



HEMORRAGIA DIGESTIVA BAJA

33

DEFINICION

Todo sangrado originado por lesiones en el tobo digestivo en forma distal al ligamento de Treitz, es decir entre el intestino delgado y el ano, resultando en síntomas de anemia o inestabilidad hemodinámica de acuerdo a la pérdida sanguínea.

EPIDEMIOLOGIA

- ✓ Es una de las causas gastroenterológicas mas frecuentes de admisión hospitalaria, con una incidencia anual de 20-30/100000 habitantes.
- ✓ Su prevalencia aumenta significativamente desde los 20 a los 80 años, asociado con un aumento paralelo de las causas asociadas a HDB (diverticulosis, angiodisplasias)
- ✓ La edad media de presentación es alrededor de los 65 años.
- ✓ Tasa de mortalidad entre el 2 al 4 %
- ✓ Hasta un 80 % de los casos cesa en forma espontánea.
- ✓ Entre el 2 y el 15 % de los pacientes con presunta HDB presenta causas de HDA.

ETIOLOGIA

• PATOLOGIA COLORRECTOANALES

ENFERMEDAD. DIVERTICULAR	20 – 50 %
ANGIODISPLASIAS	10 - 30 %
E.I.I. (COLITIS ULCEROSA - CROHN)	15 - 20 %
NEOPLASICO/ POLIPOS	10 - 20 %
HEMORROIDES/ FISURAS	4 %
COLITIS INFECCIOSAS	< 10 %
COLITIS ISQUEMICA	< 10 %
PROCTITIS POSTRADIACION	1 - 5 %
OTROS	

• INTESTINO DELGADO (MENOS FRECUENTES) 2- 15 %

ANGIODISPLASIA	
MECKEL	
ENF. DE CROHN	
ENTERITIS ACTINICA	
PURPURA DE SCHOLEIN-HENOCH	
OTROS	

PRESENTACION CLINICA.

Hematoquezia: Eliminación de sangre roja rutilante por el ano. Es la forma más característica de presentación de la HDB.

Melena: Eliminación de heces negras, alquitranadas, de olor fétido. Es una forma poco común de presentación en HDB asociado a

perdidas hemáticas > a 100 ml y transito intestinal enlentecido

Anemia: Asociado a perdida sanguínea crónica. El paciente se presenta con palidez de piel y mucosas, astenia, palpitaciones o suele ser un hallazgo de laboratorio.

Descompensación hemodinámica: Asociado a pérdida hepática masiva.

EVALUACION INICIAL Y RESUCITACION.

- La evaluación inicial del paciente debe realizarse en forma simultanea con las maniobras de preanimación.
- El interrogatorio y el examen físico son de fundamental importancia para determinar el sitio de sangrado, la etiología probable, estimar el volumen de sangre perdido y las comorbilidades asociadas.
- El hallazgo de hipotensión ortostática infiere una disminución de la volemia entre el 10 y el 20 % y la hipotensión en reposo una perdida mayor al 20 %.
- Obtener parámetros del laboratorio que incluya hemograma con recuento plaquetario, coagulograma, urea, creatinina, EAB, monograma y grupo y factor.
- La colocación de accesos venosos periféricos de gran calibre, permite la rápida infusión de fluidos. Iniciar la reposición con cristaloides, evaluando de acuerdo a la respuesta y los requerimientos la necesidad de utilizar coloides y/o transfusión de hemoderivados.
- Considerar, de acuerdo al estado hemodinámico del paciente y los antecedentes, la necesidad de un acceso central y sonda vesical para mejor cuantificación de diuresis y balance.
- Salvo claras evidencias de HDB, la colocación de sonda naso gástrica, el lavado gástrico y la endoscopia posterior deben realizarse de rutina para descartar la etiología alta del sangrado.
- El tacto rectal y la anoscopia son de utilidad para valorar las lesiones locales y confirmar en muchos casos la etiología de la hemorragia digestiva.
- Los pacientes con inestabilidad hemodinámica, evidencias de sangrado severo (caída del hto < a 6 puntos, requerimiento de mas de 2 UGR) y/o continuo, deben ser admitidos en unidades de cuidados críticos.

METODOS COMPLEMENTARIOS DE DIAGNOSTICO Y TRATAMIENTO



Colonoscopia

Todos los pacientes con HDB aguda deben ser sometidos, en algún momento, al estudio endoscópico del colon durante la internación, independientemente de la modalidad de evaluación inicial.

