

# Hemorragia digestiva baja

Prof. Dr. Gustavo Machaín Vega\*, Baldovino Antonio Martínez García\*\*, Enrique Medina Bello\*\*, Gabriel Esteban Medve Baudo\*\*, Rodolfo Mereles Adorno\*\*

\*Profesor Jefe de Cátedra y Servicio- de la II Cátedra de Clínica Quirúrgica.  
Jefe de Cátedra de Técnica Quirúrgica. \*\*Estudiantes de Medicina.  
Facultad de Ciencias Médicas. Universidad Nacional de Asunción. Paraguay.

**Resumen:** La hemorragia digestiva baja se define como hemorragia del aparato digestivo distal al ángulo de Treitz.

Se puede presentar en forma aguda o crónica y obedece a múltiples causas.

En el presente artículo se realiza una puesta al día del tema y se presentan los resultados del trabajo de investigación descriptivo, retrospectivo, de corte transversal realizado de los pacientes internados en el año 2010 que ingresaron al Servicio de Urgencias del Hospital de Clínicas con diagnóstico de hemorragia digestiva baja.

**Palabras clave:** hemorragia digestiva, divertículos, colonoscopia

**Abstract:** Lower gastrointestinal bleeding is defined as gastrointestinal bleeding distal to Treitz.

It can occur in acute or chronic form due to multiple causes.

In this article we perform an update of the topic and present the results of the work of descriptive research, retrospective, cross-sectional, conducted in patients interned in 2010 admitted to the Emergency Service in Hospital de Clínicas with diagnosis of lower gastrointestinal bleeding.

**Keywords:** gastrointestinal bleeding, diverticular disease, colonoscopy

## Introducción

Se reconoce como **hemorragia digestiva baja** (HDB) a la hemorragia que tiene su origen en el tracto digestivo distal al ángulo de Treitz.

La entidad se manifiesta en forma de **hematoquecia**, aunque en ocasiones puede hacerlo en forma de **melenas**.

La HDB representa aproximadamente el 20–25% de todas las hemorragias digestivas y su incidencia anual se estima en aproximadamente 20 casos por 100.000 habitantes. Sin embargo, esta complicación se presenta fundamentalmente en pacientes de edad avanzada y el envejecimiento progresivo de la población la está convirtiendo en un motivo de ingreso hospitalario cada vez más frecuente.

La HDB constituye una causa importante de ingreso a la Sala de Emergencias de cualquier centro médico. Su evolución espontánea supone la detención del sangrado en una proporción importante de pacientes.

La modalidad **masiva** del sangrado, sin embargo, reconoce causas un tanto diferentes y una norma evolutiva diferente. La **angiodisplasia y la diverticulosis del colon** son las causas generalmente evocadas.<sup>(1-10)</sup>

La mayoría de las series quirúrgicas publicadas son pequeñas, poco comparables en cuanto a la etiología del sangrado.

La elección del procedimiento quirúrgico está influenciada significativamente por el estudio preoperatorio de localiza-

ción, el cual es muy variable en las distintas experiencias y dependiente de la disponibilidad del método.

Entre los **motivos de consulta** más frecuentes en patologías del tracto digestivo encontramos:

- **sangre en las evacuaciones,**
- **cambios en los hábitos intestinales,**
- **dolor abdominal severo,**
- **pérdida de peso** no intencional y
- **acidez** que no mejora con antiácidos.

La hemorragia digestiva baja se puede presentar en una variedad de patologías entre las que encontramos a las **neoplasias**. La patología oncológica del tubo digestivo ocupa uno de los primeros lugares en el mundo, estando nuestro país no exento del mismo.

Uno de los problemas que acarrear las hemorragias digestivas es la **pérdida crónica de sangre**. En Paraguay, la anemia constituye un problema de Salud Pública, ya que en muchos casos se presenta desde edades tempranas. Mientras no se trate la causa de fondo de la hemorragia digestiva, el organismo no podrá compensar la pérdida de sangre.

En la literatura se sostiene que la mayoría de las HDB requieren de manejo médico, aunque existe entre un 10 y 15% que necesitarán de un tratamiento quirúrgico y en este caso la morbilidad y mortalidad pueden alcanzar niveles importantes.

El objetivo del presente trabajo es determinar cómo se procede a la valoración inicial y manejo del paciente que

acude a la urgencia con síntomas que orientan al diagnóstico de **hemorragia digestiva baja**.

