



# REVISTA DE GASTROENTEROLOGÍA DE MÉXICO

[www.elsevier.es/rgmx](http://www.elsevier.es/rgmx)



## ENDOSCOPIA E IMAGEN

# Hemorragia de tubo digestivo de origen no determinado

L. F. De Giau-Triulzi

*Hospital Español de México*

Recibido el 7 de junio de 2016; aceptado el 23 de junio de 2016

La hemorragia de tubo digestivo de origen no determinado (HTDOND) se define como una hemorragia sin encontrar su origen posterior a estudios de endoscopia superior e inferior, y que requiere de estudios suplementarios para determinarlo. En el diagnóstico de la hemorragia gastrointestinal, es primordial la buena utilización de los recursos y, dependiendo de la clínica del paciente, es el estudio indicado para determinar el origen. Esto permite un adecuado tratamiento de la causa; sin embargo, en un 25% de los pacientes se requiere la realización de más de una exploración además de la inicial, incluyendo estudios avanzados como la videocápsula (CE) o enteroscopia, en el contexto de la hemorragia no identificada.<sup>1</sup> La utilización de auxiliares en el diagnóstico durante la CE, como el indicador de sospecha de sangre, que en estudios preliminares contaba con una baja sensibilidad y especificidad, fue usado en un estudio de Massachusetts que incluyó a 115 pacientes consecutivos con hemorragia activa. Éstos fueron sometidos a CE con indicaciones de hemorragia activa, hemorragia no determinada, anemia por déficit de hierro o melena. En 18 pacientes con hemorragia activa, el indicador de sospecha de sangre fue positivo en el 100%, con una sensibilidad y especificidad del 100%; se identificó la causa de la hemorragia en 11 de 18 pacientes (61.1%). Esta aplicación ayuda al

clínico en la identificación del sitio de hemorragia en casos seleccionados, pero requiere de más estudios para confirmar su utilidad.<sup>2</sup>

La HTDOND puede manifestarse clínicamente como hemorragia evidente u oculta. Las manifestaciones clínicas son extremadamente variables: Melena, hematoquecia, rectorragia o únicamente la presencia de anemia microcítica hipocrómica. En este aspecto revisamos dos estudios, el primero proveniente de Corea, en el cual el objetivo fue identificar la tasa diagnóstica de la enteroscopia por cápsula y la evolución de los pacientes a largo plazo, así como explicar los factores asociados con la anemia. En este estudio se incluyeron 144 pacientes con anemia por déficit de hierro sin causa aparente, la cual se define como Hb menor de 13 mg/dL en varones y menor de 11.5 g/dL en mujeres. Todos los pacientes incluían panendoscopia y colonoscopia. El tiempo promedio en realizar el examen de cápsula fue de  $6.9 \pm 24$  meses; un total de 89 pacientes (62.8%) presentaron hallazgos positivos, incluyendo angiodisplasias (23), úlceras idiopáticas (21), erosiones mucosas (17), tumores de intestino delgado (8) y lesiones submucosas no ulceradas (3). Posterior al estudio, siete pacientes presentaron recurrencia de la hemorragia evidente, y tres, anemia recurrente. Los principales factores de riesgo para recurrencia

Correspondencia de Autor: Av. Ejército Nacional No. 613-201, Col. Granada, Miguel Hidalgo, Ciudad de México. C. P. 11520. Teléfonos: (55) 5255-5855; 5255-5812. Correo electrónico: dr.degiau@yahoo.com (L. F. De Giau Triulzi)

fueron la presencia de sangre oculta en heces, así como el uso de antiagregantes o anticoagulantes.<sup>3</sup>

