

6

HEMORRAGIAS OCULTAS DEL TRACTO DIGESTIVO

Revisión del tema

Christian Cock Hernández *

RESUMEN

La hemorragia gastrointestinal es una entidad patológica frecuente en nuestro medio, representando una causa importante de consulta para el médico general y los especialistas (cirujanos, gastroenterólogos e internistas). El artículo presenta datos referentes a la etiología y métodos diagnósticos y medidas terapéuticas médico-quirúrgicas de la hemorragia oculta gastrointestinal, entidad que por lo general es difícil de tratar.

Palabras clave: Hemorragia, hemorragia gastrointestinal, hemorragia digestiva, hemorragia gastrointestinal oculta.

ABSTRACT

Gastrointestinal Hemorrhage is a frequent pathological entity among us and it represents an important cause for general and specialized physicians (surgeons, gastroenterologists and internists) consultation. The article presents notes about etiology, diagnostic and medical/surgical therapeutic measures about occult gastrointestinal hemorrhage, an entity that is difficult to manage.

Key words: Hemorrhage, gastrointestinal hemorrhage, digestive hemorrhage, occult gastrointestinal bleeding.

.....
* *Médico Residente de Cirugía General, Universidad Pontificia Bolivariana.*

Separatas: Apartado Aéreo 075299, Medellín, Colombia, S.A.

Se define como hemorragia oculta del tracto digestivo aquella que por los métodos clínicos y diagnósticos tradicionales no es diagnosticada fácilmente. Son hemorragias que ocasionan, en muchas oportunidades, altos costos hospitalarios, teniendo en cuenta: reingresos al hospital, exceso de transfusiones, costos por procedimientos diagnósticos, consultas y evaluaciones médicas, uso exagerado de medicamentos, tiempo del personal médico, etc. (1).

Algunas de las lesiones que producen las hemorragias ocultas en el tracto digestivo pueden ser pequeñas (2 - 10 mm), polimorfas, planas o sobrelevantadas, que a veces no son de fácil acceso al ojo humano o aun cuando contamos con métodos endoscópicos es difícil apreciarlas ya que gran parte pueden ser estudiadas por nuestro patólogo a través del examen de secciones histológicas. Otras, se presentan simultáneamente en diferentes zonas del tracto digestivo, pudiendo el paciente sangrar de ambas partes en una forma lenta o intermitente.

Múltiples estudios realizados en las dos últimas décadas citan como síntomas preponderantes las melenas, las rectorragias y hematoquesias, la anemia (crónica, generalmente) y la pérdida de peso en el mismo orden de frecuencia (1, 2, 3).

El tiempo de presentación de dichos síntomas es de gran variabilidad pues se han encontrado casos clínicos en forma súbita (de doce a veinticuatro horas de evolución) hasta tiempos tan largos como siete u ocho años (4, 5).

Siempre que pensemos en hemorragia oculta gastrointestinal es importante mencionar la angiodisplasia, una lesión vascular

importante que se presenta más frecuentemente en los intestinos y que es una fuente significativa de sangrado. Es causa del 6% de casos de hemorragia del tracto digestivo inferior y del 1 - 8% de casos de las hemorragias del tracto digestivo superior. La angiodisplasia del intestino delgado, cursa con el 30 - 40% de los casos de hemorragia oculta y representa la causa más común de hemorragias en este subgrupo de pacientes. Estas lesiones en el intestino grueso, se presentan especialmente en el ciego o colon ascendente y aunque su causa es desconocida se piensa que la mayoría resulta de un proceso degenerativo con la edad.

De todas maneras, se sabe que existen dos clases de angiodisplasias: las que se presentan en menores de 50 años (por lo general, múltiples, congénitas y localizadas más en estómago y duodeno) y las adquiridas, que resultan de procesos degenerativos a nivel de los esfínteres capilares de las arterias marginales del colon en la submucosa y la capa muscular (1, 4, 5, 6).

Como causas adicionales de hemorragia digestiva oculta figuran:

1. Esofagítis acompañada o no de esófago de Barrett, en ancianos.
2. Malformaciones o ectasias arteriovenosas, que se encuentran en cualquier zona del tracto digestivo.
3. Enfermedad diverticular del colon, cuando presenta sangrado lento, crónico y microscópico.
4. Poliposis intestinal (delgado y grueso), de diversa índole, que presentan sangrado por trauma local por las heces, torsión o autoamputación.

5. Divertículo de Meckel, que se localiza en los últimos 90 cm del ileon terminal y que se presenta como remanente embriológico del conducto onfalomesentérico y conformado por mucosa gástrica o pancreática ectópica.
6. Fístulas aortoentéricas; la más común es la aortoduodenal, una entidad de manejo eminentemente quirúrgico. En estos casos el sangrado se presenta por erosión de la serosa intestinal por injertos vasculares.
7. Pancreatitis complicadas, dentro de las cuales la más importante como causa de sangrado oculto, es la hemorrágica y la necrótica, que involucran asas intestinales adyacentes.
8. Tumores del intestino delgado, como leiomiomas, leiomiomasarcomas (más raros).
9. Colitis isquémica (más frecuentemente localizada hacia el ángulo esplénico del colon), ocasionada no sólo por fenómenos tromboembólicos sino también por consumo de drogas como cocaína, basuco o marihuana.
10. Hemobilias, como consecuencia de trauma hepático abdominal o por yatrogenias.

