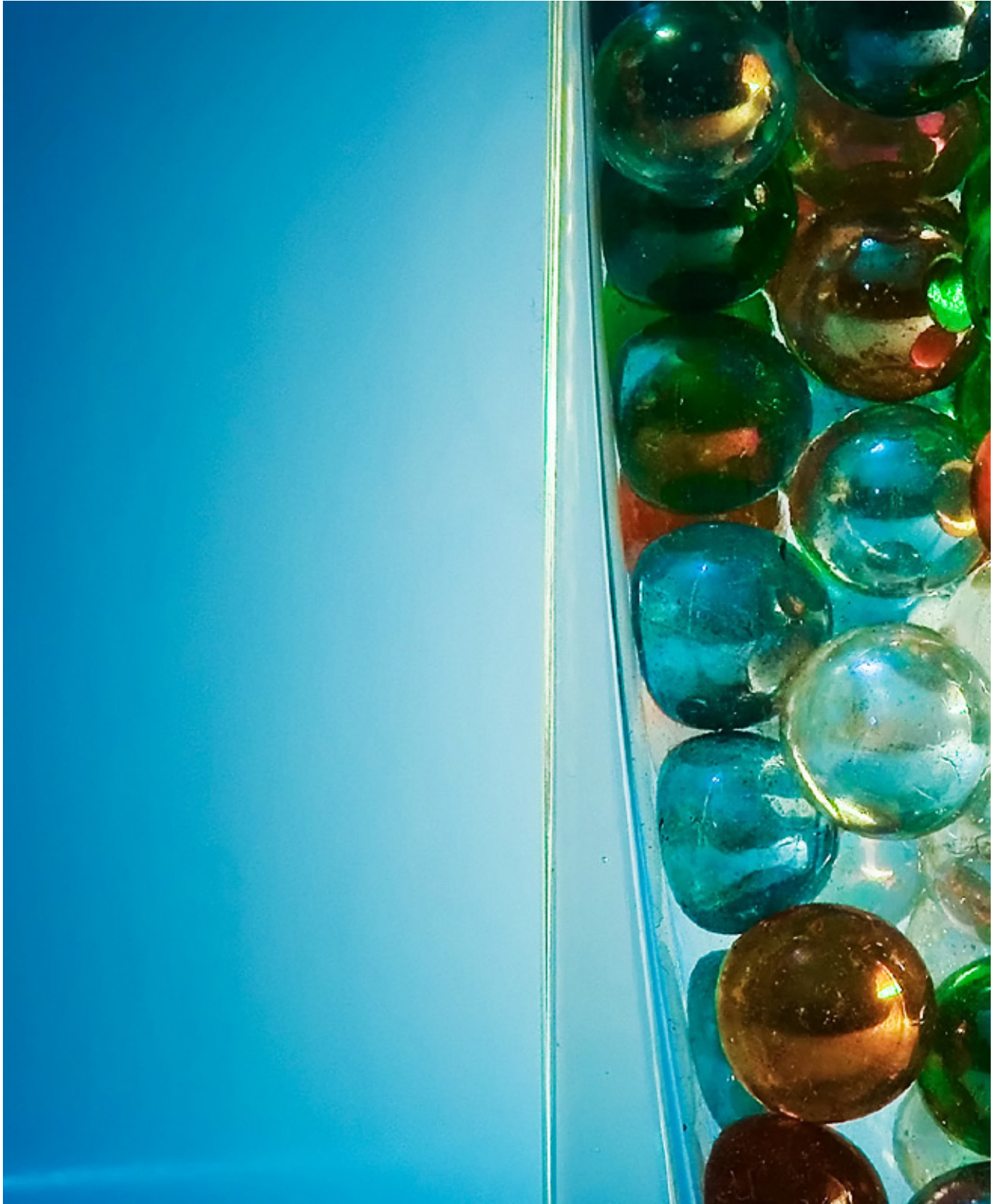




**Libros
Virtuales
IntraMed**



HEMORRAGIA DIGESTIVA BAJA

- ❖ La HDB es aquella que se origina por debajo del ángulo de Treitz.
- ❖ Es 5 veces menos frecuente que la HDA.
- ❖ Es más frecuente en hombres y la incidencia aumenta con la edad.
- ❖ EL 85 a 90% de las HDB se autolimita, mientras que el 10 a 15% continúa con sangrado persistente o recurrente

ETIOLOGÍA

ETIOLOGÍA

Frecuentes

Divertículos
Ectasias vasculares

Menos frecuentes

Neoplasias
Sangrado postpolipectomía
EII
Colitis: radica, infecciosa, pseudomembranosa,
Isquémica
Lesión del ID
Patología orificial: hemorroides, fisura anal.

