

Guía de práctica clínico-quirúrgica para hemorragia digestiva baja

Clinical practice guide in lower gastrointestinal bleeding

Carola Featherston¹, Walter S. Nardi², Hernán Ruiz², Carlos Tyrrell², Sergio Sierre³, Federico Díaz⁴, Julio Ramón Coronil⁵, Daniel E. Pirchi¹, Mario Salomon²

RESUMEN

El objetivo de esta guía clínico-quirúrgica es homogeneizar conceptos y conductas para el manejo de la hemorragia digestiva baja (HDB), con el fin de protocolizar y unificar el tratamiento multidisciplinario de dicha patología.

Durante el manejo inicial del paciente con HDB, resulta prioritario determinar la estabilidad hemodinámica. Cuando el paciente se presenta hemodinámicamente estable, la videocolonoscopia (VCC) es el método diagnóstico de elección, la cual debe realizarse con preparación colónica y dentro de las 48 horas, mientras que si se trata de un paciente inestable que no responde a la reanimación debe realizarse, de ser posible, angiogramografía para localizar el sitio de sangrado y posteriormente angiografía. Si las condiciones no lo permiten, se procede directamente a la cirugía de urgencia. Si se logra reanimar al paciente, el método diagnóstico de elección es la videoendoscopia digestiva alta (VEDA). Si la VEDA es negativa y el paciente permanece estable, se prosigue con VCC. Por el contrario, si continúa sangrando, el paso siguiente es la angio-TC. En caso de localizar el sitio de sangrado, se realiza angiografía terapéutica. Si falla o la angio-TC es negativa, tiene indicación de cirugía.

Esta guía fue consensuada a partir de la bibliografía, guías internacionales y la experiencia de los Servicios de Cirugía General, Coloproctología, Gastroenterología, Diagnóstico por Imágenes y Hemodinamia.

Palabras clave: hemorragia digestiva baja, colonoscopia, hematoquecia, angiogramografía, angiografía.

ABSTRACT

The objective of this clinical-surgical guide is to homogenize concepts and behaviours for the management of lower gastrointestinal bleeding (LGB), in order to protocolize and unify the multidisciplinary treatment of this entity.

During the initial management of the patient with LGB, it is a priority to determine hemodynamic stability. When the patient is haemodynamically stable, videocolonoscopy (VCC) is the diagnostic method of choice, which should be performed with colonic preparation and within 48 hours. If the patient is unstable and does not respond to resuscitation, angiotomography (angioCT) should be performed, if possible, to locate the bleeding site, followed by angiography. If conditions do not permit these steps, emergency surgery is indicated.

However, if the patient can be resuscitated, the diagnostic method of choice is upper gastrointestinal videoendoscopy. If this procedure is negative and the patient remains stable, VCC is undertaken. Conversely, if bleeding continues, the next step is angioCT. If the bleeding site is located, therapeutic angiography is performed. If CT angiography fails or is negative, surgery is indicated. This guide was agreed upon with data from the literature, from international guidelines and from experience gathered by the Services of General Surgery, Coloproctology, Gastroenterology, Diagnostic Imaging and Hemodynamics.

Keywords: lower gastrointestinal bleeding, colonoscopy, hematochezia, angiotomography, angiography.

Fronteras en Medicina 2019;14(2):80-84. <https://DOI.org/10.31954/RFEM/20191/0080-0084>

INTRODUCCIÓN

Se define la hemorragia digestiva baja (HDB) como la pérdida de sangre por el tubo digestivo de origen distal al ángulo de Treitz. Afecta generalmente a individuos de edad avanzada y a menudo con comorbilidades graves¹.

Alrededor del 90% de las HDB son autolimitadas, aunque tienden a recidivar. Solo el 10% se presenta como hemorragia masiva. El 80% de los casos se producen a nivel colorrectal y el resto en intestino delgado². Presenta baja mortalidad (2-4%) la cual se relaciona con descompensación de enfermedades de base¹.