## Hemorragia digestiva baja

### Definición

Hemorragia digestiva baja (HDB) es la pérdida de sangre originada distalmente al ligamento de Treitz<sup>(2)</sup>.

Corresponde distinguir dos cuadros diferentes:

- **HDB Aguda:** Con **compromiso hemodinámico** significativo, que requiere estabilización de emergencia, el uso urgente de exámenes diagnósticos y algún tipo de intervención terapéutica para detenerla.
- **HDB Crónica:** Asociada a **anemia persistente** o pérdida de sangre roja por el recto (rectorragia) sin anemia o compromiso hemodinámico.

### Causas

Las causas de hemorragia digestiva baja (*Ver Tabla 1*), son muy variadas y algunas son más frecuentes en determinados grupos de pacientes, según edad, etnia, antecedentes, etc. Son diferentes los sangrados de tipo **venoso de los arteriales**.

El sangrado **diverticular** es **arterial, indoloro, cesa espontáneamente** en la mayoría de los casos, puede ser originado en divertículos de sigmoides y descendente, y también en aquellos proximales en el colon derecho.

El asiento yeyuno-ileal constituye menos del 10% de los casos de HDB, generalmente son leves o moderadas, casi nunca masivas.

El asiento **yeyunal** suele ser evocado luego de exploraciones endoscópicas negativas –endoscopia alta y baja – situación denominada “*hemorragia gastrointestinal de causa incierta*”; esta suele ser recurrente, propia de pacientes añosos, planteando la necesidad de realizar estudios radiológicos, isotópicos e incluso yeyunoscopias intra-operatorias para poder determinar con certeza el sitio del sangrado.

Recientemente se ha considerado al uso de antiinflamatorios no esteroideos (AINEs) como causa importante en la génesis del sangrado diverticular.

Las **angioectasias y angiodisplasias**, son causa frecuente de sangrado en pacientes añosos, portadores de hipertensión arterial, nefropatías o valvulopatías, que comprometen mayoritariamente el área cecal y cecoascendente.

Las **neoplasias colónicas**, adenomas voluminosos o adenocarcinomas, pueden presentarse con sangrado agudo o crónico, asociado a cambio de hábito intestinal, dolor abdominal u otros síntomas como compromiso del estado general, baja de peso y presencia de mucosidad en la deposición. Las neoplasias en etapas precoces pueden ser asintomáticas.

Las **lesiones isquémicas** en el colon y ocasionalmente en el intestino delgado, pueden presentar durante su evolución sangrado asociado a dolor abdominal. Ocurren

**Tabla 1. Causas de HDB con compromiso hemodinámico. Máxima frecuencia reportada**

Divertículos sangrantes	40 %
Ectasias vasculares ( <i>angiodisplasias</i> )	30 %
Colitis y proctopatía	21 %
Neoplasias de colon	14 %
Causas anorectales	10 %
De origen alto	11 %
Intestino delgado	9 %

en pacientes añosos, aterosclerosos, asociado al uso de fármacos (estrógenos), valvulopatías, pacientes debilitados, como manifestación de síndrome paraneoplásico o condiciones asociadas a trombofilia. Se pueden asociar a cirugías complejas, especialmente aquellas sobre grandes vasos (aneurismas) o con circulación extracorpórea (condiciones que se presentan habitualmente en la estadía de los pacientes en unidades de cuidados intensivos).

Como ya se mencionó, el **uso de AINEs** puede provocar lesiones ulceradas, erosiones, estenosis y sangrado tanto en el tubo digestivo superior como inferior.

La hemorragia puede ser consecuencia de terapia endoscópica (polipectomías), secundarias a radiación por neoplasias cervicouterina, prostática, rectal o vesical, produciéndose también en pacientes tratados con radioterapia por lesiones actínicas en el intestino expuesto al área de radiación (delgado, grueso o rectal).

Las **colitis inflamatorias**, ya sea por cuadros infecciosos (amebiasis, citomegalovirus, tuberculosis, *Yersinia enterocolitica*, *Campylobacter jejuni*, fiebre tifoidea o colitis asociada a uso de antibióticos, etc.) o enfermedad inflamatoria intestinal idiopática (EII) como la enfermedad de Crohn o colitis ulcerosa, pueden presentarse con pérdida de sangre fresca por recto. El paciente refiere síntomas de diarrea y tenesmo rectal y otros síntomas sistémicos que aparecen más relevantes que el sangrado rectal.

