

## EMERGENCIAS QUIRÚRGICAS

# SANGRADO DIGESTIVO ALTO Y BAJO CARACTERÍSTICAS Y MANEJO

María Del Mar Arias Leiva\*

### SUMMARY

Gastrointestinal bleeding is a manifestation of a potentially serious condition that should be investigated in depth. Determining the cause is critical to establishing a scheme suitable for treating and preventing future episodes. However, sometimes it is not easy to establish neither the site nor the cause of blood loss. In some circumstances do not exist clinically evident bleeding manifestations, so that these cases are classified as occult or obscure gastrointestinal bleeding.

### INTRODUCCIÓN

Hemorragia digestiva es la pérdida de sangre que se origina en cualquier segmento del tubo digestivo, desde el esófago hasta el ano. Puede ser alta (si se produce sobre el ángulo de Treitz) o baja (su origen es bajo el ángulo de Treitz). Las causas de la hemorragia digestiva son numerosas, aproximadamente en el 10% de los casos la hemorragia es secundaria a una enfermedad sistémica, ya sea un trastorno hematológico o una septicemia. En el resto de los casos debido a lesiones locales del tubo

digestivo. (5)

### SANGRADO DIGESTIVO ALTO

Suele manifestar por hematemesis y/o melena. La presencia de hematemesis (sangre en el vómito) generalmente sugiere que el origen del sangrado está próximo al ligamento de Treitz. El aspecto de las heces, también informa la altura del origen del sangrado, cuando la sangre ha permanecido por menos de 5 horas en el intestino, generalmente sale de color rojo en la heces, mientras la sangre

---

\* Médico General

que ha permanecido por 20 horas es, por lo general melénica (heces negras, brillantes, pegajosas, fétidas y de consistencia pastosa) (2,8). La hematoquecia es la emisión de sangre roja por el ano, sola o mezclada con la deposición, y suele ser indicativa de sangrado digestivo bajo aunque en ocasiones es una forma de presentación de sangrado digestivo alto, cuando existe un tránsito acelerado por la abundante y rápida presencia de sangre en el tubo digestivo. Para que esto suceda, la hemorragia debe ser mayor de 1000 cc y producirse en menos de 1 hora (9,11).

aceleración del tránsito intestinal y por ello la imposibilidad de formación de hematina y consiguiente transformación del color de la sangre (8).

La evaluación de la hemorragia rectal debe comenzar con un examen digital, anoscopia y proctosigmoidoscopia. La colonoscopia no es útil si hay hemorragia torrencial pero si es valiosa para evaluar los pacientes que tienen sangrado rectal inexplicable y persistente resultados positivos en las pruebas de sangre oculta en las heces. La angiografía es la técnica de elección, con sangrado activo (1).

## DIAGNÓSTICO Y TRATAMIENTO

La terapia endoscópica está indicada para todas las lesiones que son consideradas que tienen un alto riesgo de recidiva hemorrágica (sangrado activo o vaso visible). Terapias endoscópicas pueden ser térmica (electrocoagulación, aplicación directa de calor o terapia con láser), implican la inyección con diversos agentes, o emplear compresión mecánica de el sitio del sangrado (clips hemostáticos o bandas). Todos estos métodos tienen una alta tasa (90%) de éxito en detener activa sangrado y significativa reducir el riesgo de resangrado (12). El tratamiento endoscópico reduce la morbilidad, la mortalidad, la transfusión requisitos y los costos de atención. La técnica de elección para cada paciente específicamente depende de la situación clínica, la localización de la lesión, y de la habilidad del endoscopista (12). Los pacientes con hemorragia digestiva alta que son trasladados en ambulancia en situaciones de emergencia, requieren de una endoscopia de emergencia para lograr la hemostasia, las cuales son controversiales, a pesar de las técnicas realizadas en el proceso endoscópico hemostático. Aunque la hemostasia mediante una laparotomía puede realizarse como último recurso, la cirugía en

Causas de SDA	Porcentaje de Pacientes %
Úlceras gástricas, duodenales	31-67
Varices esofágicas, gástricas, duodenales	6-39
Síndrome Mallory Weiss	2-8
Gastritis Hemorrágicas	2-18
Esofagitis Erosiva	1-13
Neoplasias	2-8
Ectasias Vasculares	0-6