El objetivo de esta guía clínico-quirúrgica es homogeneizar conceptos y conductas para el manejo de la HDB, con el fin de protocolizar y unificar el tratamiento multidisciplinario de dicha patología.

Luego de analizar guías y consensos internacionales, se propone un protocolo adaptado al Hospital Británico de Buenos Aires, para optimizar el manejo de la HDB.

1. Servicio de Cirugía General.
 2. Servicio de Coloproctología.
 3. Servicio de Hemodinamia.
 4. Servicio de Gastroenterología.
 5. Servicio de Diagnóstico por Imágenes.
- Hospital Británico de Buenos Aires

Correspondencia: Dr. Daniel Pirchi. Servicio de Cirugía General. Hospital Británico de Buenos Aires, Perdriel 74, C1280AEB CABA, Rep. Argentina. Tel.: 43096400. dpirchi@gmail.com

Los autores declaran no poseer conflictos de intereses.

Recibido: 18/03/2019 | Aceptado: 03/05/2019

Tabla 1. Clasificación de la hemorragia digestiva baja según gravedad.

Gravedad de la hemorragia digestiva baja (% de pérdida hemática)	Tensión arterial sistólica	Frecuencia cardíaca	Tilt test	Signos de mala perfusión periférica
Leve (<10%)	> 100	< 100	-	No
Moderada (10-25%)	> 100	< 100	-/+	Palidez, frialdad
Grave (25-35%)	< 100	> 100	+	Vasoconstricción severa, agitación, oliguria
Masiva (>35%)	Shock hipovolémico, estupor o coma y anuria			

Tabla 2. Hemorragia digestiva baja. Etiología según localización.

Anorrectales	Hemorroides, fisura anal, tumor de recto, rectitis.
Colónicas	Diverticular, angiodisplasias, colitis isquémica, pospolipectomía, neoplasias, enfermedad inflamatoria intestinal (EII).
Intestinales	Angiodisplasias, neoplasias, divertículo de Meckel, úlceras, EII.

Tabla 3. Hemorragia digestiva baja. Frecuencia según etiología.

Etiología	Frecuencia (%)
Divertículos	17-40
Angiodisplasia	9-21
Colitis (isquémica, infecciosa, por radiación)	2-30
Neoplasia, pospolipectomía	11-14
Anorrectal	4-10

CLASIFICACIÓN

Existen diferentes formas de clasificar la HDB (**Tablas 1 y 2**):

- Según forma de presentación: aguda y crónica.
- Según gravedad: leve, moderada, grave y masiva
- Según localización: anorrectales, colónicas, medias (corresponden a intestino delgado) y desconocida (no se logra identificar la causa).
- Según visibilidad: visible y oculta.

La causa más frecuente de HDB a cualquier edad es el sangrado hemorroidal. Sin embargo, diversos estudios han demostrado que la causa más frecuente de ingreso hospitalario por HDB es la enfermedad diverticular, seguida de las patologías anorrectales, colitis, carcinoma y malformaciones arteriovenosas. En pacientes jóvenes, las causas más frecuentes de HDB grave son la enfermedad inflamatoria intestinal y las colitis infecciosas. Es de destacar que en el 10-15% de los casos el origen del sangrado es alto (**Figura 3**)³.

CUADRO CLÍNICO

La HDB puede presentarse como rectorragia (sangre roja brillante que sale del recto o ano), hematoquecia (sangre combinada con heces, de color rojo oscuro, que proviene del intestino delgado o colon), melena (sangre digerida de color café o negra que se origina en el tubo digestivo alto), sangre oculta en heces o anemia. El aspecto de las heces durante un sangrado está determinado por distintos factores, como la velocidad del tránsito intestinal, el volumen de extravasación sanguínea y la acción de las bacterias y sus enzimas.

Alrededor del 90% de las HDB son autolimitadas, aunque tienden a recidivar. Solo el 10% se presenta como hemorragia masiva^{1,2}.

