

EMERGENCIAS QUIRÚRGICAS**DIAGNÓSTICO Y ABORDAJE
INICIAL DE LA HEMORRAGIA
DIGESTIVA BAJA**

Ana Laura Villegas Zamora*

SUMMARY

Lower gastrointestinal bleeding is a common cause of consultation in the emergency department, the diagnosis is a real challenge because their intermittent and self-limited nature. The method to determine and treat the cause is controversial in different studies.

Palabras claves: hemorragia digestiva baja, colonoscopía, angiografía.

INTRODUCCIÓN

La hemorragia digestiva baja (HDB) se define como aquella que tiene su origen en una lesión localizada en el tubo digestivo distal al ligamento de Treitz. Su

incidencia se estima entre el 20-27% casos por 100.000 habitantes/año y su mortalidad se estima en 7,2-14%. Tiene carácter autolimitado e intermitente, de ellas el 80% cesan espontáneamente. [4-5-6-8-10-13] Clínicamente la hemorragia se presentará en forma de melena, hematoquecia, rectorragia y sangre oculta en heces, que cursará con pérdidas mayores o menores de sangre, cuyas características pueden variar dependiendo del lugar de origen, de la rapidez de aparición o del volumen de la misma. [3-5-8-12] Supresentación más delicada es la hemorragia digestiva baja aguda grave la cual se define si cumple dos o más de los siguientes criterios:

a) repercusión hemodinámica, considerada como la evidencia de dos o más de los siguientes signos: PAS>90mmHg, FC>100lat/min, hipotensión ortostática y signos de baja perfusión periférica; b) descenso de hemoglobina ≥ 2 g/dl, y c) requerimiento transfusional ≥ 2 concentrados de hematíes. Supone un 15% de los HDBA y es más frecuente en enfermos de edad avanzada y con un proceso patológico grave asociado. [5-8] Las causas más frecuentes son los divertículos y la angiodisplasia, otras son: hemorroides, pólipos, colitis isquémica, úlcera solitaria del recto, linfangiomas, proctitis por radiación, neoplasias. Entre las principales patologías

* Médico General.

asociadas están diabetes mellitus, hipertensión arterial, cardiopatía coronaria e insuficiencia renal. [1-2-7-9-13] La HDB representa un desafío que requiere acciones inmediatas destinadas a estabilizar al paciente y conjuntamente identificar el sitio y/o etiología del sangrado. Se debe estabilizar al paciente, valorando la posibilidad de hipovolemia y shock, con líquidos intravenosos, derivados hemáticos y medicación adecuada para la reanimación. [1-2-3-8] Existe gran controversia sobre el método de elección para la localización del sitio de sangrado. La colonoscopía, la angiografía visceral y la gammagrafía con Tc-99 son las exploraciones diagnósticas que presentan el mejor índice de éxito en la localización del foco de la hemorragia. [1-2-8-15] El estudio isotópico incluye el sulfuro coloidal marcado con tecnecio-99m y el estudio de hematíes marcados con tecnecio-99. La gammagrafía con hematíes marcados permite detectar sangrados con débitos muy bajos, de entre 0,1 y 0,4 ml/min y explorar hasta durante 24 horas el área abdominal completa, detectando los sangrados de bajo flujo e intermitentes. Las limitaciones de esta prueba residen en la localización inexacta del punto de sangrado cuando este aparece tardíamente, ya que los hematíes pueden desplazarse anterógrada o retrógradamente

en la luz intestinal, que no puede precisar la causa del sangrado, su limitada disponibilidad y el carecer de posibilidades terapéuticas. [3-4] La arteriografía es una técnica invasiva, que permite el diagnóstico de sangrado activo cuando se identifica extravasación de contraste intravenoso hacia la luz intestinal y permite realizar procedimientos terapéuticos con embolización selectiva del vaso sanguíneo. Posee una sensibilidad de 40-86% en HDB y una especificidad de hasta el 100% detectando sangrados mayores a 0,5ml/min. [12] La principal ventaja de la arteriografía es que puede hacerse sin preparación previa, en el momento del sangrado. No resulta útil en casos de sangrado intermitente pues se necesita que el sangrado esté activo al momento de la evaluación. Es una técnica que requiere entrenamiento y no está exenta de complicaciones, de las cuales la más común y peligrosa es la necrosis intestinal. [12] La angiografía se recomienda en el diagnóstico inicial de pacientes que presentan HDB masiva, en cuyo caso no es adecuado perder tiempo en preparar el colon para realizar una endoscopía. [4-8-15] La colonoscopía suele ser la exploración inicial en los pacientes con HDB en la mayoría de centros, ya que permite localizar, caracterizar y tratar de forma relativamente segura la