Las **vasculitis**, tales como la Panarteritis nodosa, el Lupus y el Schurg Strauss pueden significar compromiso de vaso pequeño o mediano, produciendo en forma secundaria sangrado. El divertículo de Meckel y los pólipos juveniles junto con enfermedades inflamatorias intestinales idiopáticas o secundarias a la alergia de la leche de vaca, pueden ser considerados en lactantes y en casos pediátricos.

La **patología orificial** puede ser causa frecuente de rectorragia (rojo rutilante) en el momento de la evacuación. Suele ser evidente al papel y en el excusado. La deposición podría ser de aspecto normal. El examen proctológico en el consultorio puede ser diagnóstico. Con ocasión de un sangrado de origen orificial ante un paciente motivado, se considera oportuno ofrecer un estudio diagnóstico que puede a la vez ser preventivo de neoplasias.

En alrededor de un 11% de los pacientes con hematoquecia, según diferentes series, la fuente del sangrado se encontraba en el tubo digestivo superior, especialmente si el paciente presentaba compromiso hemodinámico. La velocidad y cuantía del sangrado alto hace aparecer como hematoquecia, con aumento de la uremia o hiperbilirrubinemia<sup>(3)</sup>.

Una **sonda nasogástrica** (SNG) puede ser de utilidad, la obtención de líquido bilioso claro suele descartar un sangrado activo alto. Un sangrado distal al píloro puede aún no ser evidente a la SNG. En el caso de obtener sangre o coágulos con la SNG o persistencia razonable de la duda, se practicará un estudio endoscópico alto, el cual en general, no representa un riesgo mayor o un costo elevado.

No se debe considerar en ningún caso los estudios contrastados con bario en estos pacientes, ya que invalidan otros estudios diagnósticos de importancia como angiografía y endoscopia<sup>(4)</sup>.

### Manejo inicial de la HDB

El manejo del paciente portador de hemorragia digestiva baja varía de acuerdo con las siguientes condiciones:

#### A. Pacientes estables o con sangrado crónico

Estudio diagnóstico electivo de acuerdo al siguiente esquema:

- Historia, examen físico y exámenes de laboratorio ya descritos.
- Panendoscopia
- Colonoscopia con ileoscopia retrógrada.
- Radiología de doble contraste de intestino delgado y grueso.
- Yeyunoscopia proximal con colonoscopio por vía oral.
- Cintigrafía
- Angiografía
- Enteroscopia
- Endoscopia intraoperatoria

#### B. Pacientes hemodinámicamente inestables o con sangrado masivo

Deben estudiarse hospitalizados, idealmente en UCI durante la fase de estabilización hemodinámica:

- I) **Colonoscopia de urgencia:** debe intentarse aun sin preparación, aunque a veces resulta impracticable.
- II) Si el sangrado se ha detenido: **colonoscopia con preparación adecuada.**
- III) Si la hemorragia persiste, luego de colonoscopia de urgencia, se realiza **estudio cintigráfico**. Si el estudio cintigráfico es positivo, se deberá elegir de acuerdo a la condición del paciente, entre **angiografía, colonoscopia de emergencia** o, en casos extremos, la **cirugía dirigida**.

IV) **Infusión de vasopresina.** Detiene la hemorragia en un alto porcentaje de casos. Aunque su efecto transitorio, permite completar el estudio. Se usa por vía arterial (después de la angiografía) o endovenosa. En estos casos, la dosis habitual es de 0,4 U/min, y luego se reduce progresivamente. Usar bajo monitorización electrocardiográfica y vigilancia hemodinámica. El efecto deletéreo cardíaco puede prevenirse con el uso de nitroglicerina. Su efecto sobre la musculatura intestinal, provocando evacuación del remanente de sangre en el colon puede interpretarse erróneamente como persistencia o acentuación de la hemorragia. Se ha utilizado también **octeotride** y **glipresina** en infusión continua, con buenos resultados y sin los efectos colaterales de la vasopresina.

V) **Arteriografía y embolización selectiva.** Procedimiento de excepción en la mayoría de nuestros hospitales, debido a costos y a la falta de personal entrenado en el método y además no exento de riesgos.