En comparación con la hemorragia digestiva alta (HDA), los pacientes con HDB presentan menor frecuencia de *shock*, menor requerimiento de transfusiones, cede espontáneamente en la mayoría de los casos y la mortalidad es baja (2-4%)³.

EVALUACIÓN INICIAL

Los objetivos principales son:

- Determinar gravedad y pronóstico.
- Orientar sobre la localización.

ANAMNESIS

Es importante interrogar a los pacientes acerca del color, cantidad, frecuencia y duración del sangrado y sobre cualquier síntoma acompañante que pueda orientar sobre su localización⁴.

- Forma de presentación:
 - Rojo vivo, al final de la deposición: origen anorrectal.
 - Rojo oscuro mezclada con las heces: probablemente NO hemorroidal.
 - Melena: HDA (aunque puede ser colon derecho o ciego).
- Edad, coagulopatías, factores de riesgo cardiovascular (CV), antiinflamatorios no esteroideos (AINE), anticoagulantes, cirugías previas, hepatopatías, etc.
- Signos acompañantes: síntomas anales, fiebre, dolor abdominal, cambio del ritmo evacuatorio, disminución de peso, etc.⁵.

EXPLORACIÓN

- Evaluar estado hemodinámico.
- Confirmar HDB y evaluar sus características: tacto rectal y exploración anal (anoscopia, rectoscopia).
- Sonda nasogástrica (SNG): en caso de hemorragia grave y sospecha de HDA. Si es positiva o dudosa, realizar VEDA. El aspirado hemático confirma la HDA. Por el contrario, si se aspira bilis la probabilidad de HDA es baja.
- Exploración física complementaria: cardiorrespiratoria, nivel de conciencia, exploración abdominal⁶.

Hemorragia digestiva baja grave: dos o más de:

- TAS < 100 mmHg
- FC > 100 lpm
- Signos clínicos de hipoperfusión periférica
- Cambios significativos en TA y FC tras el ortostatismo
- Descenso de HB > 2 g/dl

Figura 1. Criterios diagnósticos de HDB grave.

Sospecha de hemorragia digestiva alta (HDA):

- Melena
- Aspirado hemático por sonda nasogástrica
- Historia previa de HDA
- Antecedente de cirrosis hepática o úlcera péptica

Figura 3. Signos de sospecha de HDA.

Aunque la centellografía puede ser más sensible al sangrado, la angio-TC es una prueba de detección de primera línea razonable si es necesario antes de la angiografía o la cirugía, porque es más conveniente y precisa.

Figura 4. Centellografía vs. angio-TC

LABORATORIO

Solicitar un laboratorio que incluya como mínimo:

- Hemograma.
- Coagulograma.
- Grupo y factor.
- Función renal y hepática⁴.

FACTORES DE MAL PRONÓSTICO

- Inestabilidad hemodinámica al momento del diagnóstico.
- Hematoquecia recurrente.
- Comorbilidades.
- Mayor de 60 años.
- Historia de diverticulosis o angiectasia.
- Creatinina elevada.
- Anemia⁴.

MANEJO INICIAL

El primer paso en el manejo inicial del paciente con HDB es determinar la **estabilidad hemodinámica**⁷ (Figura 1).

Existen dos escenarios posibles, planteados en la Figura 2.

HDB EN PACIENTE ESTABLE

El paciente estable, no anticoagulado, con hemoglobina mayor a 13 g/dl y TAS mayor a 115 mmHg, puede manejarse en forma ambulatoria⁸.

