

# HEMORRAGIA DIGESTIVA BAJA: Revisión

Liliana Noemí Romero, Mariela Alejandra Montes, Silvana Vanessa Montes  
Dr. Arturo Andrés Vizcaíno

## RESUMEN

La Hemorragia Digestiva Baja es la pérdida de sangre por el ano, y su origen va desde el ángulo de Treitz hasta el ano. Es un síndrome que predomina ligeramente en el varón y que se presenta por lo común en edades avanzadas de la vida, habitualmente por encima de los 75 años, asociándose con frecuencia a enfermedades graves o antecedentes de intervenciones quirúrgicas. Es de 3 a 5 veces más frecuente que la Hemorragia Digestiva Alta y suele tener un curso menos grave.

Se localiza en un segmento intestinal largo en el que existe dificultad para su exploración ya que se realiza a contracorriente del peristaltismo.

Con el advenimiento de la videocolonoscopia, la angiografía selectiva y el barrido radioisotópico se ha hecho más factible obtener el diagnóstico topográfico y etiológico de esta patología.

Este síndrome puede evolucionar de manera impredecible y dramática llevando rápidamente a la muerte por shock hipovolémico. Por lo tanto, estos pacientes deben ser controlados en forma continua, preferentemente hospitalizados y tratados por un equipo multidisciplinario.

*Palabras claves:* Hemorragia digestiva baja, estados hemodinámicos, métodos diagnósticos.

## SUMMARY

The Lower Gastrointestinal Bleeding is the loss of blood for the anus, and its origin goes from the angle of Treitz to the anus. It is a syndrome that prevails lightly in the male and that it is presented in general in advanced ages of the life, habitually above the 75 years, frequently associating to serious illnesses or backgrounds of surgical interventions. It is from 3 to 5 times more frequent that the Higher Gastrointestinal Bleeding and it usually has a lower development.

It is located in a long intestinal segment in which difficulty exists since for its exploration it is carried out to counter-current of the peristalsis.

With the coming of the videocolonoscopy, the selective angiography and the scanning radioisotopic has become more feasible to obtain the topographical and etiologic diagnosis of this pathology.

This syndrome can be unpredictable, leading the patient quickly to the death for hypovolemic shock. Therefore, these patients should be full time controlled, rather hospitalized and treated by a multidisciplinary team.

*Keywords:* Lower Gastrointestinal Bleeding, hemodynamic states, diagnostic methods.

## INTRODUCCION

La hemorragia digestiva baja (HDB) es la pérdida de sangre por el ano y su origen va desde el ángulo de Treitz hasta el ano inclusive. Su magnitud varía desde el sangrado leve hasta la hemorragia exsanguinante.<sup>1</sup>

Según la evolución e instalación se clasifica en HDB:<sup>2</sup>

- Aguda: hemorragia de menos de 3 días de duración. Esta puede ser moderada o masiva.<sup>2</sup>

Moderada: cuando hay una compensación en la hemodinámica inicial, con restauración gradual del volumen y contenido plasmático, aunque pueda necesitar varios días antes de restaurar la homeostasis.<sup>2</sup>

Masiva: la presencia de taquipnea, taquicardia e hipotensión ortostática, nos indica su gravedad y se corresponde generalmente con una pérdida sanguínea superior al 30% del volumen total o a una velocidad superior a 100 ml/hr.<sup>2</sup>

- Crónica: pérdida de sangre continua (varios días o semanas) o intermitente.<sup>2</sup>
- Oculta: corresponde a las pérdidas digestivas que no modifican las características macroscópicas de las

heces, por lo tanto se reconocen sólo por la positividad de los exámenes químicos de detección de sangre en heces.<sup>2</sup>

En la mayoría de los casos, la HDB se autolimita y sólo en un 10-15 % tiene carácter persistente o recidivante. La incidencia anual de la HDB grave es de 20,5 a 27 casos/100.000 habitantes y su mortalidad global inferior al 5 %. Predomina ligeramente en el varón y se presenta por lo común en edades avanzadas de la vida, habitualmente por encima de los 75 años, asociándose con frecuencia a enfermedades graves o antecedentes de intervenciones quirúrgicas. Es de 3 a 5 veces más frecuente que la HDA y suele tener un curso menos grave.<sup>2</sup>

## OBJETIVOS

Revisar la etiología, métodos diagnósticos, tratamientos y mortalidad global de la HDB.

