

Hemorragia digestiva de origen oscuro

J. Sillero F. de Cañete

El tracto gastroentérico es la fuente más frecuente de pérdidas hemáticas. Esas pérdidas son unas veces patentes e incluso cataclísmicas, pero en otras ocasiones resultan solapadas: entonces se habla de sangrado digestivo oculto, lo que significa que el paciente no se percibe del evento patológico a través de un vómito de contenido hemático o, más particularmente, por un cambio ostensible en la coloración de las heces, melena. De hecho, puede producirse un expolio de hasta 100 ml de sangre a través de la mucosa digestiva, manteniéndose la defecación con aspecto normal. Igualmente es cierto que en un sujeto en salud hay siempre un mínimo sangrado de alrededor de 1 ml por día; tal cuantía no se pone de manifiesto por las habituales pruebas de detección de sangre en heces (Hemocult por ejemplo) (1).

Una hemorragia digestiva oculta se patentiza ordinariamente por dos procedimientos: a través del examen de heces para detección de hemoglobina o por la anemia ferripriva que resulta de su persistencia, en plazo más o menos lejano pero ineludible. El sangrado digestivo representa la causa más común de anemia microcítica hipocrómica e hiposiderémica, y ante su constatación la investigación de una posible fuente digestiva de pérdidas debe ser sistemática (2).

Dicha investigación incluye una serie de estudios entre los que la endoscopia resulta elemento obligado si se desea que la encuesta etiopatogénica sea completa. Pues bien: al término de esa encuesta, hay un número de pacientes, evaluado en un 5% aproximadamente, cuyo sangrado sea patente u oculto permanece sin identificación. Justamente entonces es cuando hablamos de hemorragia digestiva de origen oscuro, problema que en general representa un auténtico desafío para la sagacidad y paciencia del clínico implicado en el caso (3).

De acuerdo con la literatura reciente y con nuestra propia experiencia, es dable diseñar una conducta de pasos sucesivos a fin de posibilitar la resolución del enigma planteado.

1. Como siempre ocurre en el terreno clínico, cuando un problema no se resuelve es necesario volver de nuevo las investigaciones a su origen: anamnesis (análisis del dolor u otros síntomas, conmemorativos de ingesta de medicaciones gastroenterolesivas, etc.) y exploración física (organomegalia, masas, zonas de sensibilidad excesiva, etc.). Hay que recordar que una melena suele ser indicio de sangrado digestivo alto, aunque cuando la pérdida es lenta y se produce a nivel ileocecal también puede ennegrecer las heces. Lo contrario sucede con la hema-

Palabras clave: Sangrado digestivo no filiado. Enterocolitis. Enteroscopia. Angiografía mesentérica.

Fecha de recepción: Diciembre 2000.

Seminario Médico

Año 2001. Volumen 53, N.º 1. Págs. 89-92

toquezia: generalmente se origina en el tramo inferior, si bien una hemorragia gastroduodenal muy brusca seguida de un ágil peristaltismo puede manchar las heces de color rojizo (3).

2. Hay algunos datos complementarios elementales que sirven de orientación hacia una localización digestiva superior o inferior. Uno de ellos es el nivel de nitrógeno ureico de la sangre, que se eleva significativamente (en contraste con las concentraciones estables de creatinina) en la hemorragia digestiva alta, por la ureogénesis exaltada a expensas del material hemático absorbido por el delgado.

Otro se refiere al aspecto del líquido de lavado gástrico con agua o salino, por lo general significativamente teñido en pérdidas gastroduodenales persistentes, más arriba del ángulo de Treitz.

3. El elemento fundamental de esta encuesta es de nuevo la endoscopia: tanto la esofagogastroduodenoscopia fibróptica como la colonoscopia con instrumentación flexible de alcance cecal, pueden descubrir pruebas de reciente sangrado y su causa fehaciente. No olvidemos que en casos de hemorragia digestiva de origen oscuro vamos a enfrentarnos con un abanico de posibilidades etiológicas muy variado, más allá de las causas habituales en los casos más simples, como son las úlceras y tumores malignos. Habrá pues que tener en cuenta procesos tales como (3):

- ectasias vasculares, angiodisplasia, Rendu-Osler, etc.;
- malformaciones vasculares como la lesión de Dieulafoi;
- varicosis gástrica o enteral;
- erosiones lineales en el «estómago en sandía» de la hipertensión portal;
- divertículos (en los jóvenes, el de Meckel especialmente);
- sangrado de origen extraluminal: fistulas aortoentéricas, hemobilia, hemojugo pancreático.

Una endoscopia paciente, en manos de un auténtico experto, puede resolver el enigma.

4. El escalón siguiente de nuestra sistemática viene ocupado por dos procederes tendentes a determinar la localización exacta del sangrado cuando todos los anteriores han sido ineficaces. Nos referimos al estudio con isótopos y a la angiografía, que tienen virtualidad siempre que el sangrado sea activo en el momento de la prueba.

Se utiliza el radionúclido tecnecio-99m, dotado de una gran sensibilidad, ya que puede detectar pérdidas tan pequeñas como de 0,1 ml por minuto. Sin embargo, si atendemos a la opinión de VOELLER et al., su rendimiento en punto a resultado terapéutico deja bastante que desear: bajo sus indicaciones, no mejoran mucho los porcentajes de sangrados resueltos (4).

La angiografía mesentérica es menos sensible, ya que sólo registra pérdidas superiores a 0,5 ml por minuto. En cambio, parece más útil para la fijación del punto origen de la hemorragia, de acuerdo con la impresión de ROLLINS et al. (5).

