

Hemorragia digestiva baja

Fecha de la última revisión: **03/12/2015**

Índice de contenidos

1. [¿De qué hablamos?](#)
2. [¿Qué la causa?](#)
3. [¿Cómo se diagnostica?](#)
4. [¿Cómo actuar?](#)
5. [¿Cómo se trata?](#)
6. [Bibliografía](#)
7. [Más en la red](#)
8. [Autores](#)

¿De qué hablamos?

Históricamente se ha definido como el sangrado digestivo procedente de una fuente distal al ligamento de Treitz. Con la llegada de la enteroscopia la definición se ha modificado al sangrado digestivo distal a la válvula ileocecal. La hemorragia que procede del intestino delgado se denomina hemorragia digestiva media (ASGE, 2014).

Se clasifica según su tiempo de evolución en: aguda (HD de menos de 3 días de duración, que puede cursar con inestabilidad hemodinámica, anemia y/o necesidad de transfusión sanguínea) o crónica (sangrado de forma continuo o intermitente de varios días o semanas). Y según la cuantía de la hemorragia en leve, moderada o grave.

¿Qué la causa?

Causas de hemorragia digestiva baja (HDB) (ASGE, 2014):

- Enfermedad diverticular.
- Angiodisplasias.
- Neoplasia colorrectal.
- Pólipos, postpolipectomía.
- Colitis isquémica.
- Colitis rádica.
- Enfermedad inflamatoria intestinal.
- Hemorroides, fisura anal.
- AINEs.
- Úlcera estercorácea.
- Dieulafoy.
- Varices rectales.
- Divertículo de Meckel (jóvenes).

Divertículos: es la causa más frecuente de HDB (representan del 20 al 65% de episodios de HDB) (Ríos Zambudio A, 2010). Habitualmente se presenta con sangrado (hematoquecia) indolora; sin embargo en algunas ocasiones se manifiesta con sangrado rectal masivo (Rustagi T, 2014). Se produce por rotura de ramas intramurales de la arteria marginal. La enfermedad diverticular es más frecuente en el colon izquierdo, sin embargo son más propensos a sangrar los de colon derecho.

Colitis isquémica: es más frecuente en pacientes ancianos. Supone entre un 1 y 19% de las HDB. Su presentación clínica típica se caracteriza por la aparición súbita de dolor abdominal tipo cólico, seguido de hematoquecia o diarrea sanguinolenta. Se produce como consecuencia de una disminución del flujo sanguíneo al intestino por hipoperfusión, vasoespasmo u oclusión de la vasculatura mesentérica. Los hallazgos endoscópicos característicos son la presencia de ulceraciones y hemorragia submucosa en el colon, presentando una transición marcada entre la mucosa normal y la patológica (Chait MM, 2010).

Angiodisplasias o ectasias vasculares: representan entre un 3-15% de HDB. Se producen por cambios degenerativos en la vasculatura submucosa; sobre todo a nivel de ciego y colon ascendente. Suelen producir hemorragia oculta, melena o hematoquecia indolora, que en la mayoría de los casos se autolimita. Los factores de riesgo para la hemorragia por esta causa son: edad avanzada, comorbilidades, la presencia de múltiples angioectasias, y el uso de antiagregantes plaquetarios o anticoagulantes (Chait MM, 2010).

Neoplasia colorrectal: representa hasta un 17% de las HDB. Se debe sospechar ante la presencia de síndrome general y cambio en el hábito intestinal. Las neoplasias de colon derecho se suelen manifestar más frecuentemente con anemia ferropénica y sangre oculta en heces; y los de colon izquierdo con hematoquecia (Chait MM, 2010).

Patología anorrectal: hemorroides, fistulas y fisuras anales: son las responsables del 2 al 10% de las HDB agudas. Se manifiestan con sangrado indoloro o molestias a nivel anal; de forma más característica la sangre es rojo brillante y no se suele mezclar con las heces (Chait MM, 2010).

Hemorragia postpolipectomía: poco frecuente (2-8% de las HDB), puede manifestarse hasta días después tras la extirpación del pólipo.

Colitis por radiación: la radioterapia produce isquemia e inflamación de la mucosa dando lugar a ectasia vascular y neovascularización en la pared intestinal afectada. Se manifiesta como aguda (tenesmo y diarrea) o crónica (hemorragia indolora e intermitente).