No se deben olvidar entidades como la uncinariasis, la estrogiloidiasis, los tumores de colon derecho y las lesiones vasculares asociadas con telangiectasias hemorrágicas familiares (HHT) o síndrome de CREST, como causa de hemorragia (7, 8).

Analizada la etiología mencionada anteriormente, vemos la necesidad de realizar siempre historias clínicas completas, con una anamnesis detallada, preguntando en especial por antecedentes personales y familiares (trastornos hereditarios), buscando además estigmas de cuadros clínicos como las poliposis intestinales (familiar, juvenil, Peutz-Jehgers, Cronhite-Canada, Turcot). Síndrome de Osler-Weber-Rendu, hemangiomas congénitos, anomalías en los factores de coagulación o discrasias sanguíneas.

El esquema terapéutico inicial en estos pacientes es semejante al que se utiliza en las hemorragias digestivas bajas. Se realiza una reanimación o estabilización agresiva con líquidos endovenosos o sangre. En el paciente con hemorragia oculta digestiva se recomienda la realización de la esofago-gastroduodenoscopia, seguida de una rectosigmoidoscopia (rígida o flexible), método por el cual se puede realizar no sólo diagnóstico sino también tratamiento: polipectomías, escleroterapia, electrocoagulación, láser, etc., dependiendo de cada caso en particular (15).

Si el sangrado en determinado paciente cede espontáneamente luego de la admisión al hospital (75-85%), se realiza fibrocolonoscopia después de limpiar el colon. El examen con Bario se evita porque interfiere con la angiografía, un método útil en caso de que el sangrado recurra. Si el sitio de sangrado no se encuentra y no recurre, no se recomiendan más esfuerzos (7, 9).

Si el sangrado continúa, se puede realizar colonoscopia o gamagrafía con radio-núclidos. La selección depende del índice o rata de sangrado y de la experiencia del personal con las alternativas diagnósticas.

La colonoscopia en presencia de sangrado rápido no requiere preparación o lavado intestinal, pues la sangre por sí mismo es catártica. El examen es difícil y amerita personal médico capacitado. En pacientes con sangrado lento es precedida de un lavado del colon utilizando productos administrados de forma oral que contengan polietilenglicol y sulfato de sodio (Golytely, Colyte, en nuestro medio Nulytely). La colonoscopia en este grupo de pacientes identifica el sitio de sangrado en 40-70% de los casos (7, 9).

La gamagrafía de glóbulos rojos marcados con radionúclidos (Tecnecio 99 m pernectato) se usa como alternativa inicial o cuando la colonoscopia no fue precisa. Es un método más sensible para detectar sangrado que las angiografías. La gamagrafía obtenida una hora después de la inyección del medio es la más útil, pues detecta sangrados de 0.05 a 0.1 ml/min. Permite además realizar controles seriados en veinticuatro horas cuando el resultado inicial no fue preciso. Los resultados de efectividad como método diagnóstico fluctúan entre 50 y 70%.

Si el examen con gamagrafía es persistentemente normal, la angiografía no demostrará zonas de sangrado, ya que ésta detecta entre 0.5 y 1 ml/min. Por esta razón, no se realiza en algunos centros hospitalarios. Resultados de efectividad cuando la realizan: 40-50%. La ventaja de la angiografía radica en que cuando se detecta sitio del sangrado pueden utilizarse vasoconstrictores (epinefrina o vasopresina) o incluso realizarse embolizaciones con partículas de colágeno (Gelfoam), coagulos autólogos o dispositivos especiales previa cateterización selectiva del tron-

co celíaco o de las arterias mesentérica superior o inferior. Dicho método es exitoso en el 50% de los pacientes y está indicado en aquellos que tienen contraindicación para ser llevados a cirugía.

Con el esquema propuesto anteriormente, resta un 25 a 35% de pacientes que se quedan sin diagnóstico, los cuales son candidatos para laparatomía exploradora.

Para la laparotomía exploradora se coloca el paciente en posición abdominoperineal, se practica la asepsia y se inicia el procedimiento. El equipo quirúrgico inicia la exploración manual de todo el intestino en busca de lesiones macroscópicas y aunque los resultados son más bien desalentadores, en algunas oportunidades se pueden observar zona o zonas del intestino con 'dilataciones' o ectasias de vasos que traslucen la serosa. Dichos segmentos deben ser marcados con suturas que no penetren el lumen intestinal, para ser resecaos posteriormente. Algunos cirujanos antes de practicar las resecciones de estos segmentos intestinales, inyectan azul de metileno en dichas ectasias para facilitarle el diagnóstico al patólogo; sin embargo hay poca experiencia al respecto (10, 12, 13).