5. Llegados a este punto, si no poseemos evidencia que permita una intervención terapéutica útil, se impone una exploración específica y más concreta del intestino delgado. En este tramo intestinal, tres procesos van a ser principales protagonistas como fuente de hemorragia, y su frecuencia respectiva está en relación con la edad del paciente:

- en los sujetos jóvenes, con menos de 25 años, el divertículo de Meckel es frecuente responsable;
- en los adultos de 30 a 50 años, son los tumores —benignos o malignos— los protagonistas prevalentes;
- en individuos de la tercera edad y en general en mayores de 55 años, las ectasias vasculares resultan dominantes.

La exploración del delgado puede hacerse por enteroclisís o enteroscopia.

La enteroclisia con material radioopaco es capaz de definir lesiones de tipo masa, que ocupan espacio y producen defectos de repleción en un punto concreto del lumen intestinal; también se muestra útil en la demostración de divertículos, como zonas de proyección baritada que desbordan los contornos del intestino (6).

La enteroscopia puede realizarse con un instrumento de «push» o con uno de sonda. El primero presenta la ventaja de permitir un avance activo y rápido y la posibilidad de biopsia de la anomalía que se descubra; su inconveniente es la limitación de su alcance al segmento duodenal y primeras asas del yeyuno, quedando el resto del yeyuníleon fuera de su órbita exploratoria (7).

La enteroscopia con sonda consigue un avance lento, pasivo y poco confortable del dispositivo de visualización a lo largo de todo el intestino, hasta sus tramos distales. No es apto para biopsia (8).

En su conjunto, la enteroscopia consigue resultados positivos entre el 25 y el 75% de los casos, porcentos variables ampliamente según diversos estudios (9).

6. Con la orientación clínica y paraclínica antecedente, la enteroscopia intraoperatoria permite dilucidar los problemas de causa del sangrado y su topografía entre el 70 y

100% de los casos. Nótese que hay por tanto eventualidades en que ni aún con esta decisiva exploración queda resuelto el enigma, aunque Ress ofrezca en este sentido los mejores resultados (10).

Terminemos resaltando el hecho real de que incluso cuando se encuentra una lesión supuestamente culpable, su tratamiento no siempre conlleva la cesación definitiva de las pérdidas hemáticas. Como dice Waye, sólo la mitad de los pacientes tratados por enteroscopia intraoperatoria consiguen una curación permanente (11). Hay que contar además que existen procesos (especialmente vasculares malformativos) en los que la intervención es imposible, y solamente cabe probar la eficacia de una terapia hormonal, con estrógenos-gestágenos (12). En algún caso de Rendu-Osler de nuestra personal casuística, los resultados fueron remuneradores y el ahorro de la reposición trasfusional sensible.

La hemorragia digestiva de origen oscuro, en conclusión, sigue siendo un reto a la sagacidad del clínico y una demostración evidente de la necesidad de trabajo en equipo para resolver los problemas más arduos. ◀

J. Sillero F. de Cañete, *Medicina Interna*.

Bibliografia

1. ALQUIST, DA.; MC GILL, DB.; SWARTZ, S. et al.: «Fecal blood levels in health and disease: a study using HemoQuant». *N. Engl. J. Med.*, 1985. 312:1422-1428.
2. MASSEY, AC.: «Microcytic anemia: differential diagnosis and management of iron deficiency anemia». *Med. Clin. North Am.*, 1992, 76:549-566.
3. ROCKEY, DC.: «Occult gastrointestinal bleeding». *N. Engl. J. Med.*, 1999. 341:38-46.
4. VOELLER, GR.; BRUNCH, G.; BRITT, LG.: «Use of the technetium labeled red blood cell scintigraphy in the detection and management of gastrointestinal hemorrhage». *Surgery*, 1991. 110: 799-804.
5. ROLLINS, ES.; PICUS, D.; HICKS, ME. et al.: «Angiography is useful in detecting the source of chronic gastrointestinal bleeding of obscure origin». *AJR Am. J. Roentgenol*, 1991. 156: 385-388.
6. REX, DK.; LAPPAS, JC.; MAGLINTE, DD., et al.: «Enteroclysis in the evaluation of suspected small intestinal bleeding». *Gastroenterology*, 1989. 97:58-60.
7. CHAK, A.; KOEHLER, MK.; SUNDARAM, SN. et al.: «Diagnostic and therapeutic impact of push enteroscopy: analysis of factors associated with positive findings». *Gastrointest. Endosc.*, 1998. 47:18-22.
8. BERNER, JS.; MANER, K.; LEWIS, BS.: «Push and sonde enteroscopy for the diagnosis of obscure gastrointestinal bleeding». *Am. J. Gastroenterol*, 1994. 89:2139-2142.
9. LANDI, B.; TKOUB, M.; CAUDRIC, M. et al.: «Diagnostic yield of push-type enteroscopy: analysis of factor associated with positive findings». *Gut.*, 1998. 32:462-472.
10. RESS, AM.; BENACCI, JC.; SARR, MC.: «Efficacy of intraoperative enteroscopy in diagnosis and prevention of recurrent gastrointestinal bleeding». *Am. J. Surg.*, 1992. 163:94-98.
11. WAYE, JD.: *Enteroscopy. Gastrointest. Endosc.* 1997. 46:247-256.
12. VAN CUTSEM, E.; RUTGEERTS, P.; VANTRAPPEN, G.: «Treatment of bleeding gastrointestinal vascular malformations with oestrogen-progesterone». *Lancet*, 1990. 335:953-955.