## MATERIAL Y METODOS

Para la realización de este trabajo se tomó en cuenta el material bibliográfico extraído de libros de medicina, revistas científicas y artículos obtenidos por internet a través de Google, Altavista, Pubmed usando como palabras claves: HDB, diagnóstico, tratamiento; considerando páginas pertenecientes a universida-

des, asociaciones científicas de Cirugía y Gastroenterología.

## DESARROLLO

La etiología de la HDB es variada y corresponde a numerosas patologías [Cuadro Nº 1] de las cuales las más comunes son:

- Patología Orificial:
  - \* Hemorroides: Es la causa más frecuente de emisión de sangre por el recto, y puede significar del 2 al 9 % de HDB.<sup>3</sup>
  - \* Fisura anal: es un desgarro longitudinal de la piel que recubre la porción del canal anal distal a la línea pectínea.<sup>4</sup>
- Lesiones traumáticas.<sup>4</sup>
- Pólipos y Poliposis: Comprenden entre el 5 al 11 % de las causas de HDB se localizan en la región rectosigmoidea. Se caracteriza por la eliminación indolora de pequeñas cantidades de sangre fresca, a veces con coágulos al final de la defecación.<sup>4</sup>
- Neoplasias Recto-Colónica: son la causa de alrededor del 5% de todos los casos de hemorragia digestiva oculta, pero representan un porcentaje mucho más elevado si sólo se consideran los pacientes mayores de 60 años.<sup>5</sup>
- Diverticulosis Colónica: El 3 a 5% de los pacientes pueden presentar HDB, aunque sobre los 60 años es la causa más común de HDB. El sangrado se debe a la erosión de un vaso en el fondo del divertículo.<sup>5</sup>
- Angiodisplasias o Ectasias Vasculares: tienen por consecuencia el aumento de la presión intracapilar, causando dilatación de las paredes de venas y capilares hasta llegar a la ruptura y provocar una hemorragia. Son causa del 3 al 12 % de los casos de HDB.<sup>6</sup>
- Fiebre Tifoidea: enfermedad infecciosa de origen entérico, provocada por la bacteria *S. Typha*, que puede cursar con complicaciones graves, como enterorragia y perforación.<sup>6</sup>
- Divertículo de Meckel: Es la causa más frecuente de HDB en niños y jóvenes, pero muy raro en adultos.<sup>6</sup>
- Enfermedad Inflamatoria Intestinal: La colitis ulcerosa corresponde del 2 al 8% de las causas del HDB y la enfermedad de Crohn menos del 2%.<sup>7</sup>
- Colitis Isquémica: Representa del 3 al 9 % de la HDB. Es la enfermedad isquémica más frecuente del aparato digestivo y la afección cólica más frecuente del anciano.<sup>7</sup>
- Enterocolitis infecciosa: (bacilares, amebianas, etc) pueden causar rectorragia en asociación con un cuadro disentérico (in-

flamación del intestino). En raras ocasiones hay enterorragia importante debida a ulceraciones profundas ileocecales en pacientes con enteritis por *Campylobacter* sp, similares a las que se producen en la fiebre tifoidea. Las colitis por citomegalovirus en pacientes inmunodeprimidos pueden cursar también con hemorragia digestiva baja.<sup>7</sup>

