



Hemorragia digestiva baja

RODRIGO MORGADO
Centro de Salud Los Rosales
Alcántara de Arriba.

A tener en cuenta...

La inspección anal y eventualmente la anuscopia practicadas en Atención Primaria, pueden ahorrar un número importante de colonoscopias al identificar con esta exploración sencilla la causa del sangrado en una hemorroide o fisura, lesiones que originan la mayoría de casos de hemorragia leve y el 11% de las moderadas.

La impresión del paciente o del médico de la cantidad de sangre roja observada no es un buen indicador de la gravedad de la hemorragia. La gravedad debe siempre evaluarse en función de la repercusión hemodinámica o de los datos de hematocrito y/o hemoglobina.

Definición

Emisión de sangre por el ano proveniente de cualquier lugar del intestino por debajo del ángulo de Treitz en el yeyuno proximal.

Manifestaciones clínicas

Melena: Emisión de heces de color negro azabache, brillantes, pegajosas y con un olor característico

Hematoquecia: Emisión de sangre rojo-vinosa, generalmente sin heces acompañantes

Rectorragia: Emisión de sangre roja rutilante, aisladamente o mezclada con la deposición.

Pruebas básicas para el diagnóstico

Rectoscopia: Indicada cuando la hemorragia se ha manifestado con rectorragia y hay sospecha fuerte de que la causa es de origen anorectal (asociada a dolor o prurito anal o la sangre sólo se aprecia en el papel higiénico).

Colonoscopia: Es la prueba de elección en caso de rectorragia sin sospecha de enfermedad anorectal, o en caso de hematoquecia o melena. En este último caso, debe indicarse cuando una fibrogastroscopia previa haya sido negativa.

Otras pruebas diagnósticas de uso sólo en el hospital

Gammagrafía con hematíes marcados (detectar el punto de sangrado)

Arteriografía selectiva (detectar el punto de sangrado o diagnosticar angiodisplasia)

Cápsula endoscópica (explora sólo el intestino delgado)

Tránsito intestinal (útil sólo para detectar tumores o divertículos)

Gammagrafía con pertecnetato de Tc⁹⁹ (para diagnosticar divertículo de Meckel)

Cuándo tratar en Atención Primaria y cuándo derivar al hospital

Melena y hematoquecia: derivar a Urgencias hospitalarias

Rectorragia grave (cuando se asocia a alteraciones hemodinámicas: PA < 100 mmHg y/o Fc > 90 lpm): derivar a Urgencias hospitalarias

Rectorragia leve (sin trastorno hemodinámico). Diagnóstico desde Atención Primaria

Principales causas de hemorragia digestiva baja en AP por orden de frecuencia

Pacientes menores de 30 años

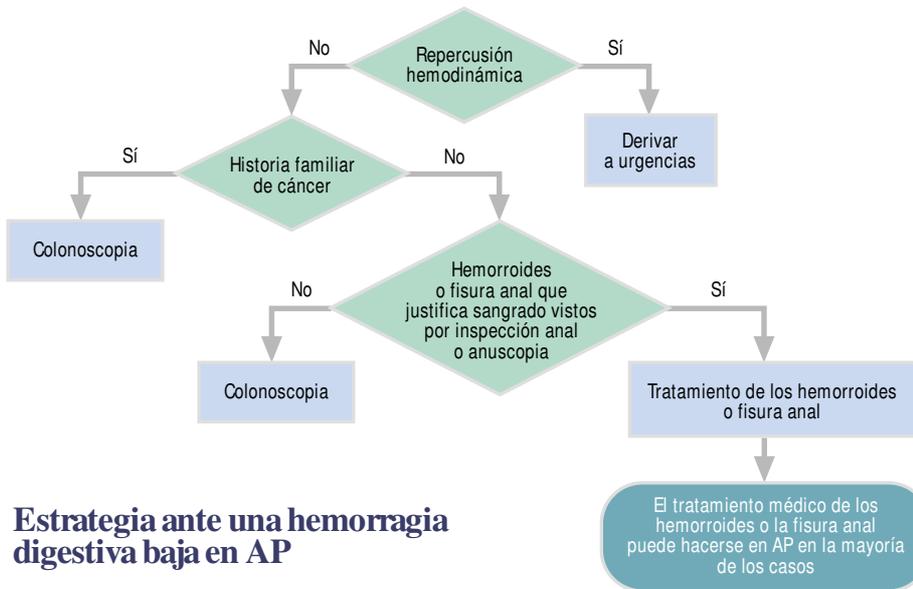
Hemorroides y/o fisura
Divertículo de Meckel
Enfermedad inflamatoria intestinal