Causas raras

Lesiones de Dieulafoy
Úlcera rectal solitaria
Várices réctales

CONDUCTA

- ❖ **Reanimación:** control de signos vitales, evaluar estado de conciencia, signos cutáneos (palidez, sudoración fría), diuresis.

Luego de esta primera evaluación nos encontramos frente a 2 tipos de pacientes:

- ❖ **Paciente hemodinámicamente inestable:** vía aérea, 2 vías periféricas, perfundir a chorros solución fisiológica o ringer lactato, muestra de sangre para laboratorio, medio interno, grupo, factor y compatibilidad.
- ❖ **Paciente hemodinámicamente estable:** inicio interro-

gatorio y luego examen físico con el objetivo de determinar la localización, causa, actividad del sangrado y definir la conducta diagnóstica y terapéutica

Interrogatorio

HDB con o sin dolor abdominal, color de la sangre (negra, rojo oscuro o rojo rutilante), sangre mezclada con materia fecal, presencia de coágulos, cambio de hábito evacuatorio, pérdida de peso, dolor anal, antecedentes patológicos.

Examen Físico

Inspección anal: buscar hemorroides, fisura anal.

Tacto rectal: masa, cuerpo extraño, luego inspeccionar el dedo para determinar en forma aproximada la localización del sangrado: melena HDA o de ID, sangre oscura mezclada con MF colon derecho, sangre roja-rutilante colon izquierdo-recto.

- ❖ Descartar HDA mediante colocación de SNG y lavado gástrico.
- ❖ Si la hemorragia es activa o intermitente pero el paciente se encuentra estable, preparar al paciente con PEG (Barrex®) o con Fosfo-Dom® para luego realizar colonoscopia, detecta el origen del sangrado en el 85 a 90% de los casos y permite realizar terapéutica.

Si el sangrado es activo, descompensa al paciente y no lo puedo estabilizar:

Arteriografía selectiva: sensibilidad diagnóstica del 50%, requiere un débito > 0.5 ml/ min, se cateteriza en el siguiente orden: AMS, AMI, TC. Si detecta el origen del sangrado puedo tomar 2 conductas:

- ❖ Infusión de Vasopresina + embolización
- ❖ Resección colónica segmentaria.