### Rol de la cirugía

El estudio endoscópico de urgencia no logra establecer la causa en la mayoría de los casos, por las limitaciones visuales del estudio del colon no preparado y efectuado en plena hemorragia o por tratarse de un sangrado proveniente de otro órgano.

El tratamiento quirúrgico sigue siendo el principal recurso empleado ante una **HDB masiva**; este requiere de una orientación precisa, de suerte a evitar las resecciones viscerales a ciegas que no logran resolver el problema. La diverticulosis yeyunal como causa de HDB plantea una dificultad particular, vista la imposibilidad de acceso con los procedimientos convencionales de endoscopia digestiva<sup>(5)</sup>.

La cirugía es la solución ante casos certeros como neoplasias demostradas, hemorragia diverticular que no se ha logrado cohibir con terapia local o uso de sustancias vasoactivas, angiодисplasias, etc.

Excepcionalmente, puede ser útil el estudio con **transiluminación de las asas** de intestino delgado o bien **el estudio combinado endoscópico-quirúrgico con transiluminación**. En agudo, se prefiere las resecciones económicas con diagnóstico preciso, a la cirugía "a ciegas" de colectomía total o parcial (derecha para angiодисplasias por ejemplo). Las cirugías amplias se reservan para casos seleccionados<sup>(6)</sup>.

A los pacientes con HDB crónica o estudio de anemia, se les sugiere un estudio colonoscópico completo con intestino preparado, electivo y una terapia según el resultado.

La cirugía es el único tratamiento definitivo de algunas causas de HDB. En raras ocasiones, en que el estudio completo es negativo, puede ser un recurso diagnóstico.

Siempre es preferible la **cirugía electiva**, con preparación de colon, estabilidad hemodinámica y conocimiento del sitio de origen del sangrado<sup>(7)</sup>.

En el adulto y especialmente en el mayor de 50 años, las causas más frecuentes de sangrado agudo y masivo que pueden requerir cirugía son:

- **Diverticulosis colónica:** en este caso la perfusión de vasopresina por vía arterial consigue detener la hemorragia de origen diverticular en el 90% de los casos. El tratamiento quirúrgico debe reservarse para los pacientes con hemorragia persistente o con una alta tasa de recidivas en los que ha fallado el tratamiento angiográfico.
- **Angiodisplasias:** la hemorragia por angiодисplasia suele ser intermitente y, debido a la frecuencia de lesiones difusas, puede producirse en distintas localizaciones del tubo digestivo. Por el mismo motivo, tras una hemicolectomía derecha indicada por hemorragia debida a angiодисplasia de ciego o colon derecho, puede aparecer recidiva hemorrágica por idénticas lesiones en otros puntos del tubo digestivo en un porcentaje que oscila entre el 5 y el 40% según las distintas series. Ello condiciona la actitud quirúrgica y hace aconsejable la resección de un segmento intestinal sólo en pacientes con hemorragias incoercibles, o con una elevada tasa de recidivas tras haber fallado las medidas conservadoras: la **fotocoagulación** o la **electrocoagulación transendoscópicas**, cuando las lesiones se han podido identificar por endoscopia, o la **embolización arterial** cuando se ha utilizado la angiografía para el diagnóstico.
- **Patología Grave:** combinada de ambos hemicolon (angiодисplasia y enfermedad diverticular grave de colon izquierdo).

- **Pólipos intestinales:** si mediante la colonoscopia se extirpa un adenoma cuyo examen histológico revela carcinoma (focos de carcinoma limitados a la mucosa, sin penetración de la muscularis mucosae), puede considerarse suficiente la escisión endoscópica, y la única precaución que debe tenerse es efectuar colonoscopías periódicas de control. Por el contrario, cuando la histología demuestra un carcinoma invasivo (afectación de la submucosa), debe procederse a la posterior resección quirúrgica con colectomía segmentaria. Algunos autores consideran que si el carcinoma invasivo está localizado en la cabeza del pólipo, el pedículo ha sido totalmente incluido en la resección, sin que exista evidencia de carcinoma en él, y el tumor no es muy indiferenciado, el tratamiento endoscópico puede considerarse suficiente.
- **Tumores colónicos:** en el caso de los tumores colónicos, el tratamiento es habitualmente quirúrgico si bien muchos adenomas colónicos sangrantes pueden researse mediante asa de diatermia en la colonoscopia.
- **Fiebre Tifoidea complicada.** Su tratamiento debe ser conservador, pero hay ocasiones en que la hemorragia es masiva o persistente, lo que obliga a una resección parcial.
- **Hemorroides.** Cuando la hemorragia por hemorroides es importante o recurrente, debe practicarse tratamiento quirúrgico.
- **Divertículo de Meckel.** Responsable del 2% de las HDB según Ortiz Villalba y Martín Méndez. El tratamiento consiste en la resección quirúrgica, lográndose resultados favorables en la mayoría de los casos<sup>(8)</sup>.

