

# Hemorragia Digestiva Baja

La hemorragia digestiva baja (HDB) representa una emergencia médica que requiere evaluación y manejo inmediatos. Se define como la pérdida de sangre originada en el tubo digestivo distal al ángulo de Treitz, incluyendo yeyuno, íleon, colon, recto y ano. Su presentación clínica más característica es la rectorragia, manifestándose como salida de sangre roja o marrón por el recto, aunque también puede presentarse como melenas cuando el sangrado se origina en colon derecho o intestino delgado con tránsito intestinal lento.

En la práctica quirúrgica moderna, la HDB se distingue claramente de la hemorragia digestiva alta no solo por su localización anatómica, sino también por sus características epidemiológicas únicas, etiología específica y estrategias diagnósticas y terapéuticas particulares que requieren un enfoque multidisciplinario especializado.



# Epidemiología y Características Poblacionales

**15-20%**

## Frecuencia Relativa

Representa del 15 al 20% de todas las hemorragias digestivas

**3-5%**

## Mortalidad

Tasa de mortalidad menor que la hemorragia digestiva alta

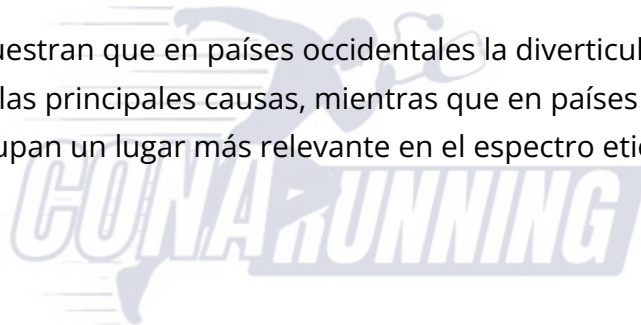
**60+**

## Edad Promedio

La mayoría de pacientes tienen más de 60 años

La incidencia de HDB aumenta significativamente con la edad, siendo la mayoría de los pacientes mayores de 60 años. No existen diferencias marcadas entre sexos, aunque algunas causas específicas como angiodisplasias y diverticulosis predominan en adