

Estudio del sangrado intestinal oculto

J.C. Sánchez Ruiz, E. González López y L. Ferrer Armengou

Unidad docente de Medicina de Familia y Comunitaria Área 6. Zona básica de Salud de Villanueva de la Cañada. Madrid. España.

Se considera hemorragia digestiva (HD) a la pérdida de sangre por el tubo digestivo. Puede manifestarse de distintas formas¹:

- Hematemesis: vómito de sangre roja, marrón o negra como “posos de café”.
- Melenas: son heces malolientes y negras de aspecto similar al alquitrán.
- Rectorragia: emisión de sangre roja o coágulos por el ano.
- Hematoquecia: heces de color rojo oscuro.
- Signos y síntomas de hipovolemia o anemia sin datos externos de hemorragia.

Según el punto de origen del sangrado se pueden clasificar en:

1. Hemorragia digestiva alta (HDA).
2. Hemorragia digestiva baja (HDB).
3. Hemorragia digestiva oculta.
4. Hemorragia digestiva de origen oscuro.

DIFERENCIACIÓN ENTRE LA HEMORRAGIA DIGESTIVA ALTA Y LA HEMORRAGIA DIGESTIVA BAJA

La hematemesis indica que el origen de la HD es alto (por encima del ligamento de Treitz). Las melenas indican que hubo sangre derramada en el tubo digestivo al menos durante 14 h. Por tanto, cuanto más proximalmente esté situado el punto de hemorragia, más probable es que haya melenas. La hematoquecia suele depender de una HD procedente de una localización más baja, aunque también una lesión alta puede sangrar tan rápidamente que la sangre no permanezca el tiempo suficiente en el intestino como para adoptar la forma de melena. Las lesiones hemorrágicas del intestino delgado pueden dar lugar a melena o a hematoquecia. Otras pistas de HDA son los ruidos intestinales aumentados y la elevación del nitrógeno ureico en sangre (BUN).

HEMORRAGIA DIGESTIVA ALTA

Consiste en la pérdida de sangre hacia la luz del tubo digestivo en una zona comprendida desde el esfínter esofágico superior hasta el ángulo de Treitz.

Causas de HDA² (tabla I)

Úlcera péptica: es la causa más frecuente de HDA. Un tercio de los pacientes con hemorragias debidas a una úlcera vuelve a sangrar en un período de 1 a 2 años. La profilaxis de las nuevas hemorragias se dirige a los 3 factores patogénicos principales de la úlce-

TABLA I Causas más frecuentes de hemorragia digestiva alta

	Frecuencia aproximada (%)
Úlcera péptica	35-50
Varices esofagogástricas	25-35
Lesiones difusas de la mucosa gástrica	10-15
Síndrome de Mallory-Weiss	5-10
Esofagitis/hernia hiatal	3-5
Tumores	1-2
Causa desconocida	5-8

ra: *Helicobacter pylori*, los antiinflamatorios no esteroideos (AINE) y el ácido.

Desgarros de Mallory-Weiss: es una lesión única longitudinal en la mucosa cardial que aparece como consecuencia de arcadas intensas o vómitos repetidos seguidos de hematemesis, especialmente en los sujetos alcohólicos. La mayoría de las hemorragias suelen autolimitarse.

Varices esofágicas: a los pacientes con HDA cuyas manifestaciones clínicas sugieren la posibilidad de una hepatopatía conviene someterlos precozmente a una endoscopia para averiguar si tienen varices hemorrágicas.

Lesiones difusas de la mucosa gástrica: la hemorragia debida a erosiones de la mucosa gástrica con el antecedente de ingesta de alcohol o medicamentos, como ácido acetilsalicílico, AINE o glucocorticoides, suele autolimitarse y su mortalidad es prácticamente nula.

Las lesiones de la mucosa gástrica relacionadas con el estrés sólo aparecen en pacientes muy graves, como los que han sufrido traumatismos intensos, intervenciones de cirugía mayor, quemaduras extensas, etc.

Esofagitis: la inflamación de la mucosa esofágica, en general como consecuencia de reflujo gastroesofágico (RGE) ácido o alcalino, puede provocar hemorragia de esta localización.

Hernia hiatal: pueden producirse lesiones erosivas traumáticas de la mucosa gástrica herniada, que pueden sangrar.

Tumores: los tumores benignos y malignos del tracto digestivo superior producen el 1-2% de todas las HDA.

*Otras causas*³ menos frecuentes de HDA son la duodenitis erosiva, las fistulas aortointestinales, las lesiones vasculares y las ectasias vasculares del antro gástrico, la lesión de Dieulafoy (en la que un vaso anómalo de la mucosa sangra por un punto defectuoso de ésta), la gastropatía de prolapso, la hemobilia y la hemorragia del colédoco o del conducto pancreático.

TABLA II Indicaciones de la endoscopia digestiva alta con fines diagnósticos

Síntomas abdominales superiores (dolor epigástrico, pirosis, dispepsia o pesadez posprandial) que persisten tras un ensayo terapéutico empírico
Malestar abdominal superior que se asocia a síntomas o signos que sugieren enfermedad orgánica (pérdida de peso, anorexia, anemia, etc.)
Síntomas abdominales superiores de aparición por primera vez, no explicados por otro motivo, en pacientes mayores de 40 años y que persisten más de 2 semanas
Síndrome de úlcera péptica gastroduodenal^a
Disfagia u odinofagia
Síntomas sugestivos de reflujo gastroesofágico (ERGE) que persisten después de tratamiento apropiado o que sugieren complicaciones (disfagia, hematemesis)
Pacientes > 40 años con pirosis de más de 10 años de evolución o náuseas persistentes de causa desconocida
Hallazgos radiológicos que sugieren tumores de esófago o estómago, estenosis esofágica, úlcera gástrica, gastritis hipertrófica, acalasia^b
Valorar la presencia de varices esofágicas
Hemorragia digestiva alta
Sospecha de esofagitis cáustica o farmacológica
Dolor torácico o tos crónica de causa no conocida para descartar ERGE^c
Control evolutivo: esofagitis por ERGE grado IV; poscirugía esofágica y gástrica; úlcera gástrica; gastritis atrófica
Cateterismo de la papila de Vater o de fistulas o anastomosis biliodigestivas
Biopsias intestinales en síndrome de malabsorción

^aEn casos típicos sugestivos de úlcera duodenal en personas jóvenes se puede sustituir por estudio radiológico.
^bEn los casos de acalasia para descartar con seguridad neoplasia en el cardias gástrico.
^cEn esta indicación el patrón oro diagnóstico es la medida del pH esofágico.

TABLA III Indicaciones del estudio con contraste del aparato digestivo

Esófago
Sospecha de anomalías congénitas (atresia, fistulas, duplicaciones), compresiones extrínsecas, cuerpos extraños, perforación, estenosis, divertículos, varices, tumores, alteraciones funcionales, hernia de hiato

Estómago y duodeno
Sospecha de anomalías congénitas o de la posición, compresiones extrínsecas, úlcera péptica, gastritis, tumores, obstrucción pilórica y estudio del estómago operado

Intestino delgado
Diarrea crónica, malabsorción, alteraciones inmunológicas, parasitosis, hemorragias de origen incierto, dolor abdominal posprandial, vómitos de repetición

Colon
Sospecha de enfermedades congénitas, enfermedad inflamatoria intestinal, diverticulosis, estenosis, tumores, estreñimiento, rectorragia, tenesmo

TABLA IV Causas de hemorragia digestiva baja

HDA (el 15% se manifiesta como rectorragia)
HD de origen anal o rectal: fisura anal, hemorroides, úlceras anorrectales
Hemorragia de origen colónico: divertículos, angiodisplasias, neoplasias, isquemia, enfermedad inflamatoria intestinal (EII), colitis actínica, colitis por AINE, colitis infecciosa, varices colónicas, Dieulafoy
Hemorragia intestinal (yeyuno-íleon): angiodisplasias, neoplasias, isquemia, EII, divertículos (yeyunales, Meckel), fistula aortoentérica, varices intestinales, Dieulafoy

HDA: hemorragia digestiva alta; HD: hemorragia digestiva; AINE: antiinflamatorios no esteroideos.

Diagnóstico etiológico de la hemorragia

Hacer una correcta historia clínica (antecedentes familiares, antecedentes personales, enfermedad actual) y exploración física (constantes vitales, orofaringe, abdomen, palidez de la piel y las mucosas, estigmas de hepatopatía, tacto rectal, etc.).

