

## HEMORRAGIA DIGESTIVA ALTA Y BAJA

*Dra. Daniella Alvarez C.*  
*Cirujano Infantil - Endoscopista*  
*Hospital Félix Bulnes Cerda*  
*Clínica Universidad de Chile*

### I. DESCRIPCIÓN

Hemorragia digestiva, por definición, es cualquier sangrado que provenga del tracto gastrointestinal, desde la boca hasta el ano. Aunque generalmente se debe a patologías benignas y en la mayoría de los casos es una hemorragia de baja magnitud y auto-limitada, provoca gran ansiedad en padres y familiares. Toda hemorragia digestiva debe ser evaluada, pues puede generar, eventualmente, consecuencias severas.

Según la localización del sangrado, se clasifica en dos tipos:

1. *Hemorragia digestiva alta (HDA)*: se origina en el esófago, estómago o en el duodeno (primera porción del intestino delgado).
2. *Hemorragia digestiva baja (HDB)*: se origina en el yeyuno o íleon (segunda y tercera porción del intestino delgado), colon (intestino grueso), recto o ano.

Las causas de hemorragia digestiva son numerosas, variando de acuerdo a la edad del paciente. Su médico, a partir de los antecedentes personales y familiares, y tras realizar un examen clínico completo que puede incluir pruebas complementarias, determinará el origen, la magnitud del sangrado y la conducta a seguir.

El 10% de los casos de hemorragia digestiva está asociado a una enfermedad sistémica (trastornos de la coagulación, alergias alimentarias, entre otras).

El 90% restante es causado por lesiones del tubo digestivo propiamente tal, entre los que cabe señalar:

- *Várices esofágicas*. Son venas dilatadas en el esófago, las que al romperse provocan vómitos de sangre. Frecuente de observar en aquellos pacientes con daño al hígado (por ej., cirrosis).
- *Erosiones y úlceras*. Pueden localizarse en cualquier segmento del tracto digestivo y obedecen a distintas causas: uso frecuente de anti-inflamatorios no esteroideos (AINES, como el ibuprofeno), situaciones de estrés que aumentan la producción de ácido en el estómago.
- *Mallory Wais*. Herida de la mucosa en la unión del esófago con el estómago, provocada por vómitos a repetición.

- *Malformación arterio-venosa*. Vasos sanguíneos anormales, ubicados en la mucosa del tracto digestivo, los que al romperse provocan hemorragias masivas. Es de causa congénita.
- *Pólipos*. Tumores benignos de la mucosa intestinal, que producen deposiciones mezcladas con sangre, en forma intermitente. Se observan sobre todo en niños de 2 a 10 años (con máxima frecuencia entre los 2 y 3 años de edad).
- *Fisuras anales*. Causa frecuente a cualquier edad, habitualmente en pacientes con estreñimiento, en los cuales las deposiciones duras provocan la lesión anal.
- *Hemorroides*. Dilatación venosa de la última porción del intestino grueso, propia de adolescentes mayores y adultos.
- *Causas quirúrgicas*. Representan un riesgo potencialmente grave para el paciente, a diferentes edades: *enterocolitis necrotizante* en el recién nacido, *invaginación intestinal* en el lactante y *divertículo de Meckel* en el pre-escolar (edad promedio: 2 años).

Entre las causas de sangrado que no son directamente digestivas, se incluyen: sangre materna (por erosiones en el pezón) que ingiere el recién nacido, ingesta de sangre de una hemorragia nasal (epistaxis), alimentos y/o medicamentos que pueden confundirse con sangre (arándano, betarraga, espinaca, jalea roja, ingesta de sulfato ferroso, etc.).

Es importante considerar una causa frecuente de hemorragia digestiva baja: *la alergia a la proteína de la leche de vaca*. Habitualmente, provoca sangrado de baja magnitud y, en la mayoría de los casos, se resuelve antes del año de edad.

Otras causas de hemorragia digestiva baja son *la diarrea infecciosa* (principalmente en los niños pequeños), y la llamada *enfermedad inflamatoria intestinal* (colitis ulcerosa y enfermedad de Crohn), que se presenta preferentemente en el adolescente como una diarrea con sangre de larga evolución acompañada, en algunos casos, de baja de peso y fiebre.

## II. FRECUENCIA

La incidencia de hemorragia gastrointestinal no está bien establecida en los niños y no se dispone de estadísticas nacionales.

Respecto a la localización de la hemorragia, 60-65% de los casos se originan en el colon y la región recto-anal, 20% en el intestino delgado y 10-20% corresponden a hemorragias altas.

Un estudio en Francia estableció que la hemorragia digestiva alta se produjo en 1-2 por 10.000 niños al año (77% requirió hospitalización), y se constató exposición a anti-inflamatorios no esteroideos (AINES) en 36% de los casos.

