



Fig. 1. Izquierda: vaso visible en el fondo del divertículo. Derecha: terapéutica con inyección de adrenalina.

en nuestro medio². En aquellos casos en los que la pérdida inicial de sangre es importante o su curso se hace persistente se recomienda una actuación diagnóstica y terapéutica agresiva³. En la actualidad, la colonoscopia precoz se considera la prueba inicial de elección, no sólo por su rentabilidad diagnóstica, sino también por ofrecer la posibilidad de una terapéutica adecuada^{1,2,4}. Dentro de las distintas causas de hemorragia digestiva baja grave, la enfermedad diverticular del colon es responsable de una gran proporción de casos. Podemos considerar que un divertículo es el origen cierto de la hemorragia cuando encontramos en el curso de la colonoscopia la presencia de hemorragia activa, un vaso visible no sangrante o un coágulo reciente adherido en el seno de un divertículo⁵.

Presentamos el caso de una paciente de 80 años de edad, que ingresó por hematoquecia de origen diverticular, tratada satisfactoriamente mediante terapéutica endoscópica. Entre sus antecedentes destacaban la ingestión de antiinflamatorios no esteroideos a causa de un dolor osteoarticular y una intervención quirúrgica hace 12 años por perforación de enfermedad diverticular de colon. Tras la reposición de la volemia con sueroterapia, se descartó inicialmente el origen alto de la hemorragia mediante endoscopia digestiva alta. Posteriormente, se procedió a lavado colónico mediante solución de Fosfoda[®] para la realización de una colonoscopia. El estudio endoscópico reveló a 15 cm del margen anal, en las inmediaciones de la anastomosis quirúrgica, un divertículo de mediano tamaño con un vaso visible no sangrante prominente en su fondo. Se realizó terapéutica endoscópica con inyección de 6 ml de adrenalina diluida al 1:10.000, con resultado satisfactorio y sin complicaciones (fig. 1). En el resto de la exploración hasta el ciego no se visualizó ninguna otra lesión potencialmente sangrante. Tras el tratamiento endoscópico la enferma permaneció asintomática, limitándose la hemorragia y sin requerimientos transfusionales.

Dentro de las distintas terapéuticas endoscópicas utilizadas para cohibir la hemorragia procedente de un divertículo, en esta enferma se optó por la inyección de adrenalina sobre el vaso visible. Diversos autores han demostrado que es un tratamiento hemostático técnicamente fácil, seguro y eficaz²⁻⁷. Algunos de ellos recomiendan este procedimiento especialmente en el caso de hemorragia activa^{5,6}. La inyección de adrenalina diluida en el cuello del divertículo por donde discurre la arteria nutricia, con retirada lenta de la aguja de inyección, pretende formar un habón perivascular que, tanto por el efecto vasoconstrictor del fármaco como por su acumulación submucosa, favorezca la oclusión del vaso y el control de la hemorragia⁷. La termocoagulación con sonda de calor también ha demostrado ser eficaz en el control de la hemorragia activa diverticular⁸. Para los pacientes en los que se evidencia la existencia de un vaso visible no sangrante, hay autores que consideran la electrocoagulación bipolar como el método más idóneo^{8,9}, ofreciendo también buenos resultados. Con la intención de disminuir la posible lesión tisular excesiva provocada por la cauterización y la inyección, que podría originar perforación o resangrado, se ha propuesto la colocación de clips hemostáticos sobre el vaso responsable de la hemorragia¹⁰. Aunque no hay estudios que demuestren la superioridad de una u otra técnica en cuanto a su eficacia y menor tasa de complicaciones, creemos que la aplicación de procedimientos térmicos sobre la delgada pared del divertículo podría estar gravada con un mayor riesgo de perforación; la colocación de hemoclips, aunque parece un procedimiento seguro, es técnicamente más difícil y podría comportar el riesgo de recidiva hemorrágica por la movilización del clip. Ya que una de las causas de resangrado referidas cuando se ha utilizado este procedimiento ha sido la liberación precoz tras la colocación del clip¹¹, es posible



TERAPÉUTICA ENDOSCÓPICA CON INYECCIÓN DE ADRENALINA EN LA HEMORRAGIA POR ENFERMEDAD DIVERTICULAR DE COLON

Sr. Director: Se considera hemorragia digestiva baja aguda grave aquella que requiere hospitalización y está caracterizada por inestabilidad hemodinámica, anemia o necesidad de transfusión sanguínea¹. Supone alrededor del 20% de todas las hemorragias digestivas bajas ingresadas

que la acción mecánica del roce al paso del material fecal pudiera favorecer su desprendimiento. Por ello, a la espera de los resultados de más estudios prospectivos que analicen la eficacia y la seguridad de los distintos procedimientos, creemos que el método de inyección como terapéutica endoscópica hemostática debe ser considerado de primera elección en la hemorragia digestiva baja por divertículos de colon.

M.D. SÁNCHEZ-TEMBLEQUE, A. GONZÁLEZ,
S. DE LAS HERAS, A. NARANJO y G. MIÑO
Unidad Clínica de Aparato Digestivo.
Hospital Universitario Reina Sofía. Córdoba. España.

BIBLIOGRAFÍA

1. Zuccaro G. Management of the adult patient with acute lower gastrointestinal bleeding. *Am J Gastroenterol* 1998;93:1202-8.
2. García Sánchez MV, González Galilea A, López Vallejos P, Gálvez Calderón G, Naranjo Rodríguez A, De Dios Vega J, et al. Rendimiento de la colonoscopia precoz en la hemorragia digestiva baja aguda grave. *Gastroenterol Hepatol* 2001;24:327-32.
3. Jensen DM. Current management of severe lower gastrointestinal bleeding. *Gastrointest Endosc* 1995;41:171-3.
4. American Society for Gastrointestinal Endoscopy. The role of endoscopy in the patient with lower gastrointestinal bleeding. *Gastrointest Endosc* 1998;48:685-8.
5. Jensen DM, Machicado GA, Jutabha R, Kovacs TOG. Urgent colonoscopy for the diagnosis and treatment of severe diverticular hemorrhage. *N Engl J Med* 2000;342:78-82.
6. Ramírez FC, Johnson DA, Zierer ST, Walker GJ, Sanowsky RA. Successful endoscopic hemostasis of bleeding colonic diverticula with epinephrine injection. *Gastrointest Endosc* 1996;43:167-70.
7. Prakash C, Chokshi H, Walden DT, Aliperti G. Endoscopic hemostasis in acute diverticular bleeding. *Endoscopy* 1999;31:460-3.
8. Johnson J, Sones J. Endoscopic heater probe coagulation of the bleeding colonic diverticulum [resumen]. *Gastrointest Endosc* 1986;31:160.
9. Savides TJ, Jensen DM. Colonoscopic hemostasis for recurrent diverticular hemorrhage associated with a visible vessel: a report of three cases. *Gastrointest Endosc* 1994;40:70-3.
10. Hokama A, Uehara T, Nakayoshi T, Uezu Y, Tokuyama K, Kinjo F, et al. Utility of endoscopic hemoclippping for colonic diverticular bleeding. *Am J Gastroenterol* 1997;92:543-4.
11. Binmoeller KF, Thonke F, Soehendra N. Endoscopic hemoclip treatment for gastrointestinal bleeding. *Endoscopy* 1993;25:167-70.