El segundo estudio, de Canadá, reporta el manejo de HTDOND en pacientes con erosiones de Cameron secundarias a hernia hiatal (HH), causadas por trauma mecánico de las crestas de los pliegues de la mucosa gástrica dentro del saco herniario diafragmático, una causa poco común de anemia crónica. El objetivo del estudio es determinar la terapéutica empleada y los factores asociados con el tratamiento quirúrgico. En el estudio retrospectivo, en todos los pacientes se realizó una panendoscopia y enteroscopia por cápsula; se estudiaron 46 pacientes y se siguieron por 37 meses. El 38% de los pacientes fueron tratados exitosamente con inhibidores de la bomba de protones y transfusiones ocasionales; el 22% no respondió al tratamiento médico y fueron sometidos a reparación laparoscópica de la HH. Con análisis de regresión logística, la única variable estadísticamente significativa para la cirugía fue la edad. Se concluyó que el tratamiento médico es una buena estrategia para el control de la anemia y en caso de no tener un buen resultado, la cirugía es una excelente opción terapéutica, ya que ningún paciente presentó recurrencia.<sup>4</sup>

En un estudio australiano se reporta la utilidad de la realización en un solo tiempo de una enteroscopia de mono balón en conjunto con la cápsula endoscópica (CE) comparándola con la CE sola, para el manejo de los pacientes con HTDOND evidente. Se incluyeron 40 pacientes con promedio de edad de  $66.4 \pm 2$  años, de los cuales 20 eran varones y 20 mujeres. Se realizó CE en 20 pacientes y enteroscopia anterógrada en 20, y se colocó la cápsula a través del sobretubo hasta el punto de máximo avance. Las características demográficas y de transfusiones fueron similares en ambos grupos; se tuvieron mayor número de estudios incompletos en el grupo de la cápsula sola (4 vs. 0). La eficacia diagnóstica fue similar en ambos grupos. En el grupo mixto se pudo realizar una intervención terapéutica en 11 casos (seis de coagulación por angiodisplasias, dos polipeptomías y tres tomas de biopsia de úlceras), y la proporción de transfusiones después de la intervención fue mayor en el grupo de cápsula en el periodo de seguimiento. La necesidad de nuevos estudios fue mayor en el grupo de cápsula en comparación con el mixto (17 vs. 4;  $p < 0.01$ ). Concluyen que el abordaje mixto es superior en cuanto a la tasa de diagnóstico y evolución clínica para los pacientes con HTDOND.<sup>5</sup>

En otro estudio, canadiense, se compara la utilidad de la enteroscopia de doble balón posterior a la CE. Se estudian en total 39 pacientes con edad media de 63 años, los cuales se sometieron a enteroscopia de doble balón (EDB) posterior a la CE. Ocho pacientes requirieron más de una EDB. El intervalo promedio para la realización del segundo estudio fue de 66 días (1-524). Se compararon los resultados de hallazgos positivos en CE (87%) vs. en EDB (41.3%), angiodisplasias (37 vs. 21.7%), úlceras (10.9 vs. 0%), lesiones con hemorragia (32.6 vs. 10%), masas (8.7 vs. 2.2%), puntos rojos (28.3 vs. 2.2%), Dieulafoy (4.3 vs. 8.7%) y várices (0 vs. 2.2%). La EDB permitió realizar terapéutica de las lesiones encontradas. Los autores concluyen que la tasa de detección de lesiones es similar, y que ambas técnicas detectan lesiones que la otra no detectó y son complementarias para el estudio de los pacientes con HTDOND.<sup>6</sup>

La evaluación de la HTDOND en el paciente anciano fue evaluada por un grupo japonés en el que reportan el estudio

de 470 pacientes divididos en cuatro grupos de acuerdo con la edad: (A) < 55 años, (B) 55-65 años, (C) 65-75 años y (D) > 75 años. Compararon sintomatología, tiempo de tránsito, medicación utilizada y comorbilidades. El uso de agentes antitrombóticos se incrementó significativamente con la edad ( $p < 0.001$ ), así como la presencia de ectasias vasculares o lesiones mucosas. Existe un incremento gradual del tiempo de tránsito intestinal con la edad.<sup>7</sup>

