

# Hemorragia digestiva baja severa originada en el intestino delgado

A. Ríos, M. J. Montoya, J. M. Rodríguez y P. Parrilla

*Servicio de Cirugía General y Digestivo I. Departamento de Cirugía. Hospital Universitario Virgen de la Arrixaca. El Palmar, Murcia*

## RESUMEN

**Introducción:** la hemorragia digestiva baja (HDB) es generalmente autolimitada y las etiologías más frecuentes se localizan a nivel colónico. El objetivo es analizar el manejo diagnóstico-terapéutico de las HDB severas cuya etiología se localizaba en el intestino delgado.

**Pacientes y métodos:** entre 1975 y marzo del 2002 ingresaron en nuestro servicio 12 HDB severas originadas en el intestino delgado. Todos consultaron por rectorragia franca, precisando al menos transfusión de 3 unidades de concentrados de hematies. La edad media fue de  $54 \pm 21$  años, el 58% eran mujeres, y el 83% había presentado cuadros previos de HDB.

**Resultados:** en once casos (92%) se realizó una endoscopia digestiva alta y baja urgente no objetivando el origen del sangrado. La arteriografía se indicó en 7 pacientes (58%), localizando en 5 de ellos el sangrado. En dos casos se hizo una gammagrafía mostrando en uno un divertículo de Meckel y en el otro fue normal. Todos se intervinieron, 8 (67%) de urgencias, encontrándose un tumor en 9 casos y un divertículo de Meckel en 3, realizándose resección de todas las lesiones. La histología informó de leiomioma en 7 casos, de divertículo de Meckel en 3, de leiomioblastoma en 1 y de angioma en el caso restante. Tras un seguimiento medio de  $132 \pm 75$  meses, fue éxitus el leiomioblastoma, y recidivó el angioma, el cual fue embolizado radiológicamente con éxito.

**Conclusiones:** la HDB severa de origen en intestino delgado debe considerarse como posibilidad etiológica cuando la endoscopia digestiva no objetiva el origen del sangrado, siendo la arteriografía una técnica diagnóstica útil para localizar el sangrado. La cirugía supone el tratamiento definitivo del proceso, confirma la etiología, y descarta la presencia de malignidad.

**Palabras clave:** Hemorragia digestiva baja severa. Cirugía. Intestino delgado. Leiomioma. Divertículo de Meckel.

## INTRODUCCIÓN

La hemorragia digestiva baja (HDB) constituye un problema clínico muy frecuente en la población occidental, si bien en la mayoría de casos es leve y de causa intrascendente (1). En ocasiones esta hemorragia es severa y constituye un problema clínico importante, pues se hace necesario un diagnóstico etiológico y topográfico rápido para poder realizar un tratamiento adecuado (1,2).

Las etiologías más frecuentes de las HDBs se localizan a nivel colónico o anal, siendo los casos originados en el intestino delgado infrecuentes (2-9%). En esta localización se acentúan las dificultades para poder catalogar etiológicamente la hemorragia, pues las exploraciones de las que disponemos para acceder al intestino delgado son limitadas (1-6). Estas HDB originadas en el intestino delgado presentan unas peculiaridades clínicas y diagnósticas claramente diferentes a las de origen colónico, aunque generalmente han sido poco estudiadas (5,6).

Por ello, el objetivo de este trabajo es analizar el manejo diagnóstico-terapéutico de las HDB severas cuya etiología se localizaba en el intestino delgado.

## MATERIAL Y MÉTODOS

Se han revisado todos los casos de HDB severa tratados en nuestro hospital desde 1975 hasta marzo del 2002, entendiéndose como tal aquellos pacientes que ingresan por rectorragia aguda y que han presentado un descenso del hematocrito igual o superior a 10 puntos, o han requerido la transfusión de al menos tres unidades de concentrados de hematies (2). Se excluyen las fístulas arterio-entericas que son tratadas por el servicio de cirugía cardio-vascular. Se han detectado 175 casos de HDBs que cumplían estos criterios, y se han seleccionado los 12 pacientes (7%) en los que se objetivó que el origen del sangrado se localizaba en el intestino delgado.