## Estudio Clínico - HDB en el Servicio de Urgencias del Hospital de Clínicas de Asunción

### Objetivos del estudio

- Analizar la forma de manejo inicial de los pacientes con diagnóstico presuntivo de Hemorragia Digestiva Baja (HDB) que acudieron al servicio de Urgencias del Hospital de Clínicas de Asunción.
- Determinar la frecuencia de presentación de la HDB con respecto al total de pacientes que acudieron a dicho Servicio.
- Establecer sexo y rango etario de presentación más frecuente.
- Dividir a los casos hallados, según parámetros clínicos, en aquellos con compromiso hemodinámico (hemorragia masiva) y aquellos hemodinámicamente estables.
- Identificar cuáles fueron las causas que determinaron la HDB en estos pacientes.

### Metodología

**Diseño del trabajo: Observacional descriptivo, retrospectivo, corte transverso.**

**Sujetos en estudio:**

- **Universo:** Pacientes internados de ambos sexos durante el periodo de enero a diciembre de 2010, en el Servicio de Urgencias del Hospital de Clínicas.
- **Población accesible:** Pacientes internados cuyos datos se encuentren en fichas de la sección archivo del Servicio de Urgencias del Hospital de Clínicas en el periodo de tiempo comprendido de enero a diciembre de 2010.
- **Población enfocada:** Pacientes internados por Hemorragia Digestiva durante el periodo enero-diciembre 2010, cuyo diagnóstico presuntivo sea el

de HDB y cuyas fichas se hallan en la sección Archivo del Servicio de Urgencias del Hospital de Clínicas.

### Criterios de Inclusión

Pacientes de ambos sexos, sin límite de edad, con historias clínicas en donde figure como diagnóstico presuntivo final el de Hemorragia Digestiva Baja durante el periodo de enero a diciembre de 2010, que se hallan en la sección archivo del servicio de Urgencias del Hospital de Clínicas.

### Criterios de Exclusión

- Pacientes cuyas Historias clínicas sean ilegibles y con datos insuficientes.
- Pacientes que posean, como presunción diagnóstica, Hemorragia Digestiva Alta dentro de los diagnósticos diferenciales.

### Mediciones

#### • Variables

#### Frecuencia de aparición:

Número de internados en el servicio de Urgencias durante el año 2010, Número de casos de HDB.

Edad: desde los 17 años en adelante.

#### • Causas de HDB:

**Diverticulosis:** presencia de divertículos en la pared del colon.

**Hemorroides:** dilatación varicosa de una vena del plexo hemorroidal.

**Neoplasias:** masa de tejido anormal cuyo crecimiento es excesivo e incoordinado en comparación al tejido normal.

**Diverticulitis:** inflamación de un divertículo.

**Angiodisplasias:** entidad clínica y anatomopatológica, caracterizada por la acumulación ectásica focal

que lleva a la dilatación de venas en la mucosa y submucosa.

#### Otros.

#### • Síntomas (asociados o no a compromiso hemodinámico):

**Rectorragia:** emisión por el ano de sangre de color rojo vivo o coágulos en variable cantidad.

#### **Rectorragia + síntomas acompañantes:**

- **lipotimia:** pérdida súbita y fugaz del conocimiento;
- **mareos:** sensación de movimiento referida tanto a uno mismo como a su entorno;
- **cefalea:** dolor de la cabeza;
- **vómito:** expulsión por la boca de contenido gástrico.

**Rectorragia + dolor:** experiencia sensorial y emocional desagradable asociada a un daño real o potencial del tejido

**Hematoquecia:** expulsión de sangre roja rutilante, con o sin coágulos, mezclada con las heces.

#### • Manejo clínico:

- Endoscópico.
- Endoscópico + quirúrgico.
- Quirúrgico.

