

## » Hemorragia oculta y hemorragia de origen oscuro

**Autores:** Sebastián Esteves; Nelson Condado

En primer lugar debemos diferenciar **Hemorragia de Origen Oscuro (HOO) y Hemorragia Oculta (HO)**, ya que las mismas constituyen entidades distintas con diferentes enfoques clínico-terapéuticos. Algunos autores incluyen la Hemorragia Oculta como un subtipo de Hemorragia de Origen Oscuro, con el objetivo de darle un enfoque práctico a este tema, nosotros proponemos diferenciar estas dos entidades.

### ■ Hemorragia Oculta

Se define como la presencia de **anemia ferropénica y/o SOMF (+)**, sin evidencia macroscópica de sangre en heces. (También se denomina **Hemorragia de Origen Oscuro Oculta**).

#### Generalidades

- Se produce como consecuencia de una pérdida que se estima **menor a 100-150 ml/día** (volúmenes mayores se evidenciarían mediante melena o hematoquezia).
- Su manifestación más frecuente constituye la detección de **SOMF (+)**.
- Cuando la compensación hematológica es insuficiente se evidencia una anemia ferropénica concomitante.
- La prevalencia de SOMF (+) en la población general varía de 2-16% (con tasas altas de falsos positivos).

#### Causas más frecuentes de Hemorragia Oculta

- **Esofagitis Erosiva** \*
- Gastritis Erosiva \*
- Úlcera Gástrica
- Cáncer Gástrico
- **Ectasias Vasculares** \*
- Pólipos Colorectales \*
- Cáncer Colorrectal \*
- Patología ano-orificial\*
- Otras (menos frecuentes): **EII, Tumores de I. Delgado, Enfermedad Celiaca, Divertículos, Dieulafoy.**

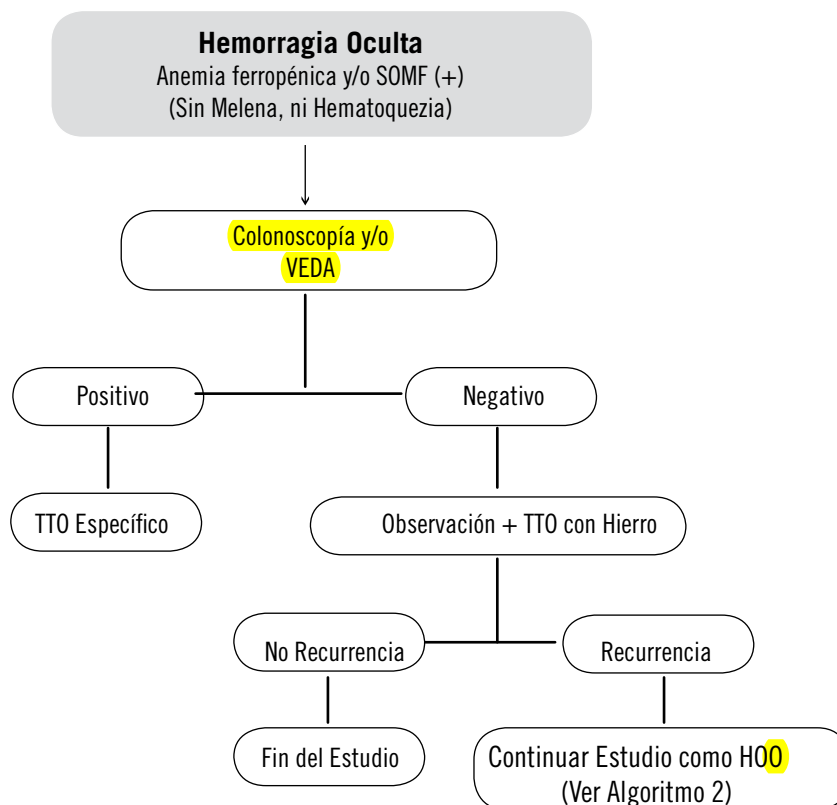
\* Más frecuentes

#### Enfoque Inicial

##### **Anamnesis dirigida y examen físico:**

- Signo-sintomatología concomitante nos ayuda a determinar qué prueba endoscópica debe realizarse en primer lugar.
  - Excluir consumo de fármacos potencialmente nocivos para la **mucosa gastrointestinal** (**AINES – Alendronato – Corticoides**, etc...).
  - Antecedentes **familiares** de **tumores** gastrointestinales, **EII**, etc...
- **Todo** paciente en el cual se detecte **SOMF (+) y/o anemia** debe ser estudiado por métodos endoscópicos. La elección del primer estudio a realizar depende de la signo-sintomatología y comorbilidades.
  - **En pacientes asintomáticos el primer estudio a realizar es la colonoscopia (pólipos, cáncer colorrectal, ectasias vasculares).**