La videocolonoscopia (VCC) es el método diagnóstico de elección en pacientes estables. Debe realizarse dentro de las 48 horas del sangrado, ya que posterior-

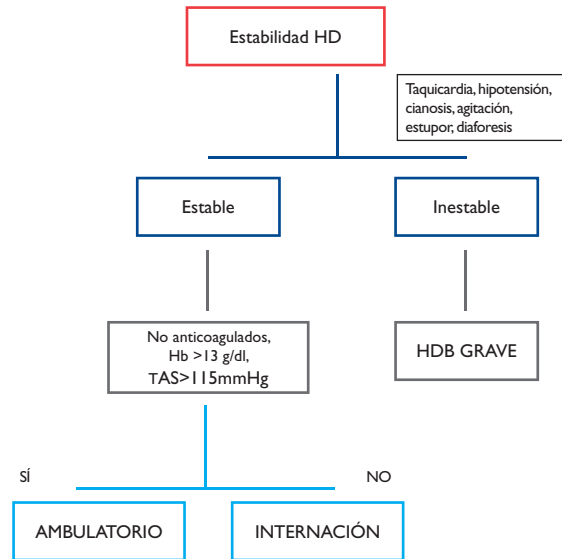


Figura 2. Algoritmo de manejo de los pacientes según severidad. HD: hemodinámica. HDB: hemorragia digestiva alta.

mente disminuye significativamente la sensibilidad. Requiere preparación colónica por vía oral o SNG, que facilita la visualización y disminuye el riesgo de perforación.

Debe realizarse terapia endoscópica en aquellos pacientes con estigmas endoscópicos de alto riesgo de sangrado:

- Sangrado activo.
- Vaso visible no sangrante.
- Coágulo adherido.

Las opciones terapéuticas incluyen inyección de epinefrina, terapia térmica y mecánicas (clips).

Si se localiza el sitio de sangrado y la terapia endoscópica es insatisfactoria, el paso siguiente es la angiografía⁴.

HDB EN PACIENTE INESTABLE

Si el paciente se encuentra hemodinámicamente inestable y/o existe la sospecha de que continúe sangrando, se debe comenzar con la reanimación mediante:

- a. Control de vía aérea. Oxígeno.
- b. Colocación de vía EV corta y gruesa y reposición inicial de 1-2 l de cristaloides.
- c. Colocación de SNG y sonda Foley.

La transfusión de glóbulos rojos está indicada para mantener una hemoglobina mayor de 7 g/dl. Debe considerarse un umbral de 9 g/dl en aquellos pacientes con sangrado masivo, importantes comorbilidades (principalmente isquemia CV) o si existe la posibilidad de retraso en las intervenciones terapéuticas⁴.

Si a pesar de los intentos de reanimación no se logra estabilizar al paciente, la indicación es angiografía o cirugía⁹.

