



REVISTA DE  
GASTROENTEROLOGÍA  
DE MÉXICO

www.elsevier.es



■ Hemorragia gastrointestinal

## Hemorragia del tubo digestivo distal

Walter Kettenhofen Enríquez

Grupo Médico Okabe. Aguascalientes, Aguascalientes

Durante la última edición de la Semana Americana de Gastroenterología en Nueva Orleans se presentaron 14 resúmenes en relación con el tema, casi todos series de casos y controles, análisis estadísticos de bases de datos y estudios experimentales en animales. Gralnek presentó tres resúmenes a partir de una base de datos llamada CORI (*Clinical Outcomes Research Initiative*), que representa endoscopias realizadas en diversas ciudades de Estados Unidos, con 76 sitios, en 26 estados, con captura de estudios endoscópicos para todo tipo de indicaciones; se demostró una correlación con lo observado en la práctica clínica diaria. Existen datos muy limitados que describen la población de pacientes con hemorragia del tubo digestivo bajo. En el primer análisis de la base de datos CORI<sup>1</sup> se identificaron todos los pacientes en un periodo de siete años, de enero del 2002 a diciembre del 2008, todos sometidos a colonoscopia por hematoquezia. Se agrupó a 76 928 enfermos, 57% hombres, 81.8% blancos, 61.8% menores de 60 años. En cuanto al origen de la hemorragia, las causas más frecuentes fueron hemorroides (63.8%), diverticulosis (38.3%), pólipo único (32.8%), colitis o anomalía mucosa (7.8%), pólipos múltiples (5.7%), angiodisplasia (1.2%) y úlcera solitaria del recto (0.4%). Sólo en 94% se alcanzó el ciego, a pesar de utilizar esquemas radicales de preparación colónica. Casi todos los pacientes fueron blancos, menores de 60 años y presentaron afección benigna.

En el segundo resumen<sup>2</sup> se estratificó de acuerdo con la edad y se comparó una cohorte de pacientes mayores de 60 años con otra de sujetos de 18 a 59 años. Se analizó a 76 928 pacientes con sangrado del tubo digestivo bajo sometidos a colonoscopia dentro del mismo periodo de tiempo del trabajo anterior. En comparación con el grupo de pacientes menores de 60 años, en el grupo de mayores de

60 se identificó a más personas caucásicas (85.4% vs. 79.6%), mujeres (44.9% vs. 41.7%), así como un mayor riesgo ASA III o IV (13.4% vs. 3.8%). En los mayores de 60 años se encontró una frecuencia mayor de divertículos (59.1% vs. 25.4%), pólipos (43.7% vs. 35.2%), anomalías mucosas (8.8% vs. 7.1%), tumores (3.3% vs. 1.2%), angiodisplasias (2.0% vs. 0.7%) y úlceras solitarias (0.6% vs. 0.3%), todos con diferencias estadísticamente significativas. También llamó la atención la menor probabilidad de intubar el ciego (92.6% vs. 96.1%) y mayor riesgo de presentar episodios adversos (3.2% vs. 1.4%).

En el último resumen relacionado<sup>3</sup> se comparó el grupo de pacientes sometido a colonoscopia por presentar hemorragia del tubo digestivo distal, con una cohorte de pacientes que fue objeto de estudio endoscópico como detección de cáncer de colon. En el grupo con hemorragia se reconoció un aumento del riesgo ASA, mayor probabilidad de presentar hemorroides, anomalías mucosas, tumores y angiodisplasias en comparación con la cohorte. Asimismo, la intubación del ciego fue significativamente menor en el grupo con sangrado del tubo digestivo. Un protocolo español<sup>4</sup> valoró la capacidad de la colonoscopia para predecir la recurrencia de hemorragia del tubo digestivo bajo, en un estudio prospectivo de cohortes que incluyó a 327 pacientes con hemorragia del tubo digestivo distal. Se clasificaron los hallazgos endoscópicos en bajo riesgo (colitis, úlceras sin estigmas de hemorragia, hemorroides y fisuras) y alto riesgo (hemorragia activa, vasos visibles, divertículos o lesiones vasculares). Se desarrolló una valoración con presencia de sangre roja, lesiones de alto riesgo, sangrado rectal dentro de las primeras cuatro horas posteriores a la admisión, con valor de un punto cada uno. La combinación de factores puede

predecir la recurrencia: sin factores, 0%; un factor, 6.6%; dos factores, 15.8%; tres factores, 29.2% de recurrencia hemorrágica. La ausencia de factores de riesgo para re-sangrado puede ayudar al egreso temprano de estos enfermos. En Francia<sup>5</sup> se efectuó un estudio prospectivo que incluyó a 2544 pacientes con hemorragia del tubo digestivo bajo en 102 hospitales. Se compararon las características clínicas y factores pronósticos en 84 (3.3%) sujetos con angiodisplasias, con un grupo control de 813 (32%) enfermos con sangrado diverticular. Se realizó tratamiento endoscópico en 54% de los casos. El 68% de las angiodisplasias se localizó en el colon derecho. Los individuos con angiodisplasias presentaron cifras menores de hemoglobina, mayores requerimientos de transfusiones, así como aumento de la comorbilidad y riesgo ASA. Su pronóstico global fue peor, con 4.8% de mortalidad contra 1.6% del grupo control. La importancia de la colonoscopia urgente y temprana en pacientes hospitalizados con hemorragia del tubo digestivo es controversial. La colonoscopia temprana puede mejorar el tratamiento de los enfermos con hemorragia del tubo digestivo bajo, al permitir un diagnóstico preciso, reducción del tiempo de hospitalización y medidas terapéuticas.