La edad media fue de  $54 \pm 21$  años (19-80 años), existiendo un ligero predominio de mujeres (58%;  $n = 7$ ). Diez (83%) pacientes habían presentado cuadros previos de HDB, tres de ellos (25%) con ingreso hospitalario. Ninguno tenía antecedentes de cirugía abdominal, ni estaba anticoagulado ni antiagregado. En 5 casos (42%) el sangrado fue brusco, sin embargo el resto referían haber tenido rectorragias leves los días previos y posteriormente exacerbación del cuadro de rectorragia.

Se analizan las siguientes variables: edad, sexo, tiempo de evolución, debut clínico, sintomatología, exploraciones complementarias realizadas, necesidades transfu-

**Tabla I. Casuística de patología de intestino delgado con HDB severa en nuestro servicio**

	Sexo/Edad	Hipotensión	Transfusión	Endoscopia baja	Arteriografía	GAmmagrafía	Cirugía	Diagnosis	Morbilidad	Evolución (años)
Caso 1	M/60	No	6 U.C.H.	Sí	Malformación vascular i.d.	-	Urgente	Leiomioma	No	Asintomático (17)
Caso 2	M/59	Sí	16 U.C.H.	No	Malformación vascular i.d.	-	Urgente	Leiomioma	No	Asintomático (17)
Caso 3	M/60	No	6 U.C.H.	Sí	Malformación vascular i.d.	-	Urgente	Leiomioma	No	Asintomático (17)
Caso 4	M/28	No	3 U.C.H.	Sí	-	-	Diferida (HDB persistente)	D. Meckel	No	Asintomático (16)
Caso 5	V/42	No	8 U.C.H.	Sí	-	-	Urgente	Leiomioma	No	Asintomático (15)
Caso 6	V/73	No	3 U.C.H.	Sí	-	-	Urgente (colitis isquémica)	Leiomioma	No	Asintomático (15)
Caso 7	V/65	Sí	16 U.C.H.	Sí	Pérdida en FID sin focalizar	-	Urgente	Leiomioma	Ángor	Asintomático (14)
Caso 8	M/80	Sí	10 U.C.H.	Sí	Malformación vascular i.d.	-	Urgente	Leiomioma	No	Asintomático (8) Éxito otra causa
Caso 9	V/22	No	3 U.C.H.	Sí	-	D. Meckel	Diferida (HDB persistente)	D. Meckel	No	Asintomático (5)
Caso 10	V/19	No	3 U.C.H.	Sí	Negativa	Negativa	Diferida (HDB persistente)	D. Meckel	Infección Herida	Asintomático (4)
Caso 11	M/64	No	3 U.C.H.	Sí Intraoperatoria	Malformación vascular i.d.	-	Urgente	Angioma	No	Recidiva 2 años. Embolización radiológica (4)
Caso 12	M/79	No	3 U.C.H.	Sí	-	-	Diferida (sangrado-cáncer colon)	Leiomioblastoma	No	Éxito por el tumor (2)

sionales, necesidad de cirugía, localización del punto sangrante, técnica quirúrgica aplicada, morbi-mortalidad asociada, control de la hemorragia, recurrencia del sangrado, y evolución. Se realiza estadística descriptiva de cada una de las variables.

**RESULTADOS**

Todos los pacientes consultaron por cuadro de rectorragia franca con coágulos. En 4 (33%) se acompañó de un síndrome vegetativo, 3 de los cuales presentaban taquicardia (109-135 lpm) e hipotensión (70-80/30-50 mmHg) a su llegada a urgencias. Además, 4 pacientes (33%) mostraron dolor abdominal tipo cólico. Ninguno refería alteración previa del tránsito gastrointestinal.

