

HEMORRAGIAS DIGESTIVAS

1.- Definición.

Las hemorragias digestivas son pérdidas de sangre procedentes del tubo digestivo, bien por la boca, por el ano o por ambos a la vez. Este término excluye la sangre procedente de otras localizaciones que, saliendo por boca y ano, no proceden del mismo; tales como una epistaxis, hemoptisis...

2.- Clasificación.

1.- Hematemesis: expulsión de sangre a través de la boca procedente de una hemorragia proximal al ligamento de Treitz. Deben tenerse presentes las causas extradigestivas como las epistaxis deglutidas, hemoptisis y la deglución de sangre procedente del pezón en el lactante.

Dependiendo de que la sangre tenga contacto con el jugo gástrico o intestinal la hemoglobina se reducirá a hematina lo que producirá el color oscuro.

2.- Melenas: evacuación de heces negras y de aspecto alquitranado("pegajosas") por la presencia de sangre degradada.

Se origina habitualmente en los segmentos proximales al yeyuno, pero puede provenir de regiones inferiores del intestino delgado y aun del colon derecho, cuando el tránsito intestinal es lento.

3.- Hematoquecia: evacuación de sangre roja, mezclada con sangre negra, por el recto que indica generalmente, la presencia de una hemorragia de origen distal al ligamento de Treitz, en ileon o colon proximal.

No obstante, la sangre debe permanecer en el intestino durante unas 8 horas para producir una melena; una hemorragia rápida de esófago, estómago o duodeno que produzcan hiperperistalsis también pueden causar hematoquecia

4.- Rectorragia: indica que la lesión es baja, de colon o recto.

La eliminación de estrías de sangre roja que cubran la deposición es propia de lesiones ubicadas en la región anorrectal

3.- Etiología.

♦**Hemorragia digestiva alta:** : las que proceden de las vías digestivas altas, es decir, hasta el ángulo de Treitz: esófago, estómago, duodeno, hígado y vías biliares

Las causas más frecuentes son:

1.- Úlcera péptica: es la causa más frecuente.

2.- Gastritis: puede estar en relación con la ingesta reciente de alcohol o fármacos (AINES por ejemplo, que producen las llamadas LAMG), con una hipertensión portal, en el contexto de un traumatismo importante, una cirugía o enfermedad sistémica grave (en particular, los pacientes víctimas de quemaduras o con aumento de la presión intracraneal).

3.- Varices: la hemorragia se caracteriza por ser masiva y brusca. La provocada por varices esofágicas o suele ser consecuencia de hipertensión portal.

4.- Desgarro de la mucosa gastroesofágica o Síndrome de Mallory-

Weiss: se caracteriza en la anamnesis, por arcadas o vómitos no hemáticos seguidos de hematemesis.

5.- Otras lesiones: son menos frecuentes. Se incluyen la esofagitis, carcinomas del aparato digestivo, linfomas, pólipos, divertículos, aneurismas aórticos arterioscleróticos, desgarró hepático, discrasias sanguíneas primarias, trastornos del tejido conjuntivo, vasculitis, uremia, etc

♦ **Hemorragias digestivas bajas.** aquéllas que se localizan por debajo del ángulo de Treitz: yeyuno, íleon, colon, recto y ano generalmente.

1.- Lesiones anales y rectales: hemorroides, fístulas y fisuras anales, proctitis, traumatismos rectales o la introducción de cuerpos extraños.

2.- Lesiones del colon: tales como un carcinoma de colon, pólipos, angiodisplasias, colitis ulcerosa o isquémica (en pacientes ancianos) .

3.- Divertículos de colon.

4.- Con diarrea: enterocolitis infecciosa o colitis no infecciosa como la enfermedad inflamatoria intestinal.

4- Historia clínica.

-Antecedentes: de úlcera péptica, una historia familiar de enfermedad intestinal o diátesis hemorrágica

- Hábitos tóxicos como alcohol y tabaco y la ingesta de fármacos gastroerosivos como AINE, anticoagulantes, reserpina, etc

-Ingesta reciente de alimentos o fármacos que puedan provocar :

- pseudomelenas, tales como morcilla, regaliz, bismuto, hierro... (el aspecto alquitranado de la melena es inconfundible).
- pseudohematemesis, como cola, café, vino o cerezas
- pseudohematoquecia tras tomar remolacha.