Constituye el método de elección diagnóstica ya que permite la visión directa, la toma de biopsias y terapéutica.

La sigmoidoscopia resulta de gran utilidad, aunque la visualización completa del colon brinda información más completa, sobre todo en casos de múltiples fuentes de sangrado.

La posibilidad de hallar el sitio de sangrado es mayor si el estudio se realiza dentro de las primeras 24 hs de la presentación. El porcentaje diagnóstico ronda entre el 72 y 86 %.

Lo mejor es efectuarla en pacientes cuyo estado clínico se haya estabilizado.

La preparación mediante purgas intestinales previo a la colonoscopia es un tema de debate actualmente. Muchos autores sostienen que incrementa el riesgo de perforación intestinal.

La terapéutica endoscópica se asocia con disminución del riesgo de sangrado, especialmente en pacientes con enfermedad diverticular.

Centellograma con glóbulos rojos marcados

Los glóbulos rojos marcados con Tc 99 permanecen en la circulación hasta 48 hs luego de la infusión y se extravasan a la luz intestinal en caso de hemorragia activa. La extravasación se puede detectar como una acumulación del trazador en la gamma grafía. Detecta velocidades de **sangrado mayores a 0.1 ml/min.**

Es un estudio bien tolerado por los pacientes. Requiere la toma de múltiples imágenes por al menos 24 hs.

Su uso es limitado por la alta variabilidad en la detección del sitio de sangrado, entre el 25 y 90 % según estudios.

Suele realizarse previo a estudios angiográficos, cuando la colonoscopia no logra visualizar la fuente y la hemorragia continúa activa.

Angiografía

Localiza la hemorragia activa intestinal cuando la velocidad de **sangrado es mayor a 0.5 ml/min.**

Posee una sensibilidad entre 30 y 50 % y especificidad cercana al 100 %.

Es un método sencillo que no requiere preparación clónica previa.

Permite intervenciones terapéuticas. La inyección intraarterial de vasopresina logra controlar el sangrado en un 90 % de los pacientes con sangrado gastrointestinal de etiología diverticular o angiodisplásica, aunque con tasas de recurrencia del 50 %. La embolización transcáteter presenta

mejores resultados en el control del sangrado pero su utilidad se limita por el alto riesgo de isquemia intestinal posprocedimiento (20 %)

Es un método diagnóstico y terapéutico limitado a aquellos pacientes con sangrado activo que no logra ser identificado por la colonoscopia, persiste luego del tratamiento endoscópico o recurre.

EVALUACION DEL INTESTINO DELGADO

El estudio del intestino delgado se realiza en aquellos pacientes en los cuales la FEDA y la colonoscopia no logran identificar la fuente de la hemorragia.

El estudio con video capsulas permite identificar sangrado entre un 55 y 65 % de los pacientes examinados. Su rol todavía continúa en estudio.

Estudios de medicina nuclear pueden estar indicados en pacientes jóvenes que se presentan con HDB ante la sospecha de sangrado por divertículo de Meckel.

Los estudios baritados pueden ser de utilidad diagnóstica

TRATAMIENTO QUIRURGICO

Se suele recurrir a la colectomía total o subtotal de urgencia como procedimiento de rescate ante una hemorragia digestiva baja masiva no localizada.

La curación de ciertas patologías (neoplasias, Div. de Meckel) exige resección quirúrgica

En las hemorragias recurrentes se considera que los requerimientos transfusionales mayor a 6 UGR/24 hs o más de 10 en total, así como la recurrencia de tres o más episodios de una misma fuente son indicaciones quirúrgicas.

La morbimortalidad asciende notablemente en relación a otras terapéuticas utilizadas en la HDB

CAUSAS MAS FRECUENTES DE HDB

Sangrado Diverticular 20% - 55%

La diverticulosis es rara antes de los 40.

Entre el 3 al 15 % de los pacientes con enfermedad diverticular presenta episodios de sangrado.

La forma más común de presentación es la hematoquezia.

El 75 % de los divertículos se localizan en el colon izquierdo. Sin embargo el sitio de sangrado corresponde al colon derecho entre el 50 y 90 % de los casos.

En un 75 % de los casos el sangrado cesa en forma espontánea.