En la analítica de urgencias las cifras medias de hematocrito eran de 19,2 ± 11% y las de hemoglobina de 7,3 ± 3,4 g/dl. Todos precisaron transfusión sanguínea, con una media de 7 unidades de concentrado de hematíes (7 ± 5 U) por paciente (Tabla I). En once casos (92%) se realizó una endoscopia digestiva alta y otra baja que no objetivaron el origen del sangrado. Sin embargo, la gastroscopia en tres pacientes y la colonoscopia en cinco, sí diagnosti-

caron patología que potencialmente podría sangrar, pero sin signos de sangrado (Tabla II). La arteriografía de la arteria mesentérica superior e inferior se realizó en 7 casos (58%), en uno de ellos directamente sin realizar endoscopia, objetivando en 5 de ellos una lesión origen del sangrado, y en los dos restantes fue normal. En dos pacientes se realizó una gammagrafía con hematíes marcados informando en uno de divertículo de Meckel y en otro de normal (Tablas I y II).

Todos se intervinieron, 8 (67%) de urgencias y 4 de forma diferida (33%). En 3 casos (25%) se halló un divertículo de Meckel que se extirpó. En el resto el hallazgo fue una tumoración dependiente de intestino delgado, realizándose resección de la misma. En uno de los casos la tumoración correspondía a una lesión angiomasosa, por lo que le surgieron dudas al cirujano sobre la posible existencia de otras lesiones angiomasosas concurrentes, lo cual llevó a la realización de una enteroscopia intraoperatoria que descartó dicha posibilidad. La morbilidad fue del 16%, que corresponde a una infección de la herida de laparotomía y a un angor torácico, sin mortalidad (Tabla I). La estancia media fue de 13 ± 7 días (7-35 días). En las lesiones tumorales, el estudio histológico informó de leiomioma en 7 casos, leiomioblastoma en uno y angioma en el caso restante.

Tabla II. Exploraciones complementarias utilizadas para el diagnóstico preoperatorio del sangrado

Exploración	Localización del sangrado	No localización del sangrado	Patología detectada potencialmente sangrante, pero sin signos de sangrado
Gastroscopia (n = 11)	0	11 (100%)	3 (Úlcus péptico n = 2) (Diverticulum duodenal n = 1)
Colonoscopia (n = 11)	0	11 (100%)	5 * (Hemorroides internas 3) (Diverticulosis n = 2) (Colitis n = 1)
Arteriografía (n = 7)	5 (72%)	2 (28%)	0
Gammagrafía (n = 2)	1 (50%)	1 (50%)	0

\*El número total es menor que el de las patologías pues algunas se superponían en el mismo enfermo.

Tras un seguimiento medio de  $132 \pm 75$  meses no se han presentado nuevos episodios de sangrado, excepto en el paciente operado del angioma yeyunal. En este caso se produjo una recidiva angiomatosa yeyunal a los dos años, que fue tratada mediante embolización selectiva por radiología intervencionista, no presentando posteriormente ningún otro signo de sangrado. El paciente con el leiomioblastoma fue éxitus por evolución del tumor antes de los dos años de seguimiento postoperatorio.

## DISCUSIÓN

Ante una HDB severa el objetivo principal es estabilizar y establecer las medidas de soporte vital, y seguidamente valorar la posible etiología (2,4), como se realizó en nuestra serie. Una historia y una exploración clínica bien enfocadas son esenciales (2,4). En este sentido, las etiologías del intestino delgado suelen presentarse en población joven, frente a la patología colónica que suele hacerlo en población mayor (1,4). Así, en nuestra serie los pacientes con divertículo de Meckel tenían una edad inferior a los 30 años.