- Enteritis actínica o por radiación: Debido a su alta radiosensibilidad, el recto-sigma y el íleon se afectan en el 4-10 % de las pacientes tratadas con radioterapia por tumores ginecológicos.<sup>8</sup>
- Trastornos de coagulación y tratamientos anticoagulantes.<sup>8</sup>
- Neoplasias Recto-Colónica: son la causa de alrededor del 5% de todos los casos de hemorragia digestiva oculta, pero representan un porcentaje mucho más elevado si sólo se consideran los pacientes mayores de 60 años.<sup>9</sup>
- Tuberculosis intestinal.<sup>9</sup>
- Colitis pseudomembranosa.<sup>9</sup>
- Tumores colónicos: Representa del 2 al 26 % de los casos de HDB, la causa del sangrado son las erosiones de la superficie luminal.<sup>9</sup>
- Duplicación Intestinal.<sup>9</sup>
- Intususcepción Intestinal.<sup>9</sup>

Los datos de la historia clínica a tener en cuenta son:

- \* Mientras más distal y/o mayor velocidad de tránsito, más rojo el color de la sangre eliminada.<sup>10</sup>
- \* Deposiciones formadas, mezcladas con sangre que se elimina al final de la defecación, sugieren patología orificial.<sup>10</sup>
- \* Melena precediendo a la hematoquezia, historia ulcerosa, ingesta de alcohol o de medicamentos ulcerogénicos, deben hacer descartar una hemorragia digestiva alta.<sup>10</sup>
- \* Hematoquezia consiste en la emisión por el ano de sangre evidente, suele ser secundaria a sangrados de regiones distales del tubo digestivo.<sup>10</sup>
- \* La melena consiste en sangre químicamente alterada y de color negro brillante, es característica de sangrados discretos o moderados de lugares superiores a íleon distal.<sup>10</sup>
- \* Prurito y/o dolor anal, también sugieren patología orificial.<sup>10</sup>
- \* Otras asociaciones con HDB tienen importancia diagnóstica: Fiebre tifoidea, diarrea infecciosa, enfermedad inflamatoria intestinal, o linfoma intestinal.<sup>10</sup>
- \* Heces acintadas, cambios de hábito intestinal o compromiso del estado general: neoplasia.<sup>10</sup>

- \* Antecedentes de irradiación: rectitis actínica.<sup>10</sup>
- \* Otros elementos de valor diagnóstico en la historia: traumatismos, antecedentes familiares de cáncer colorrectal, telan-gectasias, poliposis, y tratamiento anti-coagulante.<sup>10</sup>

La historia clínica detallada es fundamental para la orientación diagnóstica. La emisión de pequeñas cantidades de sangre roja por el ano, mezcladas con la deposición o al final de ésta, en un paciente con historia de hemorroides sugiere hemorroides sangrantes.

La emisión de sangre roja acompañada de tenesmo (espasmo) rectal y cambio en el ritmo de las deposiciones debe orientar hacia una probable reducción del calibre del colon distal de origen neoplásico o inflamatorio; estos síntomas en un paciente mayor de 40 años sin antecedentes digestivos previos son siempre sospechosos de cáncer colorrectal. Cuando la sangre expulsada por el ano se acompaña de moco y/o pus (esputo rectal) junto con deposiciones diarreicas, el diagnóstico más probable es la colitis infecciosa o inflamatoria.<sup>10</sup>

Los datos del examen físico a considerar son:

- \* Control de signos de shock: pulso, aspecto de la piel, presión arterial en decúbito y de pie, presión venosa central, diuresis, estado de conciencia. La frecuencia de los controles dependerá de la magnitud del compromiso hemodinámico.<sup>11</sup>
- \* Evaluación cardiopulmonar y de otros sistemas susceptibles de daño por shock.<sup>11</sup>
- \* Control de la persistencia o recurrencia de la hemorragia: se basa en la evolución de los parámetros hemodinámicos y en la presencia de sangre por sonda nasogástrica.<sup>11</sup>
- \* Tacto rectal: posibilita la obtención de una muestra del contenido de la ampolla y su examen en busca de sangre, además de descartar lesiones ocupantes de espacio o irregularidades de la pared rectal que puedan orientar el origen de la hemorragia.<sup>11</sup>