Exploraciones complementarias⁴:

- Analítica: hemograma, bioquímica.
- Sonda nasogástrica: para comprobar las características del contenido gástrico y evaluar si existe sangrado activo.
- Endoscopia digestiva alta: se considera la técnica diagnóstica de elección en los pacientes con HDA, puesto que consigue un diagnóstico de certeza en el 80-90% de los casos.

Las indicaciones de la endoscopia digestiva alta con fines diagnósticos aparecen en la tabla II.

- Radiología con contraste baritado (tabla III).
- Angiografía: la arteriografía selectiva del tracto digestivo superior puede localizar el lugar de la hemorragia si se realiza en la fase activa de ésta cuando tiene un débito superior a los 0,5 ml/min. Está indicada cuando la endoscopia no detecta ninguna lesión y el paciente sigue sangrando activamente, cuando se sospecha una anomalía vascular como causa de la hemorragia, o en situaciones en que puede estar indicado el tratamiento con perfusión intraarterial de sustancias embolizantes o vasoconstrictoras.
- Radioisótopos: la inyección intravenosa de hemafines marcados con tecnecio, seguida del rastreo abdominal del isótopo extravasado desde la circulación a la luz intestinal, puede permitir diagnosticar la localización de las lesiones que están sangrando de forma activa (detecta lesiones sangrantes con flujos de al menos 0,1 ml/min). Es más sensible que la arteriografía, pero menos específica que ésta en la localización del punto sangrante.
- Laparotomía con enteroscopia intraoperatoria: se debe utilizar en los casos de hemorragia digestiva grave recidivante en los cuales no se haya podido llegar a un diagnóstico con las otras pruebas.

HEMORRAGIA DIGESTIVA BAJA

La HDB es toda pérdida valorable de sangre por lesiones que afectan al tubo digestivo más allá del ángulo de Treitz. La hemorragia puede presentarse en forma de melenas, hematoquecia, rectorragia, sangre oculta en heces, signos y síntomas de pérdida sanguínea.

Las causas de HDB aparecen en la tabla IV.

Las causas más frecuentes de rectorragia en la consulta de atención primaria (AP) son las hemorroides y la fisura anal. En estos casos con una exploración anal y un tacto rectal podemos llegar al diagnóstico. Si se excluye estos procesos locales del ano, las causas más frecuentes de HDB en los adultos son los divertículos, las ectasias vasculares, las neoplasias (pólipos adenomatosos y adenocarcinoma) y la colitis, sobre todo la enfermedad inflamatoria intestinal, pero también, la colitis isquémica o la inducida por la radiación.

Los procesos causantes de una hemorragia del intestino delgado (ID) son difíciles de diagnosticar y dan cuenta, en la mayoría de los casos, de HD de causa desconocida. Las causas más habituales son las ectasias vasculares y los tumores. Otras causas menos frecuentes son la enfermedad de Crohn, las infecciones, la isquemia, la vasculitis, las varices, los divertículos, el divertículo de Meckel, los quistes de duplicación y la invaginación. Los AINE inducen erosiones y úlceras en el ID y pueden ser una causa de HD prolongada de causa desconocida.

PROCEDIMIENTOS DIAGNÓSTICOS⁵

- Historia clínica: la historia clínica detallada es fundamental para la orientación diagnóstica.
- Tacto rectal: es imprescindible, permite conocer el aspecto del contenido rectal y descartar lesiones ocupantes de espacio o irregularidades de la pared rectal.
- Anuscopia-proctosigmoidoscopia: en caso de rectorragia, en especial cuando se sospecha una lesión en la zona anorrectosigmoide, como hemorroides, fisuras, proctitis ulcerosa o infecciosa, úlcera o cáncer rectal.

– Colonoscopia: es el procedimiento de elección para la evaluación de la HDB aguda. La limpieza colónica facilita la exploración sin incrementar el riesgo de resangrado.

– Angiografía: esta técnica tiene gran valor diagnóstico en los pacientes con hemorragia secundaria a anomalías vasculares (angioplasia, hemangioma, fístula aortoentérica) o lesiones tumorales que distorsionan la vascularización de la zona donde asientan.