Los protocolos diagnósticos de la HDB severa incluyen como primer paso la exploración ano-rectal, descartar un posible origen alto y una colonoscopia (2,4,7,8). En las etiologías de intestino delgado estas tres exploraciones son normales, o encuentran patología sin signos de sangrado (7), como se objetiva en nuestra serie tras aplicar dicho protocolo (Tabla II). Otras exploraciones, generalmente secundarias, adquieren mayor relevancia en estos casos. Así, la arteriografía es la mejor técnica diagnóstica, con un índice diagnóstico que oscila entre el 40 y el 78%, y baja morbilidad (2-4%) (2,4,9). En nuestra serie localizó el sangrado en el 72% de los casos en los que se realizó, sin morbi-morbilidad asociada. En los últimos años, se ha producido un gran desarrollo técnico en la radiología intervencionista, tanto en el material utilizado (catéteres flexibles de menor calibre y resistencia, etc.) como en las partículas de embolización, lo que está generalizando su utilización diagnóstico-terapéutica en

determinadas patologías (10). En nuestra paciente con angioma yeyunal la recidiva se trató mediante embolización vía radiológica, pues ya teníamos un diagnóstico histológico previo, la paciente tenía alto riesgo quirúrgico y la reintervención quirúrgica presentaba mayor morbilidad. Sin embargo, consideramos arriesgado utilizar este tratamiento en un tumor sin confirmación histológica, pues en pacientes con patología tumoral maligna una cirugía radical puede marcar el pronóstico vital del paciente.

La gammagrafía con hematíes marcados con Tc99 juega un pobre papel en el diagnóstico general de la HDB, y debe limitarse a si existe sospecha de divertículo de Meckel, pues la sensibilidad y especificidad en esta patología oscila entre el 85 y 95% respectivamente (4,11). En casos de HDB estabilizada no exanguinante, donde no es localizado un foco colónico, deben plantearse otras técnicas para la evaluación del intestino delgado como son la enteroscopia, la radiología de intestino delgado y la cápsula endoscópica (12-17), aunque su valor en el proceso agudo es limitado.

La cirugía es el tratamiento de elección en los casos donde el intestino delgado se localiza como origen del sangrado pues soluciona el cuadro clínico agudo, confirma la etiología y descarta la presencia de malignidad. El problema surge si no se localiza el punto sangrante y es preciso realizar una laparotomía urgente por persistencia o recurrencia de la hemorragia. En estos casos la etiología que se sospecha es colónica, y el cirujano puede verse forzado a realizar, de forma errónea, una resección colónica a ciegas. Por ello, aunque todo el colon esté lleno de sangre, debe revisarse el intestino delgado, sobre todo si presenta sangre en su interior. Pues es relativamente fácil localizar intraoperatoriamente una lesión sangrante en el intestino delgado y se evita actuar sobre el colon dejándonos la etiología del sangrado. Cuando quedan dudas sobre la presencia de lesiones en el intestino delgado durante el acto operatorio, sobre todo en lesiones que generalmente son múltiples (18), como ocurrió en nuestro paciente con el angioma, la exploración diagnóstica de elección es la enteroscopia intraoperatoria (13,19), pues

nos permite el diagnóstico de lesiones que pueden pasar desapercibidas a la palpación (20).

Como norma general, la morbilidad asociada a la cirugía de urgencias por HDB severa es alta. Sin embargo, cuando la etiología procede del intestino delgado esta suele ser menor, ya que suelen ser pacientes más jóvenes y con menos comorbilidades, como se observa en nuestra serie. Aunque también se presentan en pacientes de riesgo y añosos (21,22). En este sentido, la tasa de morbilidad en nuestra serie fue del 16%, y tres pacientes (25%) tenían más de 70 años, como puede verse en la tabla I.

El pronóstico suele ser excelente pues la mayoría son

lesiones benignas en el contexto de un paciente joven, y donde las recidivas son infrecuentes (3,23-25). Sin embargo, hasta un 10% son lesiones malignas con un pronóstico pobre, como nuestro caso del leiomioblastoma maligno (22,26-28).

En conclusión, podemos decir que la HDB severa originada en el intestino delgado debe considerarse como posibilidad etiológica cuando la endoscopia digestiva no objetiva el origen del sangrado, siendo la arteriografía una técnica diagnóstica útil para localizar el sangrado durante el cuadro agudo. La cirugía supone el tratamiento definitivo del proceso, confirma la etiología y descarta la presencia de malignidad.