Capítulo 45

Hemorragia digestiva baja

M.L. Vignote Alguacil, A. González Galilea, F.J. Montero Pérez,
E. Pérez Rodríguez y L. Jiménez Murillo

INTRODUCCIÓN

Tradicionalmente se considera que existe una hemorragia digestiva baja (HDB) cuando la lesión causal se sitúa en cualquier tramo intestinal por debajo del ángulo de Treitz. Supone un 25% de las hemorragias digestivas, y su importancia estriba en la elevada prevalencia (2-3% de la población general) y en que los episodios más graves inciden en el grupo de población de edad más avanzada, en quienes conlleva una alta morbimortalidad. A pesar de los avances en las técnicas diagnósticas, a veces la HDB aguda es un problema diagnóstico, y requiere múltiples pruebas, en ocasiones reiteradas, y un abordaje multidisciplinar entre gastroenterólogos, radiólogos y cirujanos.

FORMAS DE PRESENTACIÓN

Hemorragia digestiva baja aguda

Clínicamente se manifiesta en forma de rectorragia, hematoquecia o melenas, según la cuantía y localización del sangrado. La *rectorragia* se refiere al sangrado rojo brillante, aislado o independiente de la defecación, y suele corresponder a una hemorragia originada en los tramos más distales. La hematoquecia define a la hemorragia de color rojo vinoso, generalmente mezclada con heces y que suele estar originada en tramos más proximales. A veces la HDB, al igual que la hemorragia digestiva alta (HDA), puede manifestarse como melenas.

Cualquiera que sea la forma de manifestación, los coágulos y la mejor tolerancia hemodinámica orientan hacia un origen bajo de la hemorragia.

Hemorragia digestiva baja crónica

Esta forma de presentación incluye el *sangrado oculto*, que suele detectarse por la positividad de la sangre oculta en heces, la *ferropenia* o *anemia ferropénica,* y las *hematoquecias* o *melenas* de poca cuantía e intermitentes.

En la valoración de estas formas de presentación (aguda y crónica) hay que tener en cuenta una serie de factores, como *la localización del origen de la hemorragia, su intensidad y la actividad peristáltica intestinal*. Así, aunque lo habitual es que las hemorragias originadas en el colon izquierdo se manifiesten como hematoquecia, y las del derecho e intestino delgado como melenas, cuando el sangrado es copioso, el tránsito intestinal se acelera y no da tiempo a que las bacterias intestinales degraden la hemoglobina, por lo que en estas circunstancias, el sangrado originado en tramos proximales puede manifestarse también como hematoquecia. Por el contrario, si la hemorragia es muy escasa y la actividad peristáltica muy lenta, una HDB originada en tramos muy distales puede manifestarse como heces negras en vez de rojas. De todas formas, lo más frecuente es que el color de la sangre expulsada constituya una buena orientación sobre el tramo intestinal en el que se ha originado.

ETIOLOGÍA

La prevalencia de las diferentes causas de HDB depende de la edad. En el cuadro 45.1 se exponen las más frecuentes agrupadas por edades. El cuadro 45.2 muestra otras causas menos habituales, pero que también hay que tener en cuenta.

SECUENCIA DIAGNÓSTICA DE LA HEMORRAGIA DIGESTIVA BAJA

La secuencia que se debe seguir en el proceso diagnóstico de la HDB es la siguiente:

- *Confirmar que se trata de una hemorragia verdadera* mediante la anamnesis y la exploración física, que debe incluir la inspección anal y el tacto rectal. Si es necesario, se realiza un enema de limpieza para obtener heces más proximales al recto y observar su color. La comprobación de una cifra baja de hemoglobina apoya la existencia de un sangrado significativo referido por el paciente y no confirmado por el médico.
- *Descartar que sea* HDA. Se basa fundamentalmente en las características de la exteriorización hemorrágica, la clínica acompañante y la determinación del índice urea/creatinina, que tiene un alto valor discriminativo para la HDA cuando es superior a 100. Si existe una duda razonable entre el origen alto o bajo del sangrado se recomienda la realización de una endoscopia digestiva alta (EDA) precoz que descarte definitivamente la existencia de una HDA.
- *Valorar la gravedad del sangrado*. Para considerar que una HDB aguda es grave deben estar presentes en las