#### • Medidas generales:

- Rutina laboratorial.
- Hidratación.
- Observación clínica.

### Análisis estadístico

**Análisis de datos:** todas las variables se analizaron por frecuencia.

### Consideraciones Éticas

Se garantiza la confidencialidad de los datos, evitando el uso de nombres de pacientes o datos que pudieran identificarlos.

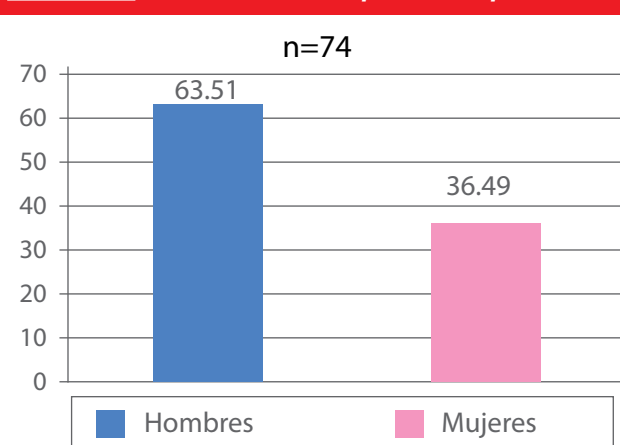
Todos los datos extraídos de las fichas clínicas fueron procesados y utilizados solo con fines de investigación científica.

Por las características de la metodología de investigación aplicada no se supone riesgo alguno a ningún paciente en su integridad física o psicológica.

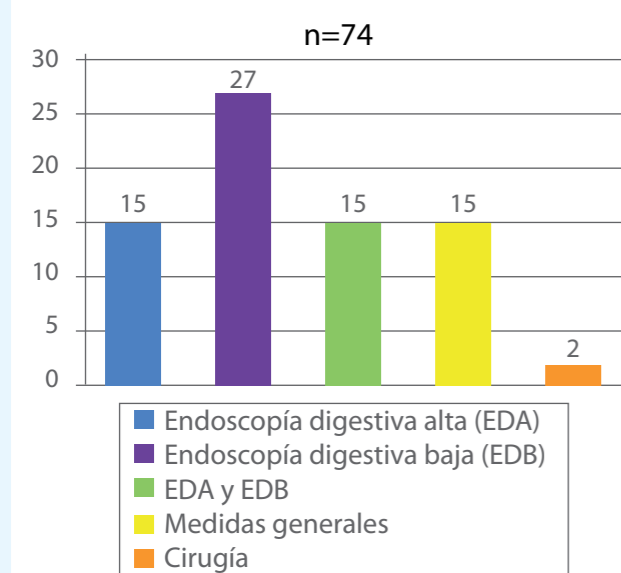
### Resultados

De un total de 5.019 pacientes que acudieron al servicio de Urgencias del Hospital de Clínicas de enero–diciembre de 2010, 74 pacientes presentaron HDB, lo que representa el 1,47%. El 63,51% correspondió a pacientes de sexo mas-

**Gráfica 1. Distribución de pacientes por sexo**



**Gráfica 2. Tratamientos realizados**



Fuente: Archivo Urgencias - Hospital de Clínicas. Asunción-Paraguay

culino y 36,49% a pacientes del sexo femenino. (Ver Gráfica 1)

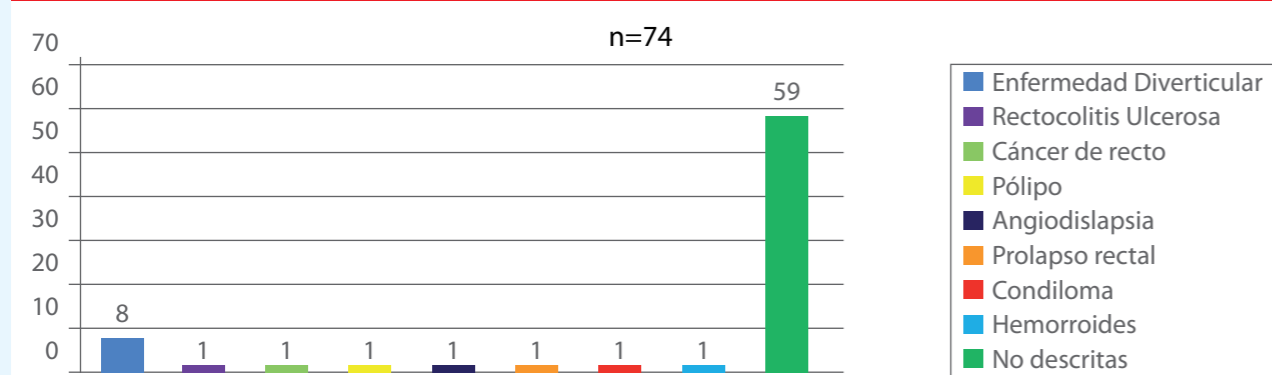
La edad se distribuyó en un rango entre los 17 y los 88 años, con un promedio de 62,1 años.