Si aún no se detectan anomalías con la exploración manual del tubo digestivo, se recomienda realizar una endoscopia panintestinal intraoperatoria o panendoscopia (10, 11, 14).

En la endoscopia panintestinal intraoperatoria se pueden utilizar endoscopios delgados y largos diseñados para tal fin, colonoscopios pediátricos o el colonoscopio del adulto, en caso de no contar con los anteriores.

El endoscopio seleccionado se introduce por la boca como se realiza el procedimiento formalmente hasta llegar a la cuarta porción del duodeno donde el instrumento es avanzado a través del Ligamento de Treitz con la ayuda manual del cirujano. Se examina exhaustivamente la mucosa intestinal en búsqueda de lesiones hasta el ileon terminal. Cuando no se alcanza el ileon terminal, se introduce el colonoscopio por el recto, explorando el colon y finalmente intentando canalizar la válvula ileocecal. Este último paso en ocasiones es difícil técnicamente de realizar por la variedad anatómica de la válvula y por su inconstante posición.

En caso de no poder canalizar la válvula, se sugiere realizar la introducción del instrumento por enterotomía. Es útil no sólo para diagnóstico sino también para utilizar medidas terapéuticas o practicar resecciones intestinales (13, 14, 15). Se mencionan en la literatura complicaciones como isquemia o perforaciones intestinales, resangrados, íleo postquirúrgico o lesiones olvidadas.

Como dificultades técnicas se citan bridas intestinales, neoplasias, enfermedad de Crohn o la inexperiencia del personal que realiza el procedimiento (11, 12, 14).

Luego de haber realizado la endoscopia panintestinal operatoria, hay pacientes que presentan de nuevo sangrado en períodos que van de meses a años, en especial aquellos que tenían alteraciones múltiples en distintos segmentos del tracto digestivo, que no fueron detectadas o que surgieron como proceso degenerativo por la edad.

A manera de conclusión, el manejo de las hemorragias ocultas en el tracto digestivo necesita de un grupo interdisciplinario de especialistas que, coordinado, permita realizar diagnósticos y tratamientos adecuados. Hoy en día se adelantan estudios prospectivos para determinar la seguridad y eficacia de la cirugía endoscópica terapéutica, la cual posiblemente será muy bien aceptada, en un futuro no muy lejano, por el gremio médico en general. ■

REFERENCIAS

1. Foutch, G. Angyodisplasia of the gastrointestinal tract. *Am J Gastr* 1993; 88(6): 807-818.
2. Tedesco, F and cols. Vacular ectasia of the colon: Clinical, colonoscopic and radiographic features. *J Clin Gastr* 1980; 2: 233-238
3. Roberts, P and cols. Vascular ectasia: Diagnosis and treatment by colonoscopy. *Am Surg.* 1988; 54: 56-57.
4. Lanthier, P. and cols. Colonic angyodisplasia: Follow up of patients after endoscopic treatment for bleeding lessions. *Dis Colon Rectum.* 1989; 32: 296-298.
5. Potter, G. and cols. Lower gi bleeding. *Gastr Clin North Am* 1988; 17: 341-355.
6. Machicado, G. and cols. Upper gastrointestinal angiomata: diagnosis and tretment. *Gastroint Endosc Clin North Am* 1991; 1: 241-262.
7. Zuckerman, G. and cols. A prospective study of bidirectional endoscopy (colonoscopy and upper endoscopy) in the evaluation of patients with occult gi bleeding. *Am J Gastroent.* 1992; 87: 62-67.
8. Richardson, JD and cols. Bleeding vascular malformations of the intestine. *Surgery* 1978; 84: 430-436.
9. Jensen and cols. Diagnosis and treatment of severe hematochechia: The role of urgent colonoscopy after purge. *Gastroenterology.* 1988; 95: 1569-1574.
10. Foutch, G. and cols. Push enteroscopy for diagnosis of patients with gi bleeding of obscure origin. *Gastroint Endosc.* 1990; 37: 337-341.
11. Lewis et al. Small bowel enteroscopy and intraoperative enteroscopy for obscure gi bleeding. *Am J Gastroent.* 1991; 86: 171-174.
12. Foutch, G. Waye, J Rex, D. Lewis B. Audio-Digest Foundation of California: gi bleeding of obscure origin. 1992 (Cassette tape).
13. Thompson, J et al. Obscure gastrointestinal hemorrhage of small bowel origin. *Br Med J.* 1984; 288: 1663-1665.
14. Flickinger, EG. et al. Intraoperative video panendoscopy for diagnosis sites of cronic intestinal bleeding. *Am J Surg.* 1989; 157: 139-144.
15. Dixon, JA. Current laser applications in general surgery. *Ann Surg;* 207: 355-372.