## SANGRADO DIGESTIVO BAJO

Generalmente se manifiesta como hematoquecia, acompañada con frecuencia de dolor abdominal de carácter cólico y en ocasiones tenesmo rectal. Sin embargo, los sangrados digestivos masivos provocan con frecuencia la

Causas Sangrado Digestivo Bajo:

1. Enfermedades Anales: Hemorroides, fisuras.
2. Enfermedad diverticular
3. Neoplasias
4. Pólipos
5. Diarrea
6. CUCI, Enfermedad de Crohn
7. Parasitosis
8. Angiodisplasias

un paciente con una enfermedad sistémica pobre conlleva un alto riesgo. Por lo tanto, la hemostasia endoscópica de emergencia sigue siendo el tratamiento de primera línea de elección (3-6). La colonoscopia se debe realizar para excluir el cáncer de colon después de un episodio inicial de sospecha de diverticulitis. Si un paciente ha tenido una colonoscopia reciente antes de desarrollar diverticulitis, el valor de una repetición colonoscopia para excluir el cáncer es desconocido (10).

## RESUMEN

El sangrado digestivo es una manifestación de una enfermedad potencialmente seria, que debe ser investigada a profundidad. La determinación de la causa es fundamental para establecer un esquema adecuado para el tratamiento y la prevención de futuros episodios. Sin embargo, en ocasiones no es sencillo establecer ni el sitio ni la causa de la pérdida sanguínea. En algunas circunstancias ni siquiera existen manifestaciones de sangrado clínicamente evidente, por lo que

esos casos se catalogan como sangrado digestivo oculto u oscuro (4).

## BIBLIOGRAFÍA

1. Amit K. Ghosh, MD. Gastroenterology and Hepatology. Mayo Clinic, Internal Medicine Review, Eighth Edition. Cap 7, pag 283.
2. Angel A, Rosero G, Crispín M, Valencia J, Muñoz A, Cadavid A. Sangrado Digestivo Oculto y Oscuro. Comité de Cirugía Gastrointestinal ACC.. [www.ascolcirugia.org/guiasCirugia/sangradoDigestivo.pdf](http://www.ascolcirugia.org/guiasCirugia/sangradoDigestivo.pdf).
3. Apel D, Riemann JF. Emergency Endoscopy. Can J Gastroenterol 2000; 14: 199-203.
4. Arguedas J. Sangrado Digestivo Oculto. Actualización Médica Periódica, 2005, num 44.
5. Brunicardi F. Schwartz. Principios de Cirugía. Octava Edición. Volumen II Paginas: 967-991.
6. Hearnshaw SA, Logan RF, Lowe D, Travis SP, Murphy MF, Palmer KR. Use of Endoscopy For Management of Acute Upper Gastrointestinal Bleeding in the UK. Gut 2010; 59: 1022-1029.
7. Kasper D, Braunwald E, Fauci A, Hauser S, Longo D, Jameson J. Alterations in Gastrointestinal Function, Gastrointestinal Bleeding. Harrison's Principles of Internal Medicine 18th edition. Chapter 41. , pag 668.
8. Montero F. J. Claves Diagnósticas y Terapéuticas Para el Manejo de la Hemorragia Digestiva Alta en Urgencias. Emergencias 2005;17:S40-S49.
9. Morgan AG, Clamp SE. O.M.G.E. International Upper Gastrointestinal Bleeding Survey 1978 82. Scand J Gastroente-rol 1984;19 Suppl 95:41-58.
10. Peery AF, Sandler RS. Diverticular Disease: Reconsidering Conventional Wisdom. Clinical Gastroenterology and Hepatology 2013.04.048.
11. World Organization of Gastroenterology. Research Commitee. Protocol For Survey of Upper Gastrointestinal Bleeding 1978-82.
12. Yamada T, Bjorkman D. Endoscopic Diagnosis and Treatment of Nonvariceal Upper Gastrointestinal Hemorrhage. Atlas of Gastroenterology. 4th Edition, 2009, pag 943.