

10.- HEMORRAGIA GASTROINTESTINAL

DEFINICIÓN.

La hemorragia gastrointestinal se define como la expulsión de sangre, por el conducto digestivo, debido a una lesión que rompe la continuidad de la mucosa del aparato digestivo.

EPIDEMIOLOGÍA

En nuestro país no hay ningún estudio epidemiológico que nos pueda indicar cual es la frecuencia de esta enfermedad, sin embargo es una de las urgencias más importantes del aparato digestivo y es una causa muy frecuente de internamiento en todos los hospitales del mundo.

Es mas común en los pacientes del sexo masculino y su frecuencia y gravedad son mayores en los pacientes ancianos o con otros padecimientos (Co-morbilidad).

CLASIFICACIÓN

La hemorragia digestiva se puede clasificar de varias maneras;

1.- TOPOGRAFICA.

- a. Hemorragia digestiva alta o superior, aquella que sucede entre el ángulo duodeno-yeyunal (Treitz) y la boca.
- b.- Hemorragia digestiva baja o inferior, aquella que sucede entre el ano y la válvula ileo.cecal.
- c.- Hemorragia digestiva de origen oscuro, aquella que sucede entre el ángulo duodeno-yeyunal (Treitz) y la válvula ileocecal. (Llamada así por la dificultad para el diagnostico.)

2.- POR SU MAGNITUD

- a.- Leve, cuando es menor al 10% del volumen circulante.
- b.- Moderada, entre el 10 y el 20% del volumen circulante
- c.- Severa o masiva, cuando es mayor del 20% de la volemia.

3.- POR SU CURSO CLINICO.

- a.- Aguda
- b.- Crónica.

ETIOLOGÍA.

Son muchas las causas de la hemorragia digestiva, para poderlas estudiar, se dividen en alta, bajas y oscuras, como ya fue mencionado y las del tubo digestivo alto se subdividen en variceal y no variceal.

Causas mas frecuentes, en el tubo digestivo superior..

A.- HEMORRAGIA NO VARICEAL

- Gastritis erosiva
- Ulcera péptica (gástrica o duodenal)
- Esofagitis
- Desgarro de la Unión (Mallory-Weiss)
- Cáncer (gástrico, esofágico o duodenal)
- Tumores benignos (Leiomioma, pólipos. Etc.)
- Anomalías vasculares (telangiectasias, angiomas, aneurismas, etc.)
- Cuerpos extraños.
- Parasitosis duodenales (Uncinariasis).
- Sangre proveniente del hígado y vías biliares (Hemofilia)
- Ulceras postescleroterapia de lesiones.

B.- HEMORRAGIA VARICEAL

- Varices esofágicas
- Varices gástricas
- Gastropatía hipertensiva portal.

Causas más frecuentes en el tubo digestivo inferior.

Según el grupo de edad

Niños y paciente jóvenes.

- Pólipos de retención (Juveniles)
- Fisuras anales
- Hemorroides
- Parasitosis e infecciones (amebiasis, ballantidiasis, tricocefalosis, shigellosis, etc.)
- Traumatismo.
- Poliposis hereditarias (poliposis familiar).

Adultos y ancianos

- Enfermedad hemorroidal
- Cáncer de colon y recto
- Enfermedad diverticular
- Angiodisplasias.
- Pólipos

CUADRO CLÍNICO

Depende de la intensidad de la hemorragia, el espectro clínico, va desde el paciente asintomático, o con molestias inespecíficas por anemia crónica, hasta el paciente con choque hipovolémico severo, que puede conducir a la muerte rápidamente.

Después de interrogar los antecedentes el cuadro varía de acuerdo a la enfermedad de base, pero respecto a la hemorragia activa se encuentran las siguientes variables:

A) Hemorragia crónica, cuando el paciente tiene una lesión que sangra una pequeña cantidad unos cuantos mililitros por hora o por día, si el ritmo de la pérdida de sangre es menor al ritmo de la reposición sanguínea, en esas condiciones el paciente referirá cansancio fácil, palidez, disnea de medianos esfuerzos, taquicardia, edema de miembros inferiores, anorexia etc.

B) Cuando la hemorragia es de mayor cuantía se puede manifestar como hematemesis (vómitos de sangre) fresca o digerida, en posos de café, seguida de evacuaciones melénicas (negras), si la situación se prolonga por varios días, el sujeto puede experimentar taquicardia, palidez y debilidad. Algunos pacientes solamente presentan las evacuaciones melénicas sin tener hematemesis, en especial los que tienen una hemorragia del duodeno o más adelante.

C) En la hemorragia masiva, cuando se pierde más del 20% del volumen circulante, el paciente experimenta datos de choque hipovolémico (hipotensión arterial, taquicardia, palidez extrema, oliguria, lipotimias, palpaciones, pudiendo llegar al estado de coma), además de la hematemesis. La melena o inclusive enterorragia.