Laine<sup>6</sup> presentó un trabajo aleatorizado y prospectivo que comparó la colonoscopia temprana y urgente contra la colonoscopia electiva. Se incluyó a 36 pacientes en cada grupo. No se encontraron diferencias en cuanto a la persistencia del sangrado, número de transfusiones, días de hospitalización, intervenciones terapéuticas o costos, por lo que la colonoscopia urgente no parece mejorar el pronóstico de estos enfermos. La colitis isquémica es una causa de hemorragia del tubo digestivo. En un estudio prospectivo<sup>7</sup> se estudió a un grupo de 550 pacientes, de los cuales 65 presentaron colitis isquémica como causa de hemorragia. Las características de los sujetos con colitis isquémica se compararon con el grupo no isquémico. Los pacientes con colitis isquémica tuvieron una prevalencia mayor de uso de anticoagulantes, enfermedad pulmonar y concentraciones elevadas de glucosa y creatinina. Todos presentaron enfermedad difusa, excepto cinco con lesiones focales tratadas de forma endoscópica. Su pronóstico fue considerablemente peor respecto de otras causas de hemorragia.

El consumo de antiinflamatorios no esteroides (AINE) podría ser un factor de riesgo importante en la hemorragia del tubo digestivo bajo. En un estudio de casos y controles japonés<sup>8</sup> se investigó

si la administración de AINE fue un factor de riesgo para presentar colitis isquémica o hemorragia diverticular. Se conjuntaron dos grupos de pacientes, 47 por hemorragia secundaria a colitis isquémica y 51 por divertículos. Se concluyó que el uso de los AINE y la hiperlipidemia elevan la probabilidad de presentar hemorragia diverticular, mas no de colitis isquémica. Las complicaciones consecutivas a divertículos colónicos y las enfermedades cardiovasculares comparten varios factores de riesgo, como obesidad, inactividad física y dieta. En este estudio<sup>9</sup> se analizó a un grupo de 5885 individuos del Estudio de Salud Cardiovascular, una cohorte prospectiva de adultos. Se identificaron 94 casos de pacientes que presentaron hemorragia diverticular en un periodo de 16 años. El sexo masculino, índice de masa corporal, actividad física y antecedentes familiares de enfermedad cardíaca fueron factores de riesgo independientes para presentar hemorragia diverticular, lo que sugiere una base cardiometabólica para ésta. La proctitis por radiación es un problema frecuente en personas con antecedente de radiación pélvica, lo cual puede manifestarse en la forma de hemorragia del tubo digestivo, en ocasiones de difícil control. El grupo del Instituto Nacional de Cancerología presentó un estudio prospectivo<sup>10</sup> que comparó el tratamiento térmico mediante argón plasma con la terapia con oxígeno hiperbárico. Se incluyó a 31 pacientes, 14 en el grupo de argón plasma y 17 en el grupo de oxígeno hiperbárico. Se encontró una buena respuesta similar en ambos, si bien ésta fue más rápida en el grupo tratado con coagulación con argón plasma.

## Referencias

1. Gralnek IM, Eisen GM, Holub JL. Initial data from a large consortium of endoscopy practices. *Gastrointest Endosc* 2010;71:M1531.
2. Gralnek IM, Eisen GM, Holub JL. Lower gastrointestinal (GI) bleeding: an age-stratified comparison utilizing a large consortium of endoscopy practices. *Gastrointest Endosc* 2010;71:893.
3. Gralnek IM, Eisen GM, Holub JL. A comparison of lower gastrointestinal (GI) bleeding and screening colonoscopy patient cohorts: data from the CORI National Endoscopic Database. *Gastrointest Endosc* 2010;71:S1152.
4. Berrozpe A, Rodriguez-Moranta F, Botargues JM, et al. Colonoscopy predicts the risk of recurrence in lower gastrointestinal bleeding. *Gastrointest Endosc* 2010;71:S1560.
5. Nahon S, Macaigne G, Pariente A, et al. Characteristics and prognostic factors of hemorrhagic colonic angiodysplasia: prospective multicenter study of the ANGH group. *Gastrointest Endosc* 2010;71:S1561.
6. Laine LA, Shah A. Randomized trial of urgent vs. elective colonoscopy in patients hospitalized with lower GI bleeding. *Gastrointest Endosc* 2010;71:3471.
7. Chavalitdhamrong D, Jensen DM, Kovacs TO, et al. Ischemic colitis is a common cause of severe hematochezia and patient outcomes are worse than with other colonic diagnoses. *Gastrointest Endosc* 2010;71:S1548.
8. Tsruuoka N, Tominaga N, Shirahama N, et al. NSAIDs accelerated a risk of colonic diverticular hemorrhage: a case - control study. *Gastrointest Endosc* 2010;71:T1048.
9. Strate LL, Parasa SM, Arnold AM, et al. Cardiovascular risk factors and diverticular bleeding. *Gastrointest Endosc* 2010;71:S1530.
10. Alvaro-Villegas J, Sobrino-Cossio SR, Tenorio-Tellez L, et al. Effectiveness, safety and quality of life of argon plasma coagulation vs. hyperbaric oxygen therapy in chronic radiation proctopathy. *Gastrointest Endosc* 2010;71:W1429.