- Por cuestiones prácticas (tiempo/costo/beneficio) y considerando no exponer en dos oportunidades al paciente a una sedación para endoscopia, en nuestro servicio recomendamos la realización de **VEDA y VCC al inicio del estudio**.
- Con este enfoque se realiza **diagnóstico en el 50 a 70%** de los pacientes con Hemorragia Oculta. La mayoría del **30 a 50% restante son autolimitadas** (no presentan persistencia ni recurrencia), por lo cual no se continúa el estudio.
- En caso de **persistencia o recurrencia** se estudiará como una Hemorragia de **Origen Oscuro** (ver cuadros 1 y 2)



## ■ Hemorragia de Origen Oscuro

Se define como el sangrado del tracto gastrointestinal que **persiste o recurre sin una etiología evidente** luego de la realización de una **endoscopia digestiva alta, colonoscopia y evaluación radiológica del intestino delgado (Tránsito de Intestino Delgado)**. La misma se pone en evidencia mediante la constatación de **melenas o hematoquezia**.

### Generalidades

- Representa el **5%** de las hemorragias digestivas.
- Constituye un verdadero desafío para el Gastroenterólogo, ya que en su enfoque **diagnóstico** se incluye el estudio de una **"zona endoscópicamente ciega"** con los métodos de estudio habituales.
- Habitualmente requiere de la realización de **múltiples pruebas diagnósticas**, necesidad de **transfusiones recurrentes**, internaciones prolongadas que conllevan a un alto índice de comorbilidades y gastos significativos para el sistema de salud.

- Actualmente, en países y centros con recursos, con el advenimiento de la **videoendocápsula** y la **enteroscopia doble balón**, se propone la denominación de **"hemorragia digestiva media"**. La utilidad de estos recursos técnicos permite un enfoque práctico y con alto rédito diagnóstico-terapéutico.

## **Etiología**

Las causas pueden subdividirse en tres grupos:

### a) **Lesiones del tracto GI alto y/o bajo que pasaron desapercibidas en el 1er estudio endoscópico:**

#### **Tracto GI Alto (por encima del Angulo de Treitz)**

- Erosiones de Cameron
- Várices de techo gástrico
- Úlcera Péptica
- **Angiectasias**
- Lesión de Dieulafoy
- **Ectasias Vasculares Antrales**

#### **Tracto GI Bajo (Colon-Recto y ano)**

- **Angiectasias**
- Pólipos
- Cáncer Colon y Recto
- Patología ano-orificial

### b) **Lesiones del Tracto GI Medio**

#### **Pacientes Menores de 40 años**

- Divertículo de Meckel (más frecuente en **< 25 años**)
- Lesión de **Dieulafoy**
- Tumores de **ID**
- **Enfermedad de Crohn**
- Enfermedad **Celiaca (complicaciones)**

#### **Pacientes entre 40 y 60 años**

- Tumores de I.Delgado (**Adenoca., T. neuroendocrinos, Linfoma**, etc...)
- **Angiodisplasias (menos frecuente)**
- Enfermedad Celiaca (complicaciones)
- **Úlceras de Intestino Delgado (AINES)**

#### **Pacientes Mayores de 60 años**

- **Angiectasias (más frecuente)**
- **Tumores de Intestino Delgado.**
- **Úlceras de Intestino Delgado (AINES)**

### c) **Causas poco comunes**

- Hemobilia - Fístula Aortoentérica - Hemosuccus Pancreaticus - **Infecciones Intestinales.**

## **■ Métodos diagnósticos disponibles para estudio de HOO**

### • **Gammagrafía (Scan Nuclear con Glóbulos Rojos Marcados Tc99)**

Se indica en pacientes con sangrados **presumiblemente activos, con requerimientos transfusionales diarios. Su utilidad en el estudio de las HOO es limitada.** Posee un rédito diagnóstico que varía entre 15 y 70%. **No ofrece certeza sobre el sitio** específico de sangrado en más de la mitad de los casos. Constituye un método seguro, no invasivo, y posee una **sensibilidad aprox. 60%** para el estudio de HOO. En pacientes con sangrados de **0,1 a 0,5 ml/min** la sensibilidad aumenta a valores cercanos al **90%**.