– Radiología con contraste: el tránsito del ID con papilla baritada es el único método diagnóstico de las lesiones de la pared yeyunal o ileal en las fases de inactividad de la hemorragia.

– Radioisótopos: la gammagrafía con hematíes marcados con tecnecio 99 proporciona imágenes durante un período de hasta 24 h y es capaz de identificar la ubicación aproximada de la hemorragia.

– Cápsula endoscópica: su principal ventaja es la comodidad para el paciente y la obtención de un estudio de la mucosa de la mayor parte del intestino delgado.

– Tomografía computarizada: es útil en pacientes con HDB y dolor abdominal o irritación peritoneal. Permite detectar engrosamientos de la pared intestinal y signos de isquemia, así como complicaciones en pacientes con perforación intestinal (abscesos, líquido libre).

HEMORRAGIA DIGESTIVA OCULTA

Las HD ocultas pueden manifestarse por anemia ferropénica o por una prueba positiva de sangre oculta en heces. Existen 3 test diferentes para detectar sangre oculta en heces: test con guaiaco, test inmunoquímico y test de hemoporfirina.

La negatividad de los test no excluye la posibilidad de una HD (por falso negativo o sangrado intermitente). Ante un resultado positivo se debe estudiar en primer lugar el colon, con colonoscopia. Si la exploración colónica es negativa, se deben investigar síntomas de enfermedad del tracto digestivo superior y, si están presentes,

estudiarlo (gastroscopia, tránsito). No está definido si se debe explorar el tracto digestivo superior en pacientes asintomáticos. Si las exploraciones endoscópicas estándar no descubren nada, y el paciente tiene anemia ferropénica, está indicada la realización de las siguientes técnicas diagnósticas: enteroscopia, enteroclisia, angiografía o gammagrafía con tecnecio.

HEMORRAGIA DIGESTIVA DE CAUSA DESCONOCIDA

La HD de origen desconocido se define como una hemorragia recidivante, en la que la lesión o el proceso causal no se ha podido identificar con los estudios radiológicos ni endoscópicos. Hay que prestar atención a lesiones que pueden resultar difíciles de ver, como la gastropatía de la hipertensión portal, las ectasias vasculares, la lesión de Dieulafoy, varices pequeñas, divertículos, fístulas aortoentéricas, hemobilia, hemorragia del conducto pancreático y divertículo de Meckel. Pueden resultar de ayuda la gammagrafía con hematíes marcados, la angiografía, la tomografía computarizada abdominal y la gammagrafía (divertículo de Meckel). Si el estudio sigue siendo negativo, hay que evaluar el intestino delgado mediante el tránsito intestinal radiológico y/o la enteroscopia. ■

Bibliografía

1. Díaz Tasende J, Ibáñez Pinto A, Sadia Pérez D. Hemorragia Digestiva. Manual de Diagnóstico y terapéutica Médica. 5.ª ed. Madrid: Hospital Universitario 12 de Octubre. 2003;45:527-40.
2. Piqué JM, Terés J. Hemorragia gastrointestinal. Medicina Interna. Farreras Rozman. Madrid: Ed. Doyma; 1993. p. 230-9.
3. Laine L. Hemorragia Digestiva. Principios de Medicina Interna. Harrison, 15.ª ed. New York: Ed. McGraw-Hill; 2001. p. 299-303.
4. Calabuig Sánchez M, Ramos Espada JM. Hemorragia digestiva alta y hemorragia digestiva baja. An Esp Pediatr. 2002;57:466-79.
5. Gutiérrez Jodra M. Melenas y rectorragia. Guía de Actuación en Atención Primaria. 2.ª ed. SemFyc. 2002;726-28.

FE DE ERRORES

En el artículo "Visión familiar de la enfermedad de Alzheimer. Experiencias de un familiar médico" de M. Maños Gonzalbo, publicado en JANO Medicina y Humanidades 2005; LXVIII (1547):27-30, se ha detectado un error en la filiación del autor. Los cargos correctos son: Presidente Emérito de la Asociación Familiares de Enfermos de Alzheimer de Barcelona (AFAB). Miembro del Patronato de la Fundación Uszheimer para Enfermedades Neurodegenerativas. Barcelona. España.