mayoría de las lesiones sanguíneas en el colon e íleon distal. En las HDB graves con pacientes hemodinámicamente estables, se empezará con una colonoscopía total tras haber preparado el colon. [2-3] La colonoscopía tiene un alto rendimiento en la localización del sangrado, comparada con la arteriografía la colonoscopía tiene mayor tasa de diagnóstico, incluso en ausencia de sangrado activo, lo cual es importante debido a la naturaleza intermitente de la HDB y el lento sangrado de las afecciones de la mucosa. [10] El diagnóstico puede ser dado por datos de certeza o de probabilidad. El de certeza se establece identificando la lesión con hemorragia activa, un vaso visible no sanguíneo o un coágulo adherido reciente. El de probabilidad se da ante la presencia de hematoquecia o sangre fresca localizada en un segmento del colon, asociado a una lesión única potencialmente sanguínea. Una vez encontrado el lugar de sangrado la terapia endoscópica tiene excelentes resultados y pocas complicaciones. [4-8] Sin embargo para una correcta valoración del colon es impresindible una buena limpieza del mismo, lo que retarda el tiempo de diagnóstico, por lo cual no es recomendable en pacientes hemodinámicamente inestables donde el diagnóstico no puede esperar. Así mismo puede no ser efectiva en casos en que hay gran cantidad de sangre en

el colon. Otras limitaciones de la endoscopía son que no puede evaluar de forma correcta el intestino delgado y que muchas veces la propia sangre dificulta la visualización endoscópica del punto de sangrado. [3-11] Las complicaciones de la colonoscopía son 0.3% y 0.6%, entre ellas predominan: perforación intestinal, falla cardiaca congestiva secundaria a sobrecarga de volumen, anomalías electrolíticas y neumonía por aspiración. La falta de preparación adecuada aumenta el riesgo de complicaciones. [10]

CONCLUSIONES

A pesar de la controversia sobre qué procedimiento utilizar para el diagnóstico de la HDB en la mayoría de los centros se utiliza como primera opción la colonoscopía por su capacidad de localizar la lesión y a la vez de corregirla, excepto en pacientes hemodinámicamente inestables donde la recomendación predominante es realizar la angiografía ya que no necesita preparación previa.

RESUMEN

La hemorragia digestiva baja es una causa común de consulta en el servicio de emergencias, su diagnóstico representa un verdadero reto por su carácter intermitente y autolimitada. El método para determinar y tratar la causa es tema de controversia en los diferentes estudios.

BIBLIOGRAFÍA

1. Balén, E. et al. Eficacia de un protocolo de manejo de la hemorragia digestiva baja grave. *Cir Esp* 2003;73(2):95-103.
2. Bannura G. et al. Hemorragia digestiva baja masiva: resultados del estudio y el tratamiento quirúrgico en 20 pacientes consecutivos. *Revista médica de Chile*. 2002;130(8): 869-878.
3. Darnell, A. et al. Hemorragia intestinal. *Radiología abdominal*. 2008;5(2): 12-13.
4. Elta, G. Urgent colonoscopy for acute lower GI bleeding. *Gastrointestinal Endoscopy*. 2004;59(3): 402-408.
5. García Sánchez, M. et al. Rendimiento de la colonoscopía precoz en la hemorragia digestiva baja aguda grave. *Gastroenterología y hepatología*. 2001;24(7): 327-332.
6. García-Mónaco, R. et al. Embolización superselectiva en el tratamiento de la hemorragia digestiva baja masiva. *Acta gastroenterológica Latinoamericana*. 2011;41(2):119-127.
7. Green, B. et al. Urgent colonoscopy for evaluation and management of acute lower gastrointestinal hemorrhage: a randomized controlled trial. *American Journal of Gastroenterology*. 2005;100: 2395-2402.
8. Hervás, A. (2010) Hemorragia digestiva baja. En Montoro, M y García, J. (comps). *Manual de emergencias en Gastroenterología y Hepatología*. (71-76). Madrid.
9. Kettenhofen, W. Hemorragia del tubo digestivo distal. *Revista de gastroenterología de México*. 2010;75(1): 103-104.
10. Lhewa, D.; Strate, L. Pros and cons of colonoscopy in management of acute lower gastrointestinal bleeding. *World Journal of Gastroenterology*. 2012;18(11):1185-1190.
11. Padia, S. et al. Radiologic diagnosis and management of acute lower gastrointestinal bleeding. *Cleveland Clinic Journal of Medicine*. 2007;74(6):417-420.
12. Roldán-Ramos. et al. Sangrado activo gastrointestinal. *Radiología abdominal*. 2008;5(2): 15.
13. Schmulewitz. et al. Early colonoscopy for acute lower GI bleeding predicts shorter hospital stay: a retrospective study of experience in a single center. *Gastrointestinal Endoscopy*. 2003;58(6):841-846.
14. Strate, L. Lower GI Bleeding: Epidemiology and Diagnosis. *Gastroenterology Clinics of North America*. 2005;34:643-664.
15. Strate, L. Predictors of utilization of early colonoscopy vs radiography for severe lower intestinal bleeding. *Gastrointestinal Endoscopy*. 2005;61(1): 46-52.
16. Vivas, I. Hemorragia intestinal. *Radiología abdominal*. 2008;5(2): 14.