© 2015. Elsevier España, S.L. Reservados todos los derechos

Cuadro 45.1 Causas más frecuentes de hemorragia digestiva baja según la edad

Adolescentes y adultos jóvenes
Divertículo de Meckel
Enfermedad inflamatoria crónica intestinal
Pólipos

Adultos menores de 60 años
Enfermedad inflamatoria crónica intestinal
Pólipos/cáncer
Enfermedad diverticular
Malformaciones arteriovenosas

Adultos mayores de 60 años
Enfermedad diverticular
Angiodisplasia colónica
Pólipos/cáncer
Colitis isquémica
Hemorragia pospolipectomía

Las causas más frecuentes, independientemente de la edad, son las hemorroides y las fisuras anales

Cuadro 45.2 Causas menos frecuentes de hemorragia digestiva baja

Patología anorrectal
Fístula anal, úlcera solitaria de recto, prolapso rectal, impacto fecal, lesiones por cuerpos extraños

Neoplásicas
Leiomioma y leiomiosarcoma, tumor carcinoide, linfoma, sarcoma de Kaposi, metástasis

Inflamatorias
Úlceras por AINE, colitis infecciosa y seudomembranosa, úlcera solitaria de ciego, endometriosis intestinal

Sistémicas
Vasculitis, amiloidosis, coagulopatías y discrasias sanguíneas, tratamiento con anticoagulantes, seudoxantoma elástico, síndrome de Stevens-Johnson, mastocitosis

Vasculares
Varices rectales, lesión de Dieulafoy, colitis actínica, isquemia intestinal, aneurismas y fístulas aortoentéricas, hemangioma, enfermedad de Rendu-Osler

Congénitas
Duplicación intestinal

primeras 6 h del ingreso al menos dos de los siguientes criterios:

- Repercusión hemodinámica, cuya existencia se determina por la presencia de dos o más de los siguientes signos: presión arterial sistólica inferior a 100 mmHg, frecuencia cardíaca superior a 100 lat/min, hipotensión ortostática y signos de baja perfusión periférica.
- Descenso mayor o igual de 2 g de hemoglobina respecto a la determinación basal.
- Requerimiento transfusional de al menos dos unidades de hematíes.

- *Determinar el origen del sangrado y la naturaleza de la lesión responsable.* Se realiza con diversas técnicas diagnósticas, si bien la utilidad de cada una y el momento idóneo de su realización está determinado por la gravedad del sangrado, la disponibilidad de las distintas técnicas en cada hospital y de la experiencia de los diferentes servicios implicados en el estudio. En el 3-20% de los casos no puede localizarse el punto sangrante, bien por sus características especiales, como ocurre con las lesiones vasculares y las pequeñas erosiones, o bien por su localización en zonas poco accesibles a las técnicas diagnósticas, como el intestino delgado. Esta situación, cuando se presenta de forma grave o masiva, supone un gran reto tanto para el clínico como para el cirujano.

  Por su relevancia clínica, las técnicas diagnósticas utilizadas en el estudio de una HDB aguda grave son las siguientes:

  - *Colonoscopia precoz* (<24 h), total/ileoscopia. Indicada en toda HDB aguda hemodinámicamente estable. Facilita el diagnóstico del punto sangrante, la naturaleza de la lesión y el tratamiento, aunque en el caso de una HDB grave la rentabilidad es menor, por la peor visualización.
  - *Angiotomografía computarizada (angio-TC).* Indicada si la colonoscopia ha sido negativa y persiste el sangrado. Es muy rentable para el diagnóstico del origen del sangrado cuando existe hemorragia activa con un débito mínimo de 0,3-0,5 ml/min. También permite diagnosticar la causa del sangrado y optimizar la arteriografía posterior si el sangrado persiste. Es una técnica rápida y poco agresiva, y está contraindicada si hay alergia a los contrastes y en la insuficiencia renal.
  - *Estudios isotópicos.* Actualmente están siendo sustituidos por la angio-TC en los centros en los que se dispone de ella. Son útiles en sangrados de bajo débito e intermitentes y son preferibles los hematíes marcados al sulfuro coloidal por persistir durante más tiempo.
  - *Videocápsula endoscópica*. Indicada en pacientes estables con colonoscopia normal y debe realizarse lo más próxima posible al episodio de sangrado para aumentar su rentabilidad.
  - *Enteroscopia*. Se utiliza con fines terapéuticos y es generalmente guiada por los hallazgos de la videocápsula u otras técnicas de imagen.
  - *Angiografía selectiva*. Rara vez se indica como técnica de primera elección en las HDB agudas graves e inestables. Su realización va precedida, generalmente, de la positividad de técnicas no invasivas, como la angio-TC y el estudio isotópico.
  - *Laparotomía exploratoria con endoscopia intraoperatoria*. Es la última opción en pacientes con HDB aguda grave masiva, persistente, con alto requerimiento transfusional y un exhaustivo estudio negativo. El riesgo de la persistencia del sangrado debe superar al asociado al procedimiento quirúrgico, con tasas de complicaciones significativas (12-33%), mortalidad postoperatoria alta (8-11%) y recidiva hemorrágica (17-30%).
  - El tránsito intestinal y la enteroclisis, la TC y la resonancia magnética tienen escasa utilidad.

