

Hemorragia gastrointestinal de origen oscuro

Dr. Ernesto Torres Durazo*

* Hospital Ángeles Mocel. México, D.F.

La hemorragia gastrointestinal de origen oscuro es aquella que persiste o recurre sin encontrar una etiología conocida después de efectuar estudios endoscópicos rutinarios (panendoscopia y colonoscopia) y podemos dividirlo en dos grupos:

1. Oscuro oculto: Es aquel con determinación de sangre oculta en heces persistentemente positivo con o sin deficiencia de hierro.
2. Oscuro con hemorragia: Clínicamente evidente que persiste o recurre a pesar de estudios endoscópicos negativos.

Los estudios del intestino delgado son difíciles considerando la longitud aproximada de hasta 7.6 metros, por la posición intraperitoneal libre, a diferencia del estómago, duodeno y colon, se dificulta el paso del endoscopio convencional, los movimientos peristálticos frecuentes y la formación de múltiples asas o loops dificultan también los estudios radiológicos con medio de contraste.

Dentro de las causas podemos dividirlas según la edad de los pacientes:

1. En menores de 40 años son más frecuentes los tumores de intestino delgado como linfomas, tumores carcinoides y adenocarcinoma, así como el divertículo de Meckel, lesiones de Dieulafoy, pólipos de síndromes hereditarios y enfermedad de Crohn.
2. En mayores de 40 años las lesiones vasculares (que ocupan cerca de 40%): úlceras causadas por AINEs, úlceras o erosiones de Cameron, fístulas aortoentéricas, hemosuccus pancreaticus y hemofilia por hepatocarcinoma, biopsias hepáticas o traumatismos.

De todas estas causas existen algunas que son de por sí muy difíciles de identificar como: Hemosuccus pancreáticos, hemofilia, fístula aortoentérica, lesión de Dieulafoy, divertículo de Meckel y las várices extraesofágicas (gástricas, intestino delgado y colon).

Los estudios más utilizados para el intestino delgado son:

- a) Los radiológicos (baritados, enteroclis, de medicina nuclear, TAC, MRI y angiográficos).
- b) Los endoscópicos (enteroscopia de empuje o “push”, de tracción o “pull”, la enteroscopia de doble balón [EDB] y la cápsula endoscópica [CE]).
- c) Los quirúrgicos donde a través de alguna intervención quirúrgica sea abierta o por laparoscopia se efectúa algún procedimiento endoscópico asistido por el cirujano, ya sea por orificio natural o bien a través de una enterotomía.

Los estudios radiológicos tienen una sensibilidad muy baja con falsas negativas elevadas y son más útiles en tumores de intestino delgado y enfermedad de Crohn, la utilización de la enteroclis incrementa la sensibilidad a 10 a 20%. Los estudios gammagráficos utilizando Tc-99m tienen una sensibilidad que varía de 15 a 70%. El gammagrama para divertículo de Meckel ofrece una sensibilidad hasta de 90% en niños y 62% en adultos y se han utilizado variantes con el PET scan. Los estudios angiográficos requieren de una hemorragia mayor de 0.5 mL/min y alcanzan una sensibilidad de 40 a 80%, son realmente útiles en hemorragia posquirúrgica. La TAC necesita una pérdida sanguínea mayor de 6 mL/min y su sensibilidad está alrededor de 70%. La resonancia magnética nuclear es útil en tumores del intestino delgado y enfermedad de Crohn y no tiene mayor utilidad en otro tipo de hemorragia.

De los estudios endoscópicos, el más útil es la enteroscopia; sin embargo, su dificultad para alcanzar porciones distales y los riesgos de desgarros y perforación lo hacen impráctico. La EDB es la que ha demostrado una mejor exploración del intestino delgado utilizando tanto la vía oral o anterógrada y, en caso de no alcanzar el íleon terminal, la vía rectal o retrógrada, por lo que se logra identificar lesiones vasculares, úlceras y tumores con la ventaja de poder efectuar procedimientos terapéuticos como escleroterapia, aplicación de argón plasma, polipectomía, biopsias, hemoclips, dilataciones, instalación de endoprótesis, etc.

La CE fue aprobada por la FDA en 2001 y desde entonces ha demostrado ser un estudio práctico y con una

sensibilidad que varía de 55 a 70%, con el inconveniente de no poder efectuar ninguna acción terapéutica; actualmente junto con la EDB es un buen complemento. Los estudios endoscópicos transoperatorios llegan a incrementar la sensibilidad de 50% hasta 100% a diferencia de la exploración quirúrgica sin endoscopia que oscila entre el 31 y 65% de sensibilidad.

Los trabajos presentados en la DDW en mayo de 2006 giran básicamente entre la utilidad de la CE y la EDB y varios estudios que los comparan ambos, concluyen casi todos que ambos métodos son complementarios. Los estudios comparativos entre CE y estudios radiológicos favorecen a la CE a excepción de casos de enfermedad de Crohn que son mejor evaluados por los métodos radiológicos.

La mayoría de los estudios comparativos concluyen que el estudio inicial con la CE es de gran utilidad y en caso de no determinar la causa de la hemorragia o de haberla determinado y requerir algún procedimiento terapéutico, deberá efectuarse en segundo lugar la EDB.

REFERENCIAS

1. Lin S, Rockey D. Obscure gastrointestinal bleeding. *Gastroenterol Clin North Am* 2005; 34(4): 679-98.
2. Tang S, Haber G. Capsule endoscopy in obscure gastrointestinal bleeding. *Gastroint Endosc Clin North Am* 2004; 14(1): 87-100.
3. Rockey D. Occult gastrointestinal bleeding. *Gastroenterol Clin North Am* 2005; 34(4): 699-718.
4. Carey, E, Fleischer, D. Investigation of the small bowel in gastrointestinal bleeding –Enteroscopy and capsule endoscopy. *Gastroenterol Clin North Am* 2005; 34(4): 719-34.