Del total de pacientes, se realizó: (ver Gráfica 2)

- estudio endoscópico alto de entrada en el 20,27% (15 pacientes),
- colonoscopia de manera inicial en el 36,48% (27 pacientes) y
- una combinación de ambos estudios en el 20,27% (15 pacientes).

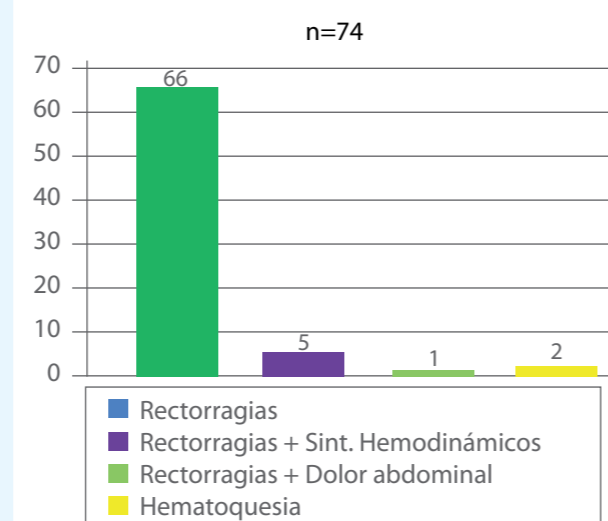
Como procedimiento inicial, en 20,27% (15 pacientes) se optó sólo por la utilización de medidas generales de soporte.

**Gráfica 3. Etiologías de la Hemorragia Digestiva Baja.**



Fuente: Archivo Urgencias - Hospital de Clínicas. Asunción-Paraguay

**Gráfica 4. Síntomas acompañantes**



Fuente: Archivo Urgencias - Hospital de Clínicas. Asunción-Paraguay

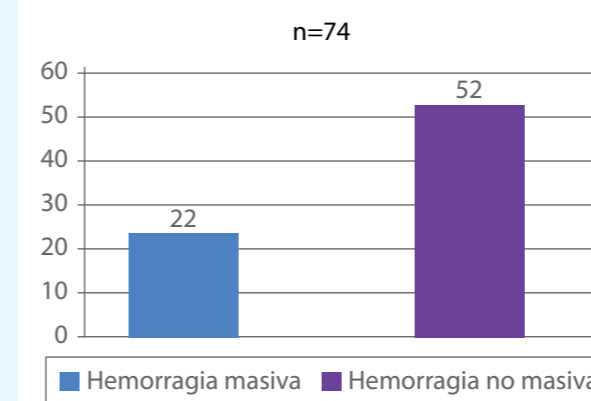
En el 18,91% (14 pacientes) gracias al estudio endoscópico, imagenológico y/o examen proctológico se logró precisar el sitio de sangrado.

En 72 pacientes (97,3 %) el sangrado fue autolimitado y no se precisó de cirugía.

Un 2,7% (2 pacientes) requirió de cirugía como opción terapéutica. El procedimiento quirúrgico de elección fue la colectomía total en el 100% de los casos (n: 2).

En relación a la etiología, el 100% (74 pacientes) de los pacientes cuya causa de hemorragia estaba establecida en la historia tuvo su localización en el colon y conducto anal, siendo la causa más frecuentes la enfermedad diverticular (57,14%). (Ver Gráfica 3)

**Gráfica 5. Tipo de Hemorragia**



Fuente: Archivo Urgencias - Hospital de Clínicas. Asunción-Paraguay

Los síntomas acompañantes fueron: (ver Gráficas 4 y 5)

- rectorragia en un 89,18% (66 pacientes),
- rectorragia + síntomas hemodinámicos 6,75% (5 pacientes),
- rectorragia + dolor abdominal 1,35% (1 paciente) y
- hematoquezia 2,70% (2 pacientes).

