, Lindsey ES. Emergency subtotal colectomy: preferred approach to management of massively bleeding diverticular disease. *Ann Surg* 1973; 177:519-26.
43. Bender JS, Wiencek RG, Bouwman DL. Morbidity and mortality following total abdominal colectomy for massive lower gastrointestinal bleeding. *Am Surg* 1991; 57:536-40; discussion 540-1.
44. Parkes BM, Obeid FN, Sorensen VJ, et al. The management of massive lower gastrointestinal bleeding. *Am Surg* 1993; 59:676-8.
45. Farner R, Lichliter W, Kuhn J, Fisher T. Total colectomy versus limited colonic resection for acute lower gastrointestinal bleeding. *Am J Surg* 1999; 178:587-91.
46. Renzulli P, Maurer CA, Netzer P, et al. Subtotal colectomy with primary ileorectostomy is effective for unlocalized, diverticular hemorrhage. *Langenbecks Arch Surg* 2002; 387:67-71.
47. Browder W, Cerise EJ, Litwin MS. Impact of emergency angiography in massive lower gastrointestinal bleeding. *Ann Surg* 1986; 204:530-6.
48. O'Neill BB, Gosnell JE, Lull RJ, et al. Cinematic nuclear scintigraphy reliably directs surgical intervention for patients with gastrointestinal bleeding. *Arch Surg* 2000; 135:1076-81; discussion 1081-2.
49. Nath RL, Sequeira JC, Weitzman AF, et al. Lower gastrointestinal bleeding. Diagnostic approach and management conclusions. *Am J Surg* 1981; 141:478-81.
50. Ohyama T, Sakurai Y, Ito M, et al. Analysis of urgent colonoscopy for lower gastrointestinal tract bleeding. *Digestion* 2000; 61:189-92.
51. Green BT, Rockey DC, Portwood G, et al. Urgent colonoscopy for evaluation and management of acute lower gastrointestinal hemorrhage: a randomized controlled trial. *Am J Gastroenterol* 2005; 100:2395-402.

Endereço para correspondência:

JULIO CÉSAR M SANTOS JR.
Av. Min. Urbano Marcondes, 516
Guaratinguetá - SP
12530-210
E-mail: instmed@provale.com.br