D) En la hemorragia del tubo digestivo distal, el cuadro se presenta como evacuaciones de sangre fresca, de las características de las mismas, en especial si viene revuelta con el excremento, después de este, a goteo, o por fuera de las heces, nos orientan hacia la topografía de la hemorragia.

Además de este cuadro clínico, cada una de las entidades que producen la hemorragia digestiva tiene su sintomatología propia, por ejemplo el paciente con una úlcera duodenal tendría un dolor rítmico y periódico, con sensación de hambre, el paciente con una enfermedad por reflujo, tendría pirosis, regurgitaciones, hipo, eructos, etcétera, antes de la hemorragia, el sujeto con una infección sistémica como la salmonelosis, tendrá un cuadro febril, etc.

LABORATORIO.

De ingreso a todo paciente con hemorragia digestiva se le deben tomar exámenes de rutina, en especial hematocrito, hemoglobina, grupos sanguíneo y Rh, pruebas funcionales hepáticas, química sanguínea etc., algunas de las cuales como la hemoglobina y el hematocrito pueden ser normales en las primeras horas y van alterándose en cuanto el paciente se hemodiluye, las otras pruebas son indispensables para valorar el estado previo del paciente y otras para conocer los factores de riesgo.

GABINETE.

Una vez estabilizado el paciente se debe realizar una endoscopia digestiva alta como estudio inicial, la cual a su vez en la mayor parte de los casos de hemorragia activa o estigmas de hemorragia, permitirá realizar el tratamiento endoscópico de urgencia, que logra controlar hasta el 90% de las hemorragias.

CRITERIOS DIAGNÓSTICOS

Clasificación de Forrest-Laine para la úlcera péptica hemorrágica

TIPO	CARACTERÍSTICAS DE LA HEMORRAGIA	TRATAMIENTO ENDOSCÓPICO
1a	Hemorragia pulsátil (tipo arterial)	Indispensable
1b	Hemorragia rezumante (venosa o capilar)	Indispensable
2a	Arteria o vaso visible	Indispensable
2b	Coagulo adherido	Conveniente
2c	Lesión pigmentada	Dudoso
3	Lesión limpia	No es necesario

Las lesiones clasificadas como 1 y 2 a y b tienen un elevado riesgo de recurrencia de la hemorragia, por lo que es necesario volver a revisar por endoscopia entre 48 y 72 horas después de hacer tratamiento endoscópico.

TRATAMIENTO

Tratamiento local: Sabemos que hasta el 80% de las lesiones del tubo digestivo alto, dejan de sangrar de manera espontánea, sin embargo si hay hemorragia o estigmas de hemorragia (lesiones 1a, 1b, 2a, 2b), se debe hacer un tratamiento que depende de los recursos disponibles y puede ser;

A.- Coagulación por métodos térmicos

- Monopolar
- Multipolar
- Sonda Caliente
- Argón Plasma
- Rayo Láser

B.- Métodos mecánicos.

- Ligadura
- Engrapado

C.- Inyección de sustancias

- Polidodecanol
- Adrenalina
- Alcohol absoluto
- Factores de coagulación

D.- Métodos tópicos

- Formol diluido.
- Otros

Además del tratamiento endoscópico al paciente se le debe manejar de acuerdo a su enfermedad de base, pero es indispensable reponer el volumen de preferencia con sangre fresca, garantizar una vía aérea permeable, administrar antsecretorios, análogos de prostaglandinas, vasopresores etc., siempre tomando en cuenta los recursos disponibles.

Ante la falla del método de endoscopia es necesario usar otros métodos de diagnósticos, entre los que se pueden incluir, algunos de tipo radiográfico, de medicina nuclear entre otros:

- 1.- Angiografía selectiva y embolización.
- 2.- Búsqueda de hemorragia con eritrocitos marcados.
- 3.- Endoscopia cápsula
- 4.- Endoscopia transoperatoria.

BIBLIOGRAFÍA:

- 1.- Salazar-Mendoza R. Hemorragia gastrointestinal. Diagnostico y Tratamiento. Ed. JGH 1999.

- 2.- Chan FK, Cheng SG, Suen BY, et al. Preventing recurrent upper gastrointestinal bleeding in patients with *Helicobacter pylori* infection who taking low doses aspirin or naproxen. *N Eng J Med* 2001; 354: 967-973.
- 3.- Palmer KR. Ulcers and no variceal bleeding. *Endoscopy* 2000; 32: 118-23.
- 4.- Valdovinos DMA. Hemorragia Gastrointestinal. En Villalobos JJ, Valdovinos MA, Olivera MA. *Principios de Gastroenterología*. México: Méndez editores 2004; pp: 53-59.
- 5.- AGA Medical. Positioned statement evaluation and management of occult and obscure gastrointestinal bleeding. *Gastroenterology* 2000; 118: 197-20.
- 6.- Corral MA, Garcia GVA. Hemorragia del Tubo digestivo superior. México: Editorial Urimata 2005.

HEMORRAGIA DIGESTIVA ALTA