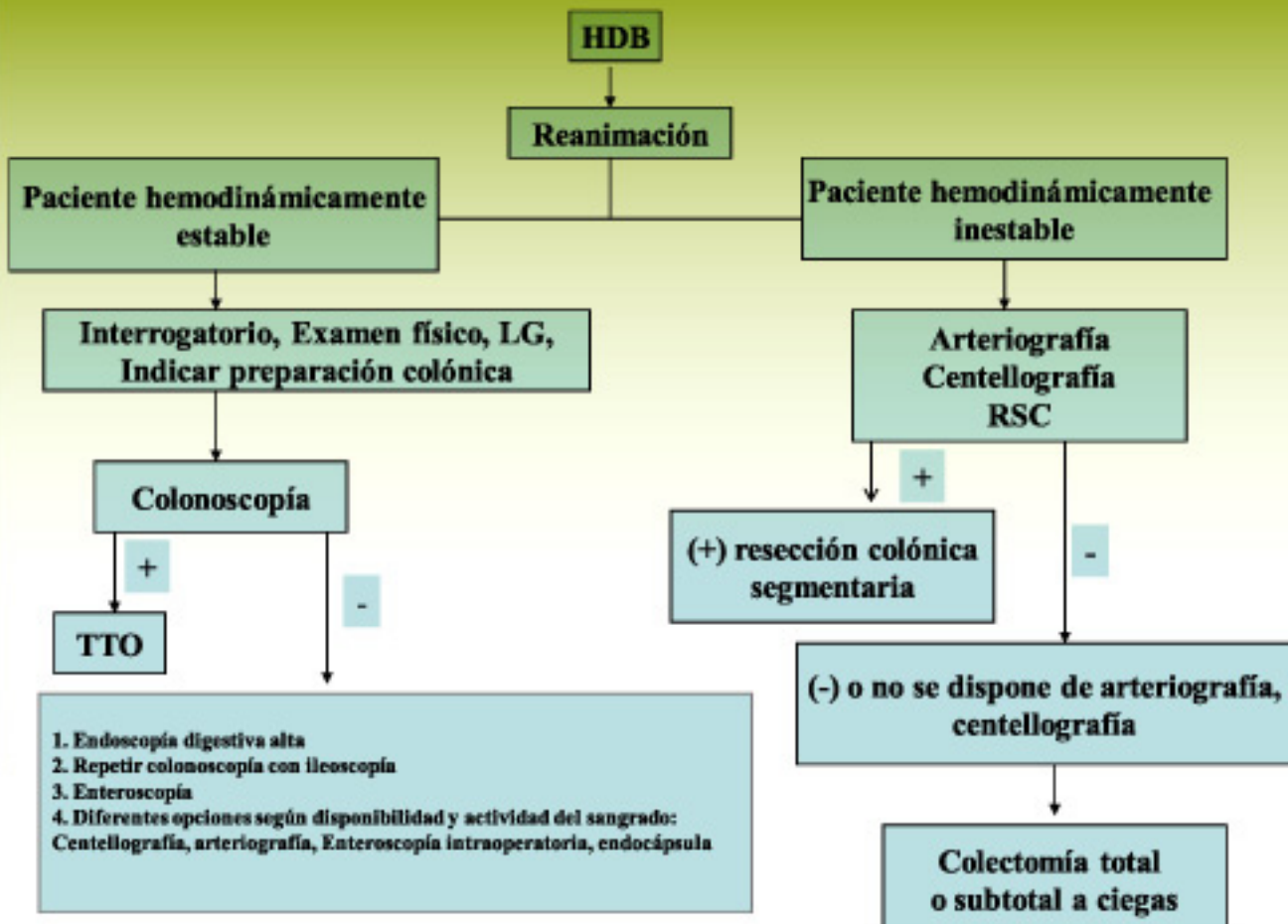
Centellografía con GR marcados con TC 99: sensibilidad diagnóstica del 30 a 40%, es útil para sangrados intermitentes, requiere un débito ≥ 0.1 ml/min, su finalidad es detectar el sitio de sangrado para poder hacer una resección colónica segmentaria, algunos cuando es positiva sugieren realizar una angiografía para localizar con mayor especificidad el sitio de sangrado

La colectomía total o colectomía subtotal a ciegas (derecha o izquierda) está indicada cuando:

- ❖ HDB masiva en la cual la arteriografía o centellografía no detectaron el sitio de sangrado.
- ❖ HDB masiva cuando no se dispone de arteriografía o centellografía.

Nota: en algunos centros cuando no se dispone de angiografía o centellografía proponen realizar una rectosigmoidosco-

Algoritmo de diagnóstico y manejo de la HDB



pía previa preparación con un enema y evaluar hasta ángulo esplénico; si el sangrado es proximal a dicho ángulo realizar hemicolectomía derecha, si se identifica el sitio de sangrado realizar terapéutica endoscópica o hemicolectomía izquierda.

Opciones de tratamiento endoscópico:

Inyección: adrenalina, polidocanol (AET)

Térmica: APC (coagulación con argón plasma) coagulación mono o bipolar, pinza caliente, heat probe, gold probe.

Mecánica: clips, bandas elásticas.

Bibliografía

1. An annotated algorithmic approach to acute lower gastrointestinal bleeding. American Society For Gastrointestinal Endoscopy. Vol. 53, N°. 7, 2001.
2. ASGE Guideline: the role of endoscopy in the patient with lower-GI bleeding. Guideline. Gastrointestinal Endoscopy. Vol. 62, N°. 5: 2005
3. Don C. Jockey. Hemorragia digestiva. Sleisenger and Ford-trand. Enfermedades gastrointestinales y hepáticas. 7 edición. 2004. Capítulo 13. Página 226-268.