### • **Arteriografía (Angiografía Mesentérica)**

Al igual que la Gammagrafía se indica en pacientes con sangrado presumiblemente activo (**mayor a 0,5 ml/min**) y su utilidad en el estudio de las HOO es limitada. Su principal indicación es en pacientes con

sangrados masivos, con inestabilidad hemodinámica. Sus **ventajas** son su especificidad para detección del sitio de sangrado y la posibilidad de realizar intervenciones **terapéuticas**. Sus principales **desventajas** están relacionadas con su baja sensibilidad para el sangrado de bajo flujo y que es un método **invasivo**, con morbilidades asociadas al procedimiento.

#### • **Tránsito de ID. o TAC por Enteroclis**

El rol del tránsito de intestino delgado y la enteroclis en el estudio de la HOO a declinado en los últimos años con el advenimiento de la Capsula Endoscópica. Su **rérito diagnóstico** es **bajo (5 - 15%)**, sobre todo en pacientes con sospecha de **lesiones vasculares (causa frecuente de HOO)**.

Lo consideramos útil solo cuando el paciente además de sangrado evidente presenta **sospecha de EII o estenosis de intestino delgado**.

#### • **Cápsula endoscópica**

La HOO constituye la principal indicación de realización de Cápsula Endoscópica. Su aparición ha revolucionado el manejo de esta patología y se considera una exploración de **primera línea para el estudio de la HOO**. En la actualidad hay múltiples estudios prospectivos randomizados que demuestran su utilidad. El **rérito diagnóstico varía entre 45 y 76%**, su **Sensibilidad** es cercana al **90%** y la Especificidad al 95%. Constituye un método seguro, mínimamente invasivo, que permite visualizar casi la totalidad del intestino delgado. Ha demostrado ser costo-efectivo como herramienta diagnóstica y establece estrategias de manejo.

**Contraindicaciones: Obstrucción del tracto GI, Trastorno de la deglución, Gastroparesia, Marcapasos.**

#### • **Enteroscopia**

El estudio endoscópico del intestino delgado se puede realizar mediante: Enteroscopia por Pulsión, Enteroscopia Intraoperatoria, Enteroscopia Simple Balón, Enteroscopia Doble Balón.

En la **Enteroscopia Push** se introduce un **endoscopio** de mayor longitud a la habitual y se explora hasta **yeyuno proximal**. Aporta diagnóstico en aproximadamente **15%** de los pacientes con HOO y permite realización de técnicas **terapéuticas**. Su uso ha disminuido con la aparición del Enteroscopia Doble Balón.

**Enteroscopia Doble Balón.** Al igual que la Cápsula Endoscópica y en asociación con esta última, su aparición ha revolucionado el manejo de las HOO. Permite localizar y fundamentalmente **tratar lesiones** situadas en cualquier localización del **intestino delgado**. Solo permite **evaluar la totalidad** del colon en aproximadamente el **45% de los casos**. Su eficacia diagnóstica es del 67 al 80%.