Los exámenes complementarios disponibles son:

- \* *Laboratorio*: hematocrito disminuido o no, grupo sanguíneo y factor Rh, hemograma, protrombina, tiempo de sangría, recuento de plaquetas, calcemia, estado ácido-base.<sup>12</sup>
- \* *Electrocardiograma y enzimas cardíacas*: Son necesarias en pacientes con riesgo cardiovascular, para detectar isquemia y/o necrosis miocárdica en relación al trastorno hemodinámico o frente al uso de vasopresina.<sup>12</sup>

\* *Anuscopia-proctosigmoidoscopia y fibrosigmoidoscopia*: exploración instrumental indicada cuando la hemorragia se ha manifestado en forma de rectorragia, en especial cuando se sospecha una lesión en la zona anorrectosigmoide, como hemorroides, fisuras, proctitis ulcerosa o infecciosa, úlcera o cáncer rectal. Su realización entraña dificultades cuando la hemorragia es activa y de alto débito en el momento de la exploración. Es el primer procedimiento que podría efectuarse ante la sospecha de una hemorragia digestiva baja. Permite obtener muestras para estudio de contenido fecal (examen parasitológico directo, coprocultivo), y tomar biopsias para estudio histológico.<sup>13</sup>

\* *Colonoscopia*: consigue visualizar hasta el ciego en el 90% de los casos. Esta técnica requiere generalmente una preparación previa del colon con enemas de limpieza o soluciones osmóticas por vía oral y sedación del paciente. Permite establecer el diagnóstico en alrededor del 30-40% de los casos de hemorragia digestiva baja en los que el enema opaco no había conseguido detectar la lesión.<sup>13</sup>

\* *Angiografía en segmentos proximales a la región rectosigmoide*: En la hemorragia de débito superior a 0,5 mL/min, la arteriografía mesentérica suele localizar el punto sangrante mediante la observación de contraste extravasado. La cateterización selectiva también permite la inyección de agentes vasoconstrictores como la vasopresina, o embolizantes como el gelfoam, con finalidad terapéutica.<sup>13</sup>

\* *Radiología con contraste*: La utilización del enema opaco en el diagnóstico de la hemorragia digestiva baja ha sido desplazada por las técnicas endoscópicas y arteriográficas. El tránsito del intestino delgado con bario es el único método diagnóstico de las lesiones de la pared yeyunal o ileal en las fases de inactividad de la hemorragia.<sup>13</sup>

\* *Radioisótopos*: La gammagrafía abdominal con hematíes marcados con sulfuro de 99 Tc coloidal es útil para detectar puntos sangrantes en el intestino, incluso con débitos tan bajos como 0,1 mL/min.<sup>13</sup>

\* *Enteroscopia*: Permite ver lesiones intestinales altas, distales al ligamento de Treitz, que no han podido ser demostradas con los procedimientos anteriores.<sup>13</sup>

\* *Fibrocolonoscopia*: Es el procedimiento de elección en los casos de hemorragia digestiva baja con rectosigmoidoscopia normal. Además de lograrse una visión

completa del colon, permite ver parte del íleon, mediante una ileoscopia retrógrada, así como técnicas terapéuticas como polipectomía y electrocoagulación.<sup>14</sup>

En cuanto al tratamiento:

Como medidas conservadoras (reposo del colon, reposición del volumen, etc.), la hemorragia se detiene en aproximadamente el 80 % de los casos, lo que permite el estudio electivo, con adecuada preparación, y el diagnóstico etiológico certero. Pese a todos los recursos, en un 10% de la HDB no se establece la causa.<sup>15</sup>

Las prioridades ante una hemorragia digestiva baja son:

- \* Valoración y control del estado hemodinámico: determinando la cuantía del sangrado, valorizando la tensión arterial, la frecuencia cardíaca y el estado de perfusión periférica. Para estabilizar hemodinámicamente al paciente, se debe restaurar el volumen intravascular.<sup>15</sup>
- \* Reposición de la volemia: con soluciones isotónicas, como con suero salino isotónico o Ringer lactato.<sup>15</sup>
- \* Transfusión de sangre, únicamente si el paciente esta descompensado.<sup>15</sup>
- \* Colocación de sondas nasogástricas y vesical.<sup>15</sup>
- \* Localización de la fuente de hemorragia: Para esto se cuenta con las ayudas diagnósticas.<sup>15</sup>

El manejo del paciente con hemorragia digestiva baja varía de acuerdo a la magnitud del sangrado y a la etiología.<sup>16</sup>

- 1) Pacientes estables o con sangrado crónico: Debe hacerse un estudio etiológico de acuerdo a los métodos diagnósticos descritos. El tratamiento dependerá de la causa de la hemorragia.<sup>16</sup>
- 2) Pacientes hemodinámicamente inestables o con hemorragia masiva: Deben estudiarse idealmente en la unidad de Cuidados Intensivos durante la fase de la estabilización hemodinámica. La vasopresina, colocada mediante una infusión endovenosa en solución glucosada, por

una vena periférica, detiene la hemorragia en un alto porcentaje de los casos, y aunque su efecto es transitorio, permite completar el estudio. La dosis es de 0.2 a 0.4 U/min durante 20 a 40 min produce vasoconstricción del territorio esplácnico. Debe usarse con cautela, porque puede producir vasoconstricción de otras áreas vasculares, tales como cerebro, extremidades e intestino.<sup>16</sup>

Superado el episodio agudo, estos pacientes seguirán tratamiento y control médico, tratamiento endoscópico o quirúrgico electivo:

- *Endoscopia*: Se puede realizar tratamiento endoscópico en el 27-40 % de los enfermos. Las lesiones más habitualmente tratadas son hemorragia diverticular, angiodisplasias, lesiones ulceradas en pólipos, cáncer o de otra naturaleza, hemorragia pospolipectomía y hemorroides.<sup>17</sup>
- *Angiografía*: La indicación principal es la presencia de hemorragia activa durante la exploración. Puede realizarse con fármacos vasoactivos (hoy poco frecuente) o mediante embolización supraselectiva del vaso sangrante con diferentes sustancias o materiales.<sup>17</sup>
- *Cirugía*: Las indicaciones de intervención son la hemorragia masiva, el sangrado persistente que requiera más de 4-6 unidades de sangre en 24 h, la persistencia de la hemorragia durante 72 h, o antes de que requiera 10 unidades, y la recidiva grave ocurrida en los 7 días siguientes a su limitación.<sup>17</sup>

## CONCLUSION

A pesar de que muchas de las causas que originan este grave síndrome son evitables, la mortalidad global por HDB oscila al 5 % según la causa. Este porcentaje de mortalidad no ha cambiado en los últimos tiempos, pese a los modernos métodos de diagnóstico y tratamiento introducidos, debido a que el grupo de pacientes ancianos se ha incrementado de manera ostensible.

**Cuadro Nº 1**

Niños	Adolescentes	Adultos	Ancianos (> 65 años)
Divertículo de Meckel	Divertículo de Meckel	Enfermedad diverticular de colon	Enfermedad diverticular de colon
Enfermedad Inflamatoria (colitis ulcerosa)	Enfermedad inflamatoria (colitis ulcerosa)	Enfermedad. inflamatoria (colitis ulcerosa - enfermedad de Crohn)	Isquemia intestinal
Pólipos juveniles	Pólipos en colon y recto	Pólipos en colon y recto	
Reduplicación intestinal	Enterocolitis infecciosa	Cáncer colorrectal	Cáncer colorrectal
Malformaciones vascular	Malformaciones vasculares	Patología orificial	
	Fiebre tifoidea	Fiebre tifoidea Angiodisplasia	Angiodisplasia