El porcentaje de recurrencia aumenta con los sucesivos episodios de sangrado.

La terapéutica endoscópica incluye la inyección de adrenalina, la electrocoagulación bipolar o la combinación de ambos.



La resección quirúrgica intestinal es requerida en casos de persistencia de la inestabilidad hemodinámica por sangrado con una tasa de mortalidad cercana al 10 %.

Angiodisplasias 20-30 %

Son malformación vasculares (ectasias, dilatación de venas submucosas) que puede verse en forma esporádica o asociado a patologías hereditarias.

Afecta fundamentalmente a personas mayores a 65 años y la prevalencia aumenta significativamente con la edad

Predominan en el colon derecho, pudiendo afectar el tracto gastrointestinal en forma difusa, siendo múltiples y de diferente tamaño (entre 2 y 10 mm)

Patrón de sangrado suele ser intermitente y recurrente en el 80 % de los casos.

Cuando la colonoscopia examina completamente el colon la sensibilidad diagnóstica supera el 80 %. El uso de medicación para la sedación y analgesia durante el estudio disminuye la sensibilidad por reducir el flujo sanguíneo mucoso. El tratamiento endoscópico convencional incluye la electrocauterización con sondas térmicas, argón plasma y electrocoagulación bipolar.

La angiografía es el gold estándar en el diagnóstico de las angiodisplasias. La terapéutica incluye, una vez detectada la lesión, la embolización o la infusión de vasopresina

E.I.I. (Colitis Ulcerosa- Enf. De Crohn)

Si bien el sangrado gastrointestinal es común el la EII la hematoquezia masiva severa raramente se presenta. Es causa de hospitalización en el 2- 4% e los pacientes con Colitis ulcerativa y 6 % en la Enf. De Crohn

Los pacientes con colitis ulcerosa reportan más frecuentemente episodios de HDB en relación a aquellos con enfermedad de Crohn.

Colitis Isquémica

Es la patología isquémica mas frecuente del tubo digestivo.

Se asocia con disminución en el flujo sanguíneo en el territorio mesentérico, secundario a cambios circulatorios sistémicos anatómicos o funcionales, Se observa entre el 2 y 7 % posteriormente a cirugía de reconstitución aortoiliaca.

Los sitios más comúnmente afectados son el ángulo esplénico del colon, colon derecho y recto-sigma.

Clínicamente se presenta con un dolor brusco, intenso en hemiabdomen izquierdo seguido de hematoquezia o diarrea sanguinolenta

El tratamiento incluye sostén hemodinámico y del dolor resolviendo en días o semanas.

Debe diferenciarse de la isquemia mesentérica que involucra al intestino delgado, cuadro de instalación brusca con severo dolor abdominal. El paciente se presenta severamente enfermo y se asociado a factores precipitantes (arritmias, trombosis)

Colitis infecciosa

Los gérmenes mas frecuentemente involucrados son Salmonella, E. Coli O157, Campylobacter jejuni y Yersinia.

Clínicamente se asocian a dolor abdominal cólico y diarrea sanguinolenta.

La colonoscopia rara vez es indicada. Requiere tratamiento medico.

Otros gérmenes incluyen CMV, amebiasis, Mycobacterias atípicas; particularmente en pacientes inmunocomprometidos.

Proctitis posradiación

Se asocia a tratamientos radiantes por neoplasias ginecológicas o prostáticas, meses o años previamente.

Clínicamente se presenta con dolor abdominal cólico, diarrea sanguinolenta o mucosa y tenesmo.

En la colonoscopia se observa injuria mucosa asocia a telangiectacias.