- Síntomas acompañantes como epigastralgia, náuseas, pirosis, desaparición de la epigastralgia tras la hemorragia (típico de la úlcera) y cortejo vegetativo acompañante, debido a la repercusión hemodinámica.

5.- Exploración física.

Inspección:

- Palidez de piel y mucosas
- Se valorará la presencia de estigmas de hepatopatía crónica (arañas vasculares, eritema palmar, circulación venosa colateral, ascitis, hepatoesplenomegalia)
- Presencia de equimosis y/o petequias (enfermedad hematológica)
- Angiomas, telangiectasias (enfermedad de Rendu-Osler)
- Manchas melánicas cutáneo-mucosas peribucales (síndrome de Peutz-Jeghers)

Exploración abdominal: característico aumento del peristaltismo intestinal, consecuencia del estímulo que la sangre provoca sobre la motilidad del tracto gastrointestinal

Tacto rectal: de obligada realización, para ver lesiones rectales y comprobar melenas.

Enema: útil para el diagnóstico ante ampolla rectal vacía. Igualmente

importante para el seguimiento evolutivo de la HDA.

Respuesta cardiovascular, a medida que el enfermo pierde volumen intravascular:

- El gasto cardiaco y la TA disminuyen por reducción del retorno venoso
- Aumenta la frecuencia del pulso
- Aumentan las resistencias periféricas debido a la vasoconstricción refleja que se produce (responsable de las típicas extremidades frías).

	Sin repercusión	Leve	Moderada	Grave
Pérdida hemática	500-1000 ml (10-15%)	1000-1500 ml (15-25%)	1500-2000 ml (25-35%)	2000-3000 ml (35-45%)
Caída de la TA sistólica	Ninguna	Ligera 80-100 mmHg	Marcada 70-80 mmHg	Profunda 50-70 mmHg
Síntomas y/o signos	Palpitaciones Mareos Taquicardia	Síncope Nauseas Debilidad Sudor y sed	Inquietud Palidez Oliguria Piel fría	Colapso Diseña Anuria

Una pérdida de sangre inferior a 500 ml rara vez se acompaña de signos sistémicos; a excepción del paciente anémico o del anciano, en los que pérdidas de menores cantidades de sangre pueden producir alteraciones dinámicas.

6- Estudios de laboratorio

- Hemoglobina y el hematocrito suelen ser bajos, pero algunos enfermos sangran con tanta intensidad que no hay tiempo para que se equilibre el sistema sanguíneo, por lo que estos son normales o ligeramente disminuidos.
- En las hemorragias rápidas, lo normal es encontrar trombocitosis y leucocitosis moderadas, el nitrógeno ureico en sangre ligeramente elevado y una leve reducción de la filtración glomerular.
- Para excluir defectos en la coagulación o hepatopatía crónica es necesario el estudio, al menos, del tiempo de protrombina y el de tromboplastina parcial.

7- Colocación de una sonda nasogástrica.

- Un aspirado normal no excluye el diagnóstico, debe dejarse colocada la sonda durante varias horas ya que, a pesar de esto, puede haber una hemorragia duodenal activa. Si se mantiene claro durante un periodo de sangrado activo podemos retirar la sonda, ya que la hemorragia no se localiza en la región gastroduodenal.
- Cuando por ésta se aspira sangre roja o en posos de café, debe iniciarse la irrigación gástrica con solución salina, con el propósito de cumplir dos objetivos: valorar la rapidez del sangrado y limpiar el estómago de sangre antigua antes de la posible endoscopia.
- No debe utilizarse en sospecha de síndrome de Mallory- Weiss (riesgo de provocar el vómito y agravar el desgarro esofagogástrico).
- El traumatismo del sondaje puede ocasionar falsos positivos
- Puede dificultar la interpretación de la endoscopia (lesiones por sondaje)

8- Tratamiento de la hipovolemia

Debe colocarse rápidamente un catéter intravenoso de gran calibre y administrar Ringer-lactato, pasándolo tan rápido como sea posible hasta que se

disponga de sangre o concentrado de hematíes para la transfusión. También se suele administrar oxígeno y fármacos intravenosos como el octreótido o la somatostatina.