© Elsevier. Fotocopiar sin autorización es un delito.

ACTITUD DIAGNÓSTICA EN URGENCIAS

Anamnesis

La anamnesis debe incluir:

- Aparición de síntomas relacionados con la gravedad de la hemorragia, como astenia, mareo, cambios ortostáticos o síncope.
- Características del sangrado actual (existencia o no de coágulos, si es aislado o mezclado con heces, etc.) y síntomas acompañantes (cambios del ritmo intestinal, síndrome constitucional, dolor abdominal, tenesmo rectal, etc.).
- Medicación previa o concomitante con la presentación de los síntomas, bien aquella que pudiera estar relacionada con la causa, como los antiinflamatorios no esteroideos (AINE), o bien aquella que pudiera agravar la hemorragia, como los antiagregantes plaquetarios y anticoagulantes. También hay que tener en cuenta el tratamiento con fármacos que pudieran enmascarar la sintomatología o dificultar la reanimación del paciente, como bloqueadores beta, hipotensores, etc.
- Episodios previos de hemorragia y revisión de los estudios ya realizados.
- Historia personal de pólipos, cáncer de colon, enfermedad inflamatoria crónica intestinal, tratamiento radioterápico en pelvis menor, telangiectasias, coagulopatías, polipectomías recientes e intervenciones quirúrgicas (especialmente de aneurisma de aorta abdominal, por la extrema gravedad del sangrado por fístula aortoentérica).
- Historia familiar de enfermedades intestinales.

Exploración física

En primer lugar, hay que realizar una valoración del estado hemodinámico del paciente, buscando signos que indiquen inestabilidad hemodinámica, como palidez cutaneomucosa, sudoración, frialdad de extremidades, taquicardia o presión arterial sistólica inferior a 100 mmHg. Posteriormente hay que valorar la existencia de signos que puedan estar relacionados con la causa de la hemorragia.

La *exploración anorrectal* es absolutamente imprescindible en el estudio de todos aquellos pacientes que presenten una HDB, y debe incluir una inspección anal y un tacto rectal. Hay que describir la existencia o no de masas rectales, las características de las heces y del sangrado. El paciente debe ser informado previamente de su importancia.

En el cuadro 45.3 se describen los datos orientativos que pueden aportar la anamnesis y la exploración física acerca del origen de la HDB.

Exploraciones complementarias urgentes

- Hematimetría con fórmula y recuento leucocitarios. Permite evaluar la gravedad de la hemorragia, y si es aguda (anemia normocítica y normocrómica) o crónica (microcítica e hipocrómica).
- Bioquímica sanguínea que incluya la determinación de urea, creatinina, iones, aspartato aminotransferasa (AST), alanina aminotransferasa (ALT), gamma glutamil transpeptidasa y fosfatasa alcalina. Permite evaluar el índice urea/creatinina, que es inferior a 100 en la HDB.
- Estudio de coagulación.
- Solicitud de pruebas cruzadas si se prevé que el paciente va a requerir una transfusión sanguínea.
- Radiografía simple de abdomen, fundamentalmente para descartar causas quirúrgicas, como la obstrucción intestinal o la isquemia mesentérica.

CRITERIOS DE INGRESO

El criterio de ingreso debe establecerse de forma individualizada, según el volumen del sangrado, su cese o persistencia, la sospecha clínica de su naturaleza benigna o maligna y la situación personal del paciente (patología asociada, apoyo familiar, disponibilidad de transporte, distancia de su domicilio a un centro hospitalario, etc.).