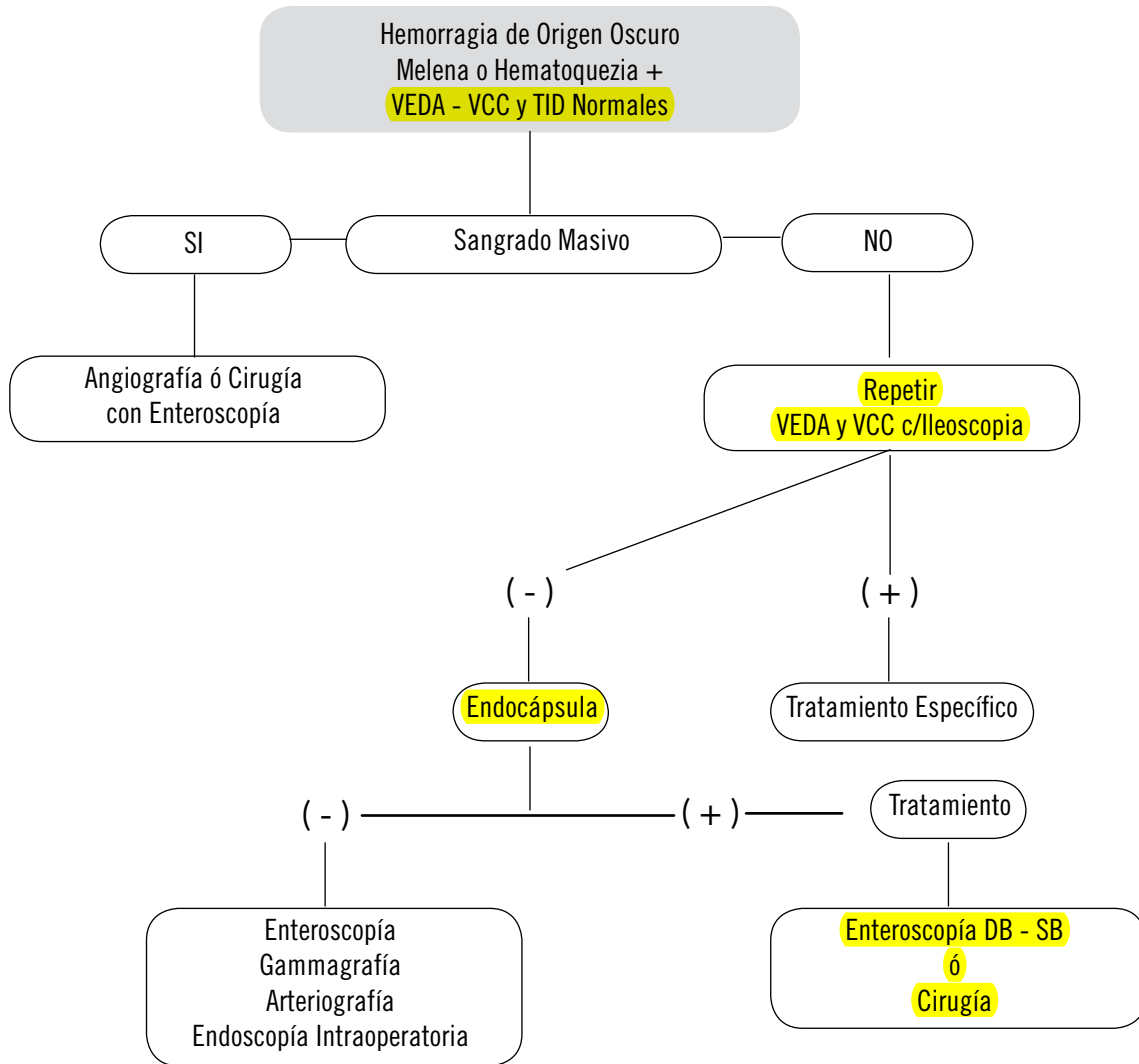
**Enteroscopia Intraoperatoria.** Constituía el patrón de oro en el estudio de las HOO (Eficacia Diagnóstica 70 a 100%). Su invasividad, alta morbimortalidad y la aparición de métodos no invasivos (cápsula endoscópica + enteroscopia) ha quedado en desuso. Constituye una **herramienta útil en centros sin recursos endoscópicos de alta complejidad**.

## ■ **Enfoque del paciente con HOO**

El mismo se detalla en el algoritmo expuesto a continuación. Tener en cuenta los siguientes puntos:

- Dada la variabilidad interobservador y el alto porcentaje de **"lesiones perdidas"** consideramos útil **re-endoscopia a los pacientes con HOO**. Idealmente se sugiere realizar **Enteroscopia por pulsión (con endoscopio de mayor longitud)** para exploración de **yeyuno proximal + colonoscopia con ileoscopia**.
- Si las anteriores son normales, debemos considerar el estado hemodinámico y estimar el ritmo de pérdida de sangre. En caso de **sangrados importantes, persistentes o con compromiso hemodinámico** se considera la utilización de **centellograma con GR-TC99 y/o Arteriografía**. En caso contrario se inicia con Endocápsula.

**Algoritmo de diagnóstico y manejo de HDOO**



**Bibliografía**

1. Don C. Jockey. Hemorragia digestiva. Sleisenger and Fordtrand. Enfermedades gastrointestinales y hepáticas. 7ª Edición. 2004. Capítulo 13. Página 226-268.
2. Obscure gastrointestinal bleeding. American Society For Gastrointestinal Endoscopy. Gastrointestinal Endoscopy. Vol. 58, Nº. 5, 2003.
3. Glenn M. Eisen, MD, MPH. Capsule endoscopy indications. American Society For Gastrointestinal Endoscopy. Gastrointestinal Endoscopy. Vol. 14, No. 1 July 2006.
4. González Conde B.; Estévez Prieto E.; Alonso Aguirre P. Hemorragia de Origen Oscuro. Endoscopia Digestiva Diagnóstica y Terapéutica. Primera Edición. 2008. Capítulo 43. Páginas 575-587.
5. American Gastroenterological Association (AGA) Institute Technical. Review on Obscure Gastrointestinal Bleeding. Gastroenterology Vol. 133:1697-1717. June 2007.