9- Diagnóstico.

A.- Endoscopia:

- **Hemorragias digestivas altas:** la panendoscopia oral es el método diagnóstico más preciso, con una sensibilidad del 95%.

También se emplea como terapéutica mediante la colocación de la sonda de Sengstaken- Blakemore ante hemorragias que no se controlan.

Actualmente se han desarrollado nuevos métodos de hemostasia endoscópica, que permiten tratar la causa de la hemorragia:

-Métodos térmicos: Sin contacto: láser

Con contacto: electrocoagulación, sonda calórica

-Métodos mecánicos: Clips o ligaduras con banda en varices esofágicas.

-Inyección de sustancias: Adrenalina o sustancias esclerosantes que también pueden inyectarse intraarterialmente tras la arteriografía.

•Hemorragias digestivas bajas:

a) Rectosigmoidoscopia: actualmente sustituida por la colonoscopia.

b) Colonoscopia: 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, y realizar técnicas diagnósticas como las descritas anteriormente en la letra A (rectosigmoidoscopia), así como técnicas terapéuticas como polipectomía y electrocoagulación. La colonoscopia no impide estudios posteriores con bario o estudios angiográficos.

c) Enteroscopia: Permite ver lesiones intestinales altas, distales al ligamento de Treitz, que no han podido ser demostradas con los procedimientos anteriores. Actualmente se emplea la cápsula endoscópica para ver intestino delgado.

B.- Arteriografía selectiva: ésta tiene la ventaja de que si se encuentra un punto sangrante pueden ponerse en práctica medidas terapéuticas de forma inmediata; o bien, si éste no se localiza mediante la endoscopia, seguramente es porque está más allá del ángulo de Treitz, y esta técnica sí que permitiría identificarlo. Para que la extravasación del contraste pueda verse en el punto sangrante, el ritmo de la hemorragia tiene que ser importante (0.5-1 ml/min). Habitualmente no muestra la causa, sino la cuantía y la localización del sangrado (excepto en el caso de malformaciones vasculares)

C.- Métodos especiales de diagnóstico:

-Scintigrafía con tecnecio marcado (pertechnetato de Tc 99m): Es el examen de elección ante la sospecha de divertículo de Meckel sangrante. Se basa en que el divertículo de Meckel que sangra se encuentra tapizado casi siempre (90% de los casos) por mucosa gástrica heterotópica, que concentra el radioisótopo. Similar es la situación de la duplicación intestinal con áreas de mucosa gástrica heterotópica.

-Estudio scintigrafico con globulos rojos marcados: El uso de glóbulos rojos marcados con pertechnetato de Tc 99m permite detectar hemorragias activas de

hasta 0.1 ml/min (5 veces más sensible que la angiografía). No permite establecer la causa del sangrado, pero sí su localización aproximada, orientando al radiólogo intervencionista.

D.- Examen radiológico: Si los estudios scintigráficos o angiográficos no son posibles, como tampoco la derivación del paciente a un centro terciario, el tránsito de intestino delgado y el enema baritado pueden aportar alguna información útil para una decisión terapéutica.

La radiografía simple de abdomen resulta raramente resulta útil para establecer el diagnóstico, a menos que se sospeche perforación o isquemia de una víscera. La radiografía con contraste de bario no suele ser nunca el procedimiento diagnóstico inicial ya que puede dificultar la visión endoscópica de la mucosa o que la arteriografía sea ininterpretable.

E.- Laparoscopia exploratoria: si ninguno de estos procedimientos nos aportan datos concluyentes, podemos someter al paciente a una laparoscopia exploratoria con el fin de llegar a un diagnóstico definitivo.

10- Bibliografía

Farreras – Roztman. Medicina Interna 14ª Edición.
Harrison. Principios de Medicina Interna 16ª Edición
<http://www.nlm.nih.gov/medlineplus>
http://www.semes.org/revista/vol14_1/S19-S27.pdf

Marina de Benito Sanz (5º curso 2010-2011)