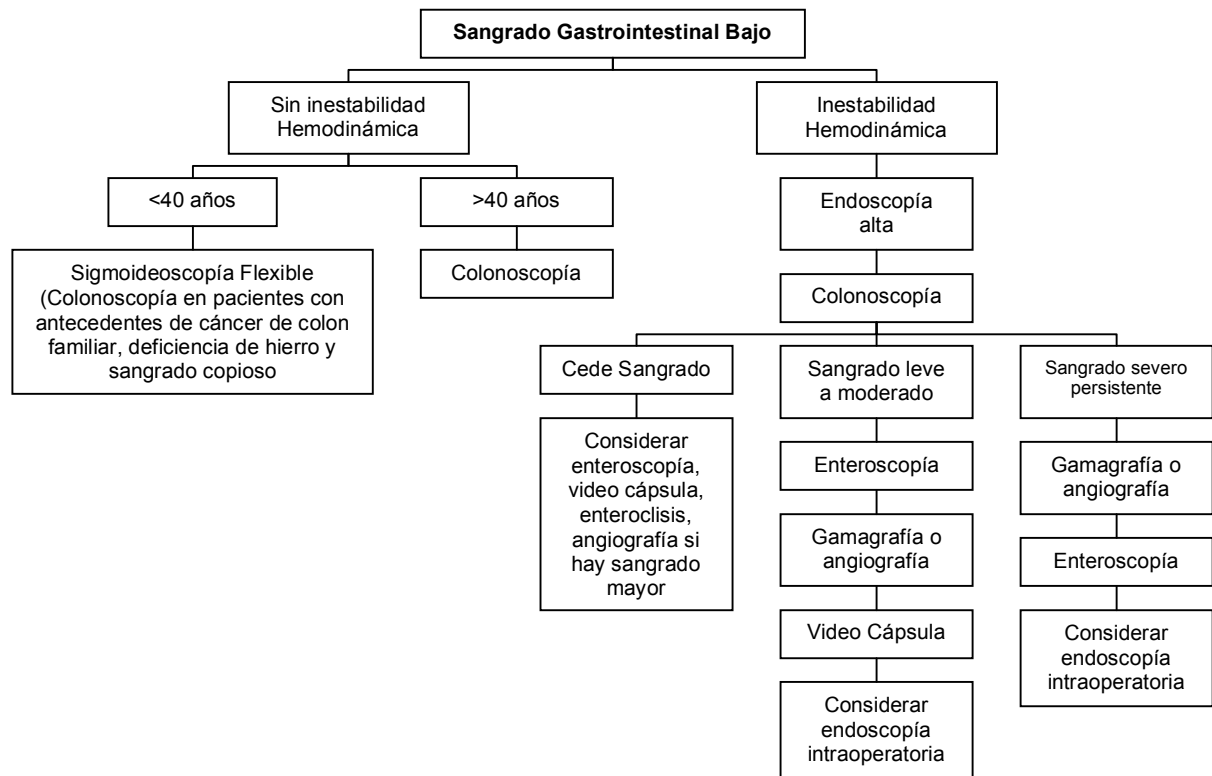
La terapéutica combina métodos endoscópicos (láser, argón) y médicos (sucrafato, enemas).

Neoplasias

El sangrado oculto o mínimo y persistente es una forma frecuente de presentación del cáncer colorectal.



Algoritmo de Manejo de Sangrado digestivo Bajo



Bibliografía:

- 1.Velayos, FS, Williamson, A, Sousa, KH, et al. Early predictors of severe lower gastrointestinal bleeding and adverse outcomes: a prospective study. *Clin Gastroenterol Hepatol* 2004; 2:485.
- 2.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.
- 3.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
- 4.Angtuaco, TL, Reddy, SK, Drapkin, S, et al. The utility of urgent colonoscopy in the evaluation of acute lower gastrointestinal tract bleeding: a 2-year experience from a single center. *Am J Gastroenterol* 2001; 96:1782.
- 5.Elta, GH. Urgent colonoscopy for acute lower-GI bleeding. *Gastrointest Endosc* 2004; 59:402.
- 6.Farrell JJ, Friedman LS. The management of lower gastrointestinal bleeding. *Aliment Pharmacol Ther* 2005;21(11):1281-98
- 7.Scottish Intercollegiate Guidelines Network.Management of acute upper and lower gastrointestinal bleeding. A national clinical guideline. September 2008
8. K Palmer, consultant gastroenterologist, M Nairn, Programme manager. Management of acute gastrointestinal blood loss: summary of SIGN guidelines. *BMJ* 2008; 337:a1832.
9. Zuccaro G Jr. Management of the adult patient with acute lower gastrointestinal bleeding. American College of Gastroenterology. Practice Parameters Committee. *Am J Gastroenterol*. 1998;93:1202–8.
- 10.Linda L. Manning-Dimmitt, D.O., Steven G. Dimmitt, D.O., and George R. Wilson, M.D., *University of Florida Health Science Center, Jacksonville, Florida*. Diagnosis of Gastrointestinal Bleeding in Adults. *Am Fam Physician*. 2005 Apr 1;71(7):1339-1346.