### Discusión

En el estudio de una HDB siempre es necesario realizar estudio endoscópico digestivo alto, puesto que a pesar de una clínica sugerente, el sangrado tiene su origen en segmentos del tubo digestivo proximal al ángulo de Treitz entre un 10-15% de los casos<sup>(9-10)</sup>.

En numerosos trabajos, un porcentaje que oscila entre 43 y 50 % de los pacientes que ingresaron por HDB fueron sometidos a una endoscopia digestiva alta como método auxiliar de diagnóstico.

Se debe hacer notar la necesidad de realizar un examen físico completo, incluyendo la región anorrectal.

En nuestra casuística 1 paciente presentó sangrado de origen hemorroidario y 1 por neoplasia ulcerada que se encontraba a menos de 8 cm del margen anal, por lo tanto, en un 2,7% de los casos bastaría realizar examen completo anorrectal para certificar el diagnóstico. Esta cifra de etiologías localizadas en esta región anatómica corresponde a la habitualmente consignada.

De fundamental y vital importancia resulta ser la necesidad de establecer medidas generales de reanimación y una valoración sencilla y práctica del estado hemodinámico de los pacientes en el momento de presentarse el cuadro hemorrágico, pues esto guía en parte el manejo que se les debe dar.<sup>(10)</sup>

### Conclusión

La frecuencia de presentación de la HDB es prácticamente 2 de cada 100 pacientes internados en la el Servicio de Urgencias del Hospital de Clínicas, presentándose mayor cantidad de casos en pacientes del sexo masculino.

El manejo inicial en más de un tercio de los casos de HDB fue la colonoscopia.

La media de edad de los casos atendidos por HDB en el periodo comprendido entre enero-diciembre de 2010 fue de 62 años.

De los pacientes con diagnóstico de HDB, prácticamente todos los que acuden a la urgencia presentaron alteraciones hemodinámicas, al menos en rango de leves a moderadas. La mayoría de los casos se presentó como HDB no masiva.

De las fichas clínicas que contaban con la etiología del sangrado, la enfermedad diverticular fue la causante en más de la mitad de los casos.

**Artículo recibido:** 05/2013

**Aprobado para publicar:** 07/2013

### Bibliografía

1. Caballero G, Saguier G, Samaniego C, Arce C et Al: Hemorragia digestiva baja masiva; naturaleza de las lesiones y tratamiento quirúrgico. Rev. Cir. Parag. 2000; 22: 7-11.
2. Farreras - Rozman: Hemorragia Gastrointestinal, Hemorragia digestiva baja. Medicina Interna 15ta edición, 2004; 282-291.
3. SÁENZFUENZALIDA, ROQUE: HEMORRAGIA DIGESTIVA BAJA Pág.: 36-44.4. Zuccaro G Jr. Management of the adult patient with acute lower gastrointestinal bleeding. Am J Gastroenterol. 1998; 93: 1202-8.
5. Samaniego Castor, Rodríguez Gabriel, Martínez Osvaldo, Lugo Adrián, Ramírez Liz, Casco Eva Teresa: Hemorragia Digestiva Baja masiva por diverticulosis y unal: <http://scielo.iics.una.py/pdf/anales/v38n3/v38n3a06.pdf>
6. Hyams J, Leichtner A, Schwartz A.: Recent advances in diagnosis and treatment of gastrointestinal hemorrhage in infants and children. J Pediatr 1985; 106: 1-9.
7. Zapata R, Rojas C, Gaete F: Diverticulosis y unal: una causa infrecuente de hemorragia digestiva. Rev. Med Chile 2000; 128 (10): 2-6.
8. Diaz Escobar Silvio; Augusto Martínez: Divertículos del intestino Delgado. Cirugía, 489-502.
9. Billingham R: The conundrum of lower gastrointestinal bleeding. Surg Clin North Am 1997; 77: 241-52.
10. MACHAIN VEGA G.M., Marín S.E., Farina R.C., Sasamoto H.H. "Prevalencia de hemorragias digestivas en el Hospital de Clínicas. Asunción - Paraguay". Revista Chilena de Cirugía. 1.999.;51 (5): 477-482. bases. Bireme. br