Uso de AINEs: el uso de AINEs se asocia con mayor riesgo de HDB. No se conocen con exactitud los mecanismos por los que la originan (pueden intervenir

mecanismos de inhibición plaquetaria en individuos susceptibles, daño de la mucosa a nivel local, interacción con antiagregantes y anticoagulantes, etc.).

Enfermedad inflamatoria intestinal (EII): los pacientes con EII presentan con frecuencia episodios de HDB, ésta autolimita en el 50% de los casos pero la tasa de recurrencia es alta. Los episodios de sangrado son más frecuentes en pacientes con enfermedad de Crohn y afectación colónica que en los que tienen enfermedad aislada del intestino delgado (ASGE, 2014).

¿Cómo se diagnostica?

Es importante detectar el origen del sangrado, para ello disponemos de diversas técnicas diagnósticas:

Colonoscopia: se considera la exploración inicial de elección para el diagnóstico de la HDB, permitiendo además la realización de tratamiento endoscópico de algunas lesiones. La rentabilidad de la colonoscopia es moderada-alta, con diagnóstico entre el 53 y el 97% de los casos (Barnet J, 2009; Guardiola J, 2013). Algunos autores han observado que su realización precoz (en las primeras 24 horas) puede aumentar el rendimiento diagnóstico (ASGE, 2014; Rustagi T, 2014). Para su realización precisa de preparación del colon previa, que se puede obtener de forma segura y eficaz con soluciones evacuentes orales en 4 a 6 horas.

Gastroscoopia: se realizará siempre que sea posible en pacientes con rectorragia e inestabilidad hemodinámica, ya que en un 10-20% de los casos su origen es alto. La presencia de melenas, aspirado gástrico con contenido hemático o en posos de café, antecedentes de hemorragia digestiva alta y un cociente urea/creatinina >30 sugieren que el origen de la hemorragia digestiva sea alto (ASGE, 2014).

Angio-TC: es un método diagnóstico no invasivo, rápido, fácilmente disponible y que no necesita preparación. Es de elección en las HDB activas con inestabilidad hemodinámica cuando la endoscopia alta es normal o no se puede realizar. Precisa de la administración de contraste yodado intravenoso, siendo diagnóstica cuando se objetiva extravasación de contraste a nivel de la luz intestinal o detecta imágenes de repleción típica de lesiones sangrantes. Detecta sangrados a débitos tan bajos como 0,3 ml/min, inferior al que necesita la angiografía si no se realiza de forma selectiva, y semejante a los requeridos por la gammagrafía (Guardiola J, 2013; Quiroga Gómez S, 2011).

Angiografía: puede diagnosticar extravasaciones de contraste intraluminal con sangrados a débitos de 0,5 ml/min o superiores y, en ocasiones, permite detectar la causa del mismo; con una sensibilidad del 58-86% en la HDB. Actualmente su papel diagnóstico ha sido sustituido por el de el angio-TC (Quiroga Gómez S, 2011). Constituye una herramienta terapéutica de estos pacientes mediante la embolización supraselectiva, especialmente en hemorragia grave persistente o recurrente cuando la colonoscopia ha sido negativa, no se haya podido realizar por inestabilidad hemodinámica o por la existencia de abundante contenido hemático (García Sánchez MV, 2004).

Medicina nuclear:

Gammagrafía con hematíes marcados con Tc-99: detecta sangrados a débitos entre 0,1 y 0,4 ml/min, con una sensibilidad del 93% y una especificidad del 95% (Quiroga Gómez S, 2011). Es útil para el estudio de la HDB en los que la endoscopia tiene un papel limitado, en la HDB de origen indeterminado a bajo débito y en sangrados intermitentes ya que el trazador permanece en el torrente sanguíneo durante 24 horas. Presenta el inconveniente, en ocasiones, de no localizar correctamente el punto de sangrado, esto se puede mejorar con el uso del SPECT-TC (Quiroga Gómez S, 2011).

El *pertecnetato de Tc-99m* es la técnica diagnóstica de elección cuando se sospecha una hemorragia por divertículo de Meckel, con una sensibilidad diagnóstica del 75-85% y una especificidad del 95% (García Sánchez MV, 2004).

Estudios baritados: escasa utilidad por su baja sensibilidad.