## BIBLIOGRAFIA

1. Farreras P, Rozman C. Medicina Interna. 13ª ed. España: Editorial Harcourt Brace; 1996: 254 – 271.
2. Miño G, Soriano A, González A, Hervás A J, Naranjo A. Hemorragia digestiva baja grave. Rev And Patol Digest 1997; 20: 128-132.
3. Moore K . Anatomía con Orientación Clínica. 3ª ed. España: Editorial Médica Panamericana; 1993: 220-221.
4. Marzo J, Rubio P , Hurtado H,Blasi M, Velasco M. Fisura de ano: Alteraciones de la continencia y de la calidad de vida durante la enfermedad y a los 6 meses de la esfinterotomía lateral interna subcutánea . Cirugía española: Organo oficial de la Asociación Española de Cirujanos 2005, Vol. 77, Nº. 2: 91-95.
5. Garrido A, Rincón JP, Martínez JL. Hemorragia Digestiva Baja. Medicine 2000, Vol. 14, 8ª serie: 734 – 741.
6. Manrique J, Cottely E, Hemorragia Digestiva Baja. En: Perera S, Garcia H. Cirugía de urgencia. Buenos Aires: Editorial Médica Panamericana, 1997: 359-368.
7. Amarillo H. Hemorragias digestivas bajas. En: Perera S. Programa de actualización en cirugía, Segundo ciclo, módulo IV. Buenos Aires: Editorial Médica Panamericana, 1998: 11-31.
8. Blecker D, Bansal M, Zimmerman RL y col. Dieulafoy's lesion of the small bowel causing massive gastrointestinal bleeding: two case reports and literature review. Am J Gastroenterol. 2001;96(3):902-5.
9. Rubio P, Ortiz Hurtado H, Velasco M. Función defecatoria y calidad de vida con la cirugía preservadora de esfínteres en el cáncer de recto. Cirugía española: Organo oficial de la Asociación Española de Cirujanos 2003, Vol. 73, Nº. 1:52-57.
10. Wilson H, Draunwald J, Isselbacher A, Petersdorf G, Martín A, Fauci M, Root S. Harrison.Principios de Medicina Interna. 12ª ed.Madrid:Ed. Mc Graw Hill-Interamericana; 1991: 1029-1033.
11. Vázquez Sequeiros E,Albillos Martínez A.Protocolo diagnóstico-terapéutico de hemorragia digestiva baja. Medicine: Enfermedades del aparato digestivo . Patología intestinal y del peritoneo Medicine: Enfermedades del aparato digestivo . Patología intestinal y del peritoneo 2004, Serie 9, Nº. 5: 369-372.
12. Fasoli R, Repaci G, Comin U, Minoli G . A multi-centre North Italian prospective survey on some quality parameters in lower gastrointestinal endoscopy. Italian Association of Hospital Gastroenterologists 2002;34(12):833-41.
13. Albéniz Arbizu E, Albillos Martínez A. . Protocolo de indicaciones de la enteroscopia y relevancia diagnóstica. Medicine: Enfermedades del aparato digestivo. Patología intestinal y del peritoneo 2004, Serie 9, Nº 5:381-382.
14. Mata A, Llach J, Bordas JM, Feu F, Pellise M y col. Role of capsule endoscopy in patients with obscure digestive bleeding. Gastroenterol Hepatol. 2003;26(10):619-23.
15. Chol YB, Lim KS. Therapeutic laparoscopy for abdominal trauma.Surg Endosc. 2003;17(3):421-7
16. Garcia-Osogobio S, Remes-Troche JM, Takahashi T, Barreto Camilo J, Uscanga L. Surgical treatment of lower digestive tract hemorrhage: Experience at the Instituto Nacional de Ciencias Medicas y Nutricion Salvador Zubiran. Rev Invest Clin. 2002;54(2):119-24.
17. targarona Soler E ,Ortiz Hurtado H. El final del principio : cirugía laparoscópica del cáncer de colon. Cirugía española: Organo oficial de la Asociación Española de Cirujanos 2004, Vol. 76, Nº4: 201-202.