

HEMORRAGIA DIGESTIVA BAJA ACTIVA

Dr. Sebastián Ballester

*Dra. Camila Martínez
Arqueros*

Dr. Agustín Lorences

SANATORIO JUNCAL

Temperley. Buenos Aires
Argentina



HISTORIA CLÍNICA

- Paciente femenina, de 81 años de edad, consulta a la guardia por haber presentado 3 deposiciones de características melénicas y la última con sangre roja en contexto de tratamiento con AINES por fractura de húmero de hace una semana de evolución con tratamiento conservador.
- Antecedentes personales de diabetes, hipertensión arterial, cardiopatía isquémica con 3 PTCA, enfermedad de Parkinson e ICC.
- Cursó internación hace 5 meses por hemorragia digestiva baja.
- Antecedente quirúrgico:
 - Colectomía por divertículo perforado con colostomía y posterior reconstrucción del tránsito intestinal.
 - Eventroplastia con malla
- Al examen físico TA 110/70, FC 73, abdomen blando depresible e indoloro. Se realiza tacto rectal (prueba de peroxidasa +). Abdomen blando e indoloro, con ruidos hidroaéreos aumentados
- Se solicita VEDA donde no se evidencian hallazgos patológicos.
- Durante la internación intercorre con dos episodios de proctorragia, realizándose cámara gamma para localizar el sitio de sangrado con posterior trombolización por servicio de hemodinamia.
- Al persistir el sangrado se solicita TC de abdomen con contraste endovenoso

HALLAZGOS IMAGENOLÓGICOS



TC sin
contraste
endovenos
o

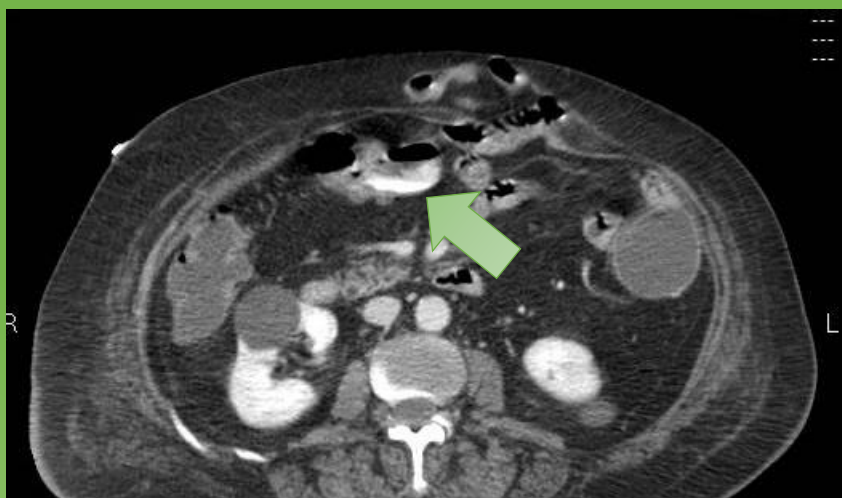


TC con
contraste
endovenos
o

HALLAZGOS IMAGENOLÓGICOS



TC sin contraste endovenoso que muestra ángulo hepático del colon con contenido hipodenso propio



TC con contraste endovenoso que muestra la presencia de material denso en la luz del colon transverso (flecha)

DISCUSIÓN

Se reconoce como hemorragia digestiva baja (HDB) a todo sangrado que provenga de una lesión distal al ángulo de Treitz. El espectro clínico es amplio debido a que involucra diferentes etiologías y varía desde una trivial hematoquezia hasta a una hemorragia exanguinante.

Puede ser aguda o crónica, la HDB aguda es la que provoca cambios hemodinámicos (anemia e inestabilidad de los signos vitales), que obligan a compensar el volumen perdido.

El sangrado oculto usualmente se expresa solo como una inocente anemia ferropénica (hemoglobina, volumen corpuscular medio y ferritina sérica disminuidas) sin evidencia de pérdida sanguínea en las heces.

DISCUSIÓN

El sangrado de origen oscuro es la hemorragia persistente o recurrente sin causa aparente luego de una evaluación inicial que incluye endoscopía alta y colonoscopía completa. Es fácil deducir que pueden presentarse simultáneamente formas ocultas y oscuras.

Se denomina HDB masiva, cuando el paciente requiere un litro o más de transfusión sanguínea para mantener su estabilidad hemodinámica en las primeras 24 horas de hospitalización.

La urgencia de la evaluación diagnóstica y el tipo de examen elegido dependen de muchos factores: el volumen sanguíneo perdido, la estabilidad hemodinámica y los factores de riesgo del paciente que pueden llevar a posibles complicaciones.

La endoscopia es actualmente el método de elección para la evaluación diagnóstica inicial y la intervención terapéutica en pacientes con hemorragia digestiva alta y baja.

La evaluación rápida y completa de la tomografía computada, permite la detección rápida del sangrado gastrointestinal.

CONCLUSIÓN

La angiografía por tomografía computada se ha utilizado con éxito como un examen de diagnóstico de primera línea para las manifestaciones agudas de hemorragias digestivas bajas después de que la endoscopia diera resultados negativos.

BIBLIOGRAFÍA

- Oscar Frisancho Velarde. Hemorragia digestiva baja. Acta méd. peruana v.23 n.3 Lima sep./dic. 2006.
- Lhewa DY, Strate LL. Pros and cons of colonoscopy in management of acute lower gastrointestinal bleeding. World J Gastroenterol 2012; 18: 1185-90.
- Currie GM, Kiat H, Wheat JM. Scintigraphic evaluation of acute lower gastrointestinal hemorrhage. Current status and future directions. J Clin Gastroenterol 2011; 45:92-9.
- Jordi Guardiola, Pilar García-Iglesias , Francisco Rodríguez-Moranta , Enric Brullet , Joan Salo , Esther Alba, Eloi Espin, Marta Gallach , Emili Gené , Lluçia Titó , Faust Feu , Càndid Villanueva , Esther Fort , Francisco José Martínez-Cerezo , Montse Planella , Verònica Pons, Xavier Calvet , con el soporte de la Societat Catalana de Medicina d'Urgències i Emergències y el 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. 2013.