Cápsula endoscópica (CE): es útil para el diagnóstico de la hemorragia digestiva de origen incierto cuando no se ha conseguido detectar su origen por las técnicas convencionales. Su rendimiento diagnóstico en estos casos es mayor que el de la enteroscopia de pulsión y al TC; se recomienda realizarla lo más cercano al episodio de sangrado (<48 horas) ya que aumenta su rendimiento (Guardiola J, 2013). La CE está contraindicada en pacientes con marcapasos, desfibrilador, cirugía digestiva previa o sospecha de estenosis/obstrucción intestinal (Rustagi T, 2014).

Enteroscopio: técnica invasiva que se suele reservar para la realización de biopsias o tratamiento de lesiones sangrantes objetivadas previamente por entero-TC o cápsula endoscópica (Guardiola J, 2013).

Entero-RM: existen pocos estudios sobre su utilidad en el estudio de la HD de origen indeterminado. Podría ser útil en pacientes jóvenes con tumores en intestino delgado que causen HD de origen incierto (Rustagi T, 2014).

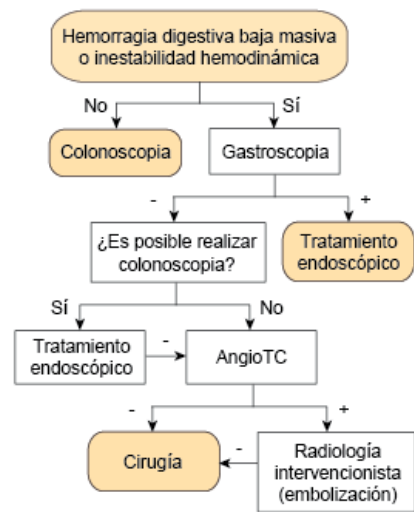
¿Cómo actuar?

Es importante estratificar el riesgo de cada paciente y determinar si precisan hospitalización. Los pacientes con inestabilidad hemodinámica y comorbilidades graves sí la requieren. Sin embargo en el resto de pacientes existen más dudas y no está protocolizado la necesidad o no de ingreso hospitalario. Para ello existe un algoritmo basado en 3 parámetros (uso de tratamiento antiagregante/anticoagulante, tensión arterial sistólica mayor a 115 y niveles de hemoglobina mayor a 13), sin embargo debe ser validado para su uso generalizado. Existen otras clasificaciones (Strate LL, 2003) que identifican factores que se asocian a un peor pronóstico en pacientes con HDB (a mayor número peor pronóstico).

Factores que se asocian a peor pronóstico en la HDB:

- Edad avanzada.
- Inestabilidad hemodinámica.
- Comorbilidades asociadas.
- Tratamiento antiagregante/anticoagulante.
- Paciente hospitalizado.
- Antecedente de hemorragia por angiodisplasia.
- Sangrado persistente.
- Presencia en analítica de: elevación de niveles de urea y/o anemia y/o leucocitosis y/o tiempo de protrombina alargado.

¿Cómo se trata?



Manejo de la HDB

Medidas generales: valoración del estado general del paciente, mantener su estado hemodinámico con reposición de la volemia y transfusión de concentrados de hematíes si es preciso.

Colonoscopia: es el método diagnóstico de elección en la rectorragia aguda y crónica (Barnet J, 2009).

Existen lesiones potencialmente tratables mediante técnicas endoscópicas: divertículos, angiodisplasias, Dieulafoy, hemorragia postpolipectomía, proctitis rádica, úlceras y varices rectales.

Se disponen de diversas técnicas endoscópicas, siendo necesario en algunos casos el uso combinado de más de una: coagulación con argón plasma, inyección de adrenalina y mecánicas (bandas elásticas o clips) (Guardiola J, 2013).

Radiología intervencionista: es el tratamiento de elección en HDB masivas con inestabilidad hemodinámica tras localizar el punto de sangrado previamente mediante angio-TC. La embolización supraselectiva es la técnica de elección.

Cirugía: se reserva para los casos de hemorragia persistente que no se ha logrado controlar con otras técnicas. No existen indicaciones absolutas, siendo la gravedad de la hemorragia (su persistencia, inestabilidad hemodinámica y requerimientos altos de transfusiones sanguíneas) un factor fundamental para determinar la necesidad de cirugía urgente, siempre individualizando el riesgo quirúrgico en cada caso (Saperas E, 2007).

Lo ideal es la localización preoperatoria del origen de la hemorragia y realizar una resección segmentaria del área en la que se encuentre el sangrado. La colectomía subtotal es la última opción en el caso de HDB persistente de origen desconocido pese a la realización de estudios previos para su localización (Guardiola J, 2013).