Las complicaciones asociadas con la realización de estudios médicos en este tema se asocian con la retención de la cápsula endoscópica. En un meta-análisis proveniente de Inglaterra, se analiza este tema debido a que el advenimiento de la enteroscopia por cápsula endoscópica se ha convertido en una herramienta fundamental para el estudio del intestino delgado. La retención de la CE, que se observa en aproximadamente el 1-2% de los pacientes estudiados por hemorragia, y hasta en el 13% de los pacientes con enfermedad inflamatoria intestinal (EII), continúa siendo la principal preocupación de los médicos y pacientes para la realización del estudio. Se evaluaron 78 estudios con 25,769 pacientes, con las siguientes indicaciones: Hemorragia evidente  $N = 3,738$  (14%); HTDOND  $N = 6,838$  (27%); EII  $N = 2,833$  (16%); dolor abdominal  $N = 1,479$  (5%); sospecha de tumor  $N = 1,086$  (4%); diarrea  $N = 303$  (1%) y otras causas  $N = 632$  (2%). Se reportó en total 451 retenciones de cápsula (1.8%). La causa más frecuente de retención fueron las estenosis de intestino delgado. Cuando la indicación de la CE es la HTDOND comparada con la EII, la causa de retención más frecuente son estenosis de ID con una tasa de retención similar.<sup>8</sup>

## Conclusiones

En la hemorragia de tubo digestivo de origen no determinado, el manejo multidisciplinario es fundamental y, dependiendo de la manifestación clínica, es el abordaje diagnóstico. Se requiere de estudios convencionales, como la panendoscopia y colonoscopia, sin evidencia de hemorragia o lesión demostrable para el diagnóstico de esta patología. El abordaje diagnóstico incluye imagen de intestino delgado, así como estudios endoscópicos avanzados, como la cápsula endoscópica y la realización de enteroscopia con fines terapéuticos, los cuales son complementarios. Es un padecimiento más frecuente en pacientes añosos con polifarmacia y toma principalmente de antiagregantes plaquetarios o anticoagulantes.

## Financiamiento

El autor no recibió financiamiento para elaborar este trabajo.

## Conflicto de intereses

El autor declara no tener ningún conflicto de intereses.

## Referencias

1. Woodward Z, Williams J, Sonnenberg A. Length of work-up in gastrointestinal bleeding. Sesión de carteles presentada en: DDW; 2016, mayo 12-22. San Diego, CA; Mo 1016.

2. Han S, Fahed J, AL-Azzawi Y, et al. A prospective validation of the suspected blood indicator in identifying gastrointestinal bleeding. Sesión de carteles presentada en: DDW; 2016, mayo 21-24. San Diego, CA; Su 1224.
3. Moon C, Shim K, Cheung D, et al. Diagnostic yield and long-term outcomes of capsule endoscopy in patients with unexplained iron-deficiency anemia: A capsule endoscopy nationwide database registry (CAPENTRY) study. Sesión de carteles presentada en: DDW; 2016, mayo 21-24. San Diego, CA; Mo1049.
4. Hill E, Galorport C, Enns R. GI Bleeding from Cameron erosions: A retrospective analysis of the long-term outcomes of patients with hiatus hernias, Cameron erosions, and iron deficiency anemia. Sesión de carteles presentada en: DDW; 2016, mayo 21-24. San Diego, CA; Mo 1074.
5. Nguyen N, Lim K, Burgess J, et al. A prospective randomised study on outcomes of a single-session combined balloon and capsule enteroscopies against capsule endoscopy alone in the management of obscure overt gastrointestinal (GI) bleeding. Sesión oral presentada en: DDW; 2016, mayo 21-24. San Diego, CA; 643.
6. Alomani T, Shimamura Y, Akram H, et al. Double-balloon enteroscopy following capsule endoscopy in the management of obscure gastrointestinal bleeding: Outcome of a combined approach. Sesión de carteles presentada en: DDW; 2016, mayo 21-24. San Diego, CA; Su 1220.
7. Ogawa M, Sawada R, Nishimura T, et al. Small intestine capsule endoscopy for the evaluation of obscure gastrointestinal bleeding in the elderly. Sesión de carteles presentada en: DDW; 2016, mayo 21-24. San Diego, CA; Su 1233.
8. Amadi C, Rezapour M, Gerson L. Video capsule endoscopy (VCE) retention rates: Systematic review and meta-analysis. Sesión oral presentada en: DDW; 2016, mayo 21-24. San Diego, CA; 645.