Pacientes menores de 50 años

Hemorroides y/o fisura anal
Divertículos
Enfermedad inflamatoria intestinal

Pacientes mayores de 50 años

Hemorroides y/o fisura anal
Divertículos
Angiodisplasia
Pólipos y tumores
Colitis isquémica



Estrategia ante una hemorragia digestiva baja en AP

Tratamiento de las hemorroides

Medidas higiénico-dietéticas

El tratamiento con fibra dirigido a aumentar y reblandecer el bolo fecal disminuye el prolapso y el sangrado de los hemorroides.

La ingesta de líquidos, la higiene local, la actividad física diaria, la dieta exenta de picantes y alcohol y evitar el sedentarismo son medidas higiénico-dietéticas que contribuyen a mejorar los hemorroides.

Tratamiento farmacológico

Los preparados tópicos con cortisona y/o anestésicos pueden aliviar la sintomatología de los hemorroides en una fase inicial pero no debe prolongarse su uso más allá de una semana si persiste la sintomatología.

La Diosmina puede disminuir el tiempo de duración del sangrado en los episodios agudos de hemorroides.

Tratamiento quirúrgico

El tratamiento más eficaz para los hemorroides es la cirugía. Esta debe indicarse cuando la sintomatología de dolor o sangrado es persistente o se ha producido fenómenos de trombosis.

La mucosectomía circunferencial y la hemorroidectomía son las técnicas más eficaces. En las hemorroides internas de grado I-III, son útiles las técnicas de cirugía menor como ligadura con bandas o fotocoagulación.

Tratamiento de la trombosis hemorroidal aguda

La trombosis aguda de los hemorroides es una urgencia que se manifiesta con dolor agudo muy intenso y que requiere extracción del trombo sin demora.

Tratamiento de la fisura anal

Las medidas higiénico-dietéticas y la fibra vegetal pueden aliviar los síntomas y prevenir recurrencias de la fisura anal, pero, en general, hay que recurrir a tratamientos específicos. La toxina botulínica y los nitratos tópicos son útiles para tratar fisuras anales, pero su uso para esta indicación no está todavía registrado en nuestro país.

Toxina botulínica:

Concentración: 2,5 U/0.1 ml

Inyecciones: entre 5 y 20 U distribuidas en los márgenes de la fisura

Nitroglicerina:

Fórmula magistral: nitroglicerina 0,2%, excipiente graso, csp 20 g

La colonoscopia debe indicarse previa preparación con soluciones del tipo del polietilenglicol. Esta limpieza previa facilita la identificación de lesiones y no tiene ninguna contraindicación en el paciente sangrante, aunque debe administrarse con precaución en pacientes con insuficiencia cardíaca o renal.

La cápsula endoscópica sólo sirve para identificar lesiones sangrantes a nivel del intestino delgado.

En la enfermedad inflamatoria intestinal, la sangre casi siempre se exterioriza en forma de diarrea sanguinolenta o pujos de sangre y moco.

Bibliografía recomendada

Pfenninger JL, Zainea GG. Common anorectal conditions: Part I. Symptoms and complaints. *Am Fam Physician* 2001;63:2391-8.

Helfand M, Marton KI, Zimmer-Gembeck MJ, Sox HC Jr. History of visible rectal bleeding in a primary care population. Initial assessment and 10-year follow-up. *JAMA* 1997;277:44-8.

Minguez M, Herreros B, Benages A. Chronic Anal Fissure. *Curr Treat Options Gastroenterol*. 2003;6:257-262.