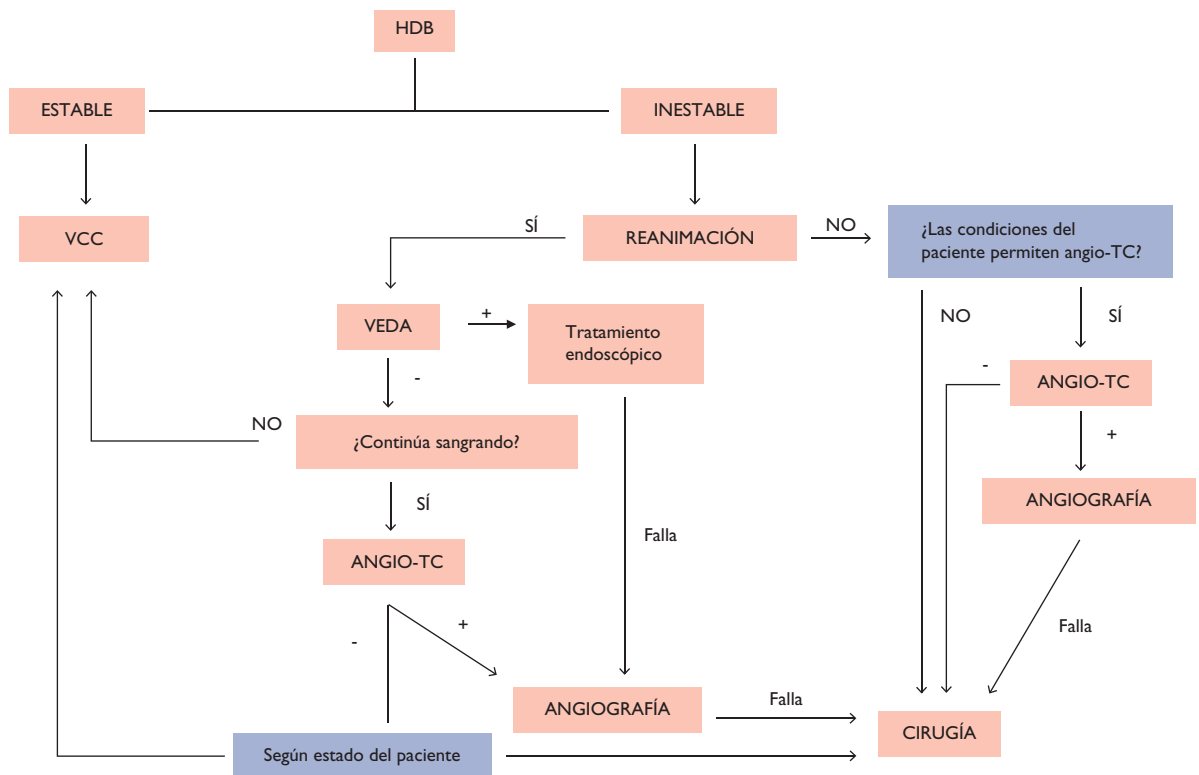


Figura 5. Algoritmo manejo de la hemorragia digestiva baja (HDB).

En consenso con los Servicios de Coloproctología, Gastroenterología, Diagnóstico por Imágenes y Hemodinamia se determinó que, si las condiciones del paciente lo permiten, siempre debe intentar realizarse una angiotomografía (angio-TC). Si en ella se evidencia el sangrado, se debe intentar resolverlo mediante angiografía. Si la condición del paciente es tan crítica que no puede realizarse la angio-TC o falla el tratamiento angiográfico, está indicada la cirugía de urgencia.

Si, por el contrario, la reanimación es efectiva, se recomienda la VEDA como primera exploración diagnóstica, ya que un 10-20% presentan HDA¹ (Figura 3).

Si la VEDA es negativa y el paciente permanece estable, se procede a la preparación del mismo con polietilenglicol y continuar el estudio con VCC.

Las intervenciones radiológicas (gammagrafía con glóbulos rojos marcados, angio-TC y angiografía) deben considerarse en pacientes de alto riesgo con sangrado en curso, que tienen una VEDA negativa y que no responden adecuadamente a la reanimación, por lo que tienen pocas probabilidades de tolerar la preparación intestinal y la colonoscopia⁴.

Angio-TC

La angio-TC es la exploración de elección en la HDB activa si no es posible realizar VEDA o esta es normal. No necesita preparación y la exploración dura pocos minutos. Tiene un umbral de detección del sangrado de 0.3 ml/min. La

única contraindicación absoluta es el antecedente de reacción adversa grave al contraste yodado. En caso de observarse extravasación de contraste está indicada la realización de una arteriografía terapéutica. Si durante la realización de la angio-TC no se encuentra hemorragia activa, se desaconseja la embolización y se recomienda iniciar la preparación para la colonoscopia^{5,6}.

Centellografía

Consiste en marcar con tecnecio 99 una muestra de sangre del paciente y luego reinyectarla y rastrearla con centellografía. Es un procedimiento de bajo riesgo y que no requiere preparación colónica. Tiene alta sensibilidad con un umbral para la detección del sangrado de 0.1 ml/min. La desventaja es la localización anatómica imprecisa (Figura 4)^{1,9}.

Angiografía

La angiografía es un procedimiento invasivo que puede ser utilizado para la localización precisa, así como para el tratamiento de la HDB. Tiene una sensibilidad del 40% a 86% y una especificidad de hasta 100%. Detecta una tasa de sangrado de 0.5 ml/min¹⁰.

¿Cuándo operar?