Cuadro 45.3 Datos orientativos sobre el origen de la hemorragia digestiva baja

Hemorroides
Rectorragia en forma de sangre al final de la deposición, detectada al limpiarse o por goteo sobre el inodoro. Dolor, prurito o escozor anal y, en ocasiones, un nódulo palpable que puede ser doloroso en caso de trombosis hemorroidal

Fisura anal
Rectorragia de sangre roja, generalmente de escasa cuantía (suele manchar el papel higiénico al limpiarse). Los síntomas clásicos son: dolor, rectorragia y prurito anal. El dolor es frecuentemente intenso, de minutos a varias horas de duración, durante o después de la defecación. En la fase crónica puede aparecer prurito y secreción mucosa o mucopurulenta

Enfermedad inflamatoria crónica intestinal
Diarrea sanguinolenta, en ocasiones acompañada de mucosidad. Puede presentarse en forma de pujos de líquido hemático y mucoso no acompañado de heces (rectitis), con o sin dolor abdominal y fiebre

Enfermedad diverticular
Rectorragia o hematoquecia súbita e indolora

Angiodisplasia
Rectorragia o hematoquecia, raramente acompañada de dolor abdominal

Divertículo de Meckel
Hematoquecia o melena en pacientes jóvenes o de mediana edad

Colitis isquémica
Rectorragia con dolor abdominal tipo cólico, asociada a un cambio en la consistencia de las deposiciones. Fundamentalmente aparece en pacientes de edad avanzada y con antecedentes de enfermedad arteriosclerótica

Si se observa inestabilidad hemodinámica, el paciente debe ingresar en una unidad de sangrantes; en caso contrario, y siempre que esté indicado el ingreso, en planta de hospitalización convencional.

TRATAMIENTO GENERAL

Si el paciente con HDB tiene criterios de inestabilidad hemodinámica, se instaura el tratamiento descrito para la HDA inestable (v. cap. 44).

Si el paciente está estable se prescribe:

- Reposo absoluto o relativo, según las características del episodio hemorrágico y de la patología asociada.
- Dieta líquida o blanda sin fibra, si la tolera.
- Perfusión de suero glucosalino a razón de 1.500 ml/24 h, modificando el tipo de solución y la cantidad, según la afección de base asociada y el estado del paciente.
- Suspender aquella medicación que pueda empeorar la hemorragia, como AINE, antiagregantes y anticoagulantes orales. Si la anticoagulación es imprescindible se administra heparina de bajo peso molecular por vía subcutánea (v. cap. 33).
- Control de la presión arterial y diuresis cada 8 h.

BIBLIOGRAFÍA RECOMENDADA

Aktas H, Mensink P. Small bowel diagnostics: Current place of small bowel endoscopy. Best Practice Ress Clin Gastroenterol 2012;26: 209-20.

Copland A, Craig A, Friefland S, Triadafilopoulos G. Integrating urgent multidetector CT scanning in the diagnostic algorithm of active lower GI bleeding. Gastrointest Endosc 2010;72:402-5.

Grupo de trabajo de la guía de práctica clínica sobre rectorragia. Manejo del paciente con rectorragia. Guía de práctica clínica. Barcelona: Asociación Española de Gastroenterología, Sociedad Española de Medicina Familiar y Comunitaria y Centro Cochrane Iberoamericano; 2008. Programa de elaboración de guías de práctica clínica en enfermedades digestivas desde la Atención Primaria a la Especializada [acceso 11/10/2013]. Madrid: Editorial Médica Panamericana; 2008. p. 575-89. Disponible en: www.guiasgastro.net.

Kerr SF, Puppala S. Acute GI haemorrhage: The role of the radiologist. Postgrad Med J 2011;87:362-8.

Lhewa D, Strate L. Pros and cons of colonoscopy in management of acute lower gastrointestinal bleeding. World J Gastroenterol 2012;18: 1185-90.

Rondonotti E, Marmo R, Petracchini M, de Franchis R, Pennazio M. The American Society for Gastrointestinal Endoscopy (ASGE) diagnostic algorithm for obscure gastrointestinal bleeding: Eight burning questions from everyday clinical practice. Dig Liver Dis 2013;45:179-85.

Strate L, Saltzman JR, Travis AC, editors. Approach to acute lower gastrointestinal bleeding in adults. Uptodate 2013;. Disponible en: www.uptodate.com.

© Elsevier. Fotocopiar sin autorización es un delito.