Un estudio en USA mostró un 0,3% de hemorragias digestivas bajas sobre 40.000 consultas en un Servicio de Urgencias; de ellas, un 4,2% cursó con riesgo vital.

### III. MANIFESTACIONES CLÍNICAS

Los síntomas varían según se trate de un sangrado gastrointestinal alto o bajo, de un sangrado agudo/masivo o que se presente como un sangrado microscópico no visible para el paciente (detectado a través del examen de laboratorio de las deposiciones, por sospecha de hemorragia en un paciente con anemia crónica).

Las manifestaciones de hemorragia digestiva alta (HDA), pueden incluir:

- Vómito con sangre o algo que parece café molido (*hematemesis*)
- Diarrea o evacuaciones de color negro y pastosas como alquitrán, muy mal olientes (*melena*)

Las manifestaciones de hemorragia digestiva baja (HDB), pueden incluir:

- Deposiciones rojo vinosas con coágulos (*hematoquezia*)
- Deposiciones con sangre roja rutilante, cuyo origen suele ser rectal (*rectorragia*)

### IV. ESTUDIO COMPLEMENTARIO

En función de la historia clínica y examen del niño, el médico puede seleccionar entre los siguientes estudios, algunos de los cuales pueden ser utilizados, además, para el tratamiento.

- *Laboratorio*. Hemograma, pruebas de coagulación, grupo sanguíneo y Rh, función hepática, función renal.
- *Radiografía*. Habitualmente de poca utilidad, excepto en el caso de ingestión de cuerpo extraño como causa de lesión de la mucosa digestiva, o ante sospecha de obstrucción/perforación del tubo digestivo o en el caso de recién nacidos con probable enterocolitis.
- *Ecografía*. Para evaluar si hay daño hepático (como causa de sangrado por rotura de várices esofágicas), anomalías vasculares de gran tamaño o presencia de una invaginación intestinal.
- *Endoscopia digestiva alta*. Es el método preferido en la evaluación del sangrado del tracto digestivo superior.

Bajo sedación, se introduce por la boca un tubo delgado llamado endoscopio hasta llegar al estómago y duodeno. El tubo tiene una luz y una cámara, enviando

imágenes del tracto digestivo a una pantalla. Permite detectar y controlar el sitio de sangrado en la mayoría de los casos.

- *Colonoscopia*. Indicada en el estudio de hemorragia digestiva baja.

Es similar a un endoscopio, pero se introduce por el ano. Requiere estabilización previa del paciente y preparación del colon con dieta y laxantes. En la mayoría de los casos, es también terapéutica.

- *Video cápsula intestinal*. Esta prueba utiliza una pequeña cámara del tamaño de una píldora. El paciente traga la cápsula-cámara, y esta envía las imágenes a un dispositivo de grabación que el niño llevará en un cinturón durante 8 horas. Luego un médico interpreta las imágenes.

Este estudio permite examinar el intestino delgado, lo cual no es posible con endoscopia digestiva alta o colonoscopia. Procedimiento sólo diagnóstico.

- *Enteroscopia*. Similar a una endoscopia digestiva alta, pero con una sonda más larga.

Permite detectar hemorragias más abajo del duodeno, las que no pueden ser observadas con la endoscopia convencional.

- *Cintigrama con Tc99*. Herramienta diagnóstica útil cuando se sospecha un divertículo de Meckel, malformación congénita del intestino delgado que puede provocar sangrado. En este caso, la resolución será quirúrgica.
- *Angiotac multicorte y Cintigrama con glóbulos rojos marcados*. Estudios de imágenes obtenidas administrando una sustancia débilmente radiactiva en la sangre, lo que permite al médico rastrear y establecer en qué porción del tubo digestivo está sangrando el paciente.

El primero de ellos, de mejor disponibilidad, es el más utilizado.

- *Arteriografía digital selectiva*. Intervención diagnóstica y terapéutica.

Bajo anestesia general, se canaliza una arteria y, a través de ella, se emboliza el vaso sanguíneo que está sangrando (se pueden utilizar diversos materiales para ocluirlo).

## V. TRATAMIENTO

La cirugía está indicada en las siguientes situaciones clínicas:

- Se ha determinado claramente una causa quirúrgica de hemorragia digestiva; por ejemplo, una perforación intestinal o un divertículo de Meckel.
- Paciente inestable que no responde a la reanimación, en el cual no puede realizarse un procedimiento endoscópico.
- Fracaso de tratamiento endoscópico para el control de la hemorragia.

## VI. EVOLUCIÓN Y/O COMPLICACIONES

La mayoría de los pacientes evolucionan satisfactoriamente, logrando controlarse la hemorragia digestiva mediante métodos endoscópicos, sin complicaciones asociadas.

Sin embargo, es posible que la terapia endoscópica no permita encontrar y/o detener el sangrado, o que el procedimiento se asocie, en un bajo porcentaje de los casos, a alguna complicación (por ejemplo, perforaciones del tubo digestivo).