La cirugía en HDB aguda debe considerarse después de que otras opciones terapéuticas hayan fallado. Siempre debe intentarse localizar el sitio de sangrado y realizar

la resección segmentaria de dicha zona. En caso de llegar a quirófano sin haber logrado diagnosticar el sitio de sangrado, el tratamiento de elección es la colectomía subtotal sin anastomosis⁴.

Las indicaciones de cirugía son:

- Hemorragia masiva.
- Requerimiento de 4-6 UGR para poder estabilizar al paciente.
- Requerimiento de más de 10 UGR en 72 horas.
- Sangrado que dura más de 72 horas.
- Si no se dispone o falla la endoscopia o angiografía.
- Recurrencia del sangrado grave.

CONCLUSIÓN

El primer paso en el manejo inicial del paciente con HDB es determinar la estabilidad hemodinámica.

Si el paciente se encuentra hemodinámicamente estable, la VCC es el método diagnóstico de elección.

Debe realizarse con preparación colónica y dentro de las 48 horas.

En el paciente inestable que no responde a la reanimación debe realizarse, de ser posible, angio-TC para localizar el sitio de sangrado y posteriormente angiografía. Si las condiciones no lo permiten, se procede directamente a la cirugía de urgencia.

Por otro lado, si se logra reanimar al paciente, el método diagnóstico de elección es la VEDA. Si se identifica el sitio de sangrado, se intenta el tratamiento endoscópico.

Si la VEDA es negativa y el paciente permanece estable, se prosigue con VCC. Por el contrario, si continúa sangrando, el paso siguiente es la angio-TC. En caso de localizar el sitio de sangrado se realiza angiografía terapéutica, si falla tiene indicación de cirugía. Si la angio-TC es negativa, según el estado del paciente se procederá a la cirugía o a la preparación colónica y VCC (Figura 5).

BIBLIOGRAFÍA

1. Guardiola J, García-Iglesias P, Rodríguez-Moranta F, et al. Management of acute lower gastrointestinal hemorrhage: position statement of the Catalan Society of Gastroenterology. *Gastroenterol Hepatol* 2013;36(8):534-45.
2. De Rungs Brown DR, Ruiz Gómez, Charúa Guindic L, Víctor Baldiri A. Manejo de la hemorragia del tubo digestivo bajo. *Acta Médica Grupo Ángeles* 2014;12(4):194-201.
3. Whitehurst, Brandt D. Lower Gastrointestinal Bleeding. *Surgical Clinics* 2018;98(5):1059-72.
4. Strate LL, Gralnek IM. ACG Clinical Guideline: Management of Patients With Acute Lower Gastrointestinal Bleeding. *Am J Gastroenterol* 2016;111(4):459-74.
5. Gralnek IM, Neeman Z, Strate LL. Acute Lower Gastrointestinal Bleeding. *N Engl J Med* 2017;376:1054-63.
6. Guardiola J, García-Iglesias P, Rodríguez-Moranta F. Management of acute lower gastrointestinal hemorrhage: position statement of the Catalan Society of Gastroenterology. *Gastroenterol Hepatol* 2013;36(8):534-45.
7. Lamarca-Hurtado JC, Salvá-Villar P, González-Grande R, Jiménez-Pérez M, Manteca-González R. Utilidad del angio-tc abdominal en la hemorragia digestiva baja aguda grave. *RAPD* 2010;33(6):397-403.
8. Whitehurst BD. Lower Gastrointestinal Bleeding. *Surg Clin North Am* 2018;98(5):1059-72.
9. Barnert J, Messmann H. Diagnosis and management of lower gastrointestinal bleeding. *Nat Rev Gastroenterol Hepatol* 2009;6(11):637-46.
10. Laing CJ, Tobias T, Rosenblum DI, Banker WL, Tseng L, Tamarin SW. Acute gastrointestinal bleeding: emerging role of multidetector CT angiography and review of current imaging techniques. *Radiographics* 2007;27(4):1055-70.