Bibliografía

- ASGE Standards of Practice Committee, Pasha SF, Shergill A, Acosta RD, Chandrasekhara V, Chathadi KV, et al. The role of endoscopy in the patient with lower GI bleeding. Gastrointest Endosc. 2014;79(6):875-85. PubMed [PMID: 24703084](#). [Texto completo](#)
- Barnert J, Messmann H. Diagnosis and management of lower gastrointestinal bleeding. Nat Rev Gastroenterol Hepatol. 2009;6(11):637-46. PubMed [PMID: 19881516](#)
- Chait MM. Lower gastrointestinal bleeding in the elderly. World J Gastrointest Endosc. 2010;2(5):147-54. PubMed [PMID: 21160742](#). [Texto completo](#)
- García Sánchez MV, Naranjo Rodríguez A, González Galilea A, Gálvez Calderon C, de Dios Vega JF. ¿Cómo podemos optimizar el diagnóstico y la terapéutica de la hemorragia digestiva baja? Gastroenterol Hepatol. 2004;27(3):167-71. PubMed [PMID: 14998470](#). [Texto completo](#)
- Guardiola J, García-Iglesias P, Rodríguez-Moranta F, Brullet E, Salo J, Alba E, et al.; Societat Catalana de Medicina d'Urgències i Emergències; Centro de Investigación Biomédica en Red de Enfermedades Hepáticas y Digestivas (CIBERehd) del Instituto de Salud Carlos III. Manejo de la hemorragia digestiva baja aguda: documento de posicionamiento de la Societat Catalana de Digestologia. Gastroenterol Hepatol. 2013;36(8):534-45. PubMed [PMID: 23790810](#). [Texto completo](#)
- Quiroga Gómez S, Pérez Lafuente M, Abu-Suboh Abadia M, Castell Conesa J. Hemorragia digestiva: papel de la radiología. Radiologia. 2011;53(5):406-20. PubMed [PMID: 21924440](#). [Texto completo](#)
- Ríos Zambudio A, Montoya Tabares MJ, Rodríguez González JM, Febrero Sánchez B, Albaladejo Meroño A, Molina J, et al. Hemorragia digestiva grave de origen diverticular. Gastroenterol Hepatol. 2010;33(5):363-9. PubMed [PMID: 20381203](#). [Texto completo](#)
- Rustagi T, McCarty TR. Endoscopic management of diverticular bleeding. Gastroenterol Res Pract. 2014;2014:353508. PubMed [PMID: 25548554](#). [Texto completo](#)
- Saperas E. Hemorragia digestiva baja: esa gran desconocida. Gastroenterol Hepatol. 2007;30(2):93-100. PubMed [PMID: 17335717](#). [Texto completo](#)

Más en la red

- Bull-Henry K, Al-Kawas FH. Evaluation of occult gastrointestinal bleeding. Am Fam Physician. 2013 Mar 15;87(6):430-6. PubMed [PMID: 23547576](#)
- Feinman M, Haut ER. Upper gastrointestinal bleeding. Surg Clin North Am. 2014 Feb;94(1):43-53. PubMed [PMID: 24267496](#)
- Prasad Kerlin M, Tokar JL. Acute gastrointestinal bleeding. Ann Intern Med. 2013 Aug 6;159(3). PubMed [PMID: 23922080](#)

Autores

- | | |
|---------------------------------|---|
| ■ Iria Iñiguez Vázquez | Médico Especialista en Medicina Interna |
| ■ Eva María Romay Lema | Médico Residente de Medicina Interna |
| ■ Juan Carlos Piñeiro Fernández | Médico Residente de Medicina Interna |
| ■ Pablo Ventura Valcárcel | Médico Especialista en Medicina Interna |
| ■ David Rubal Bran | Médico Especialista en Medicina Interna |

■ María Matesanz Fernández

Médico Especialista en Medicina Interna

Servicio de Medicina Interna. Hospital Lucus Augusti. Servicio Galego de Saúde. Lugo. España.

Conflicto de intereses: No disponible.



Elsevier España S.L.U. © 2018. Todos los derechos reservados.

Esta web utiliza cookies. Para obtener mas información o denegar su uso, por favor visite la [Página de cookies](#).

[Términos y condiciones](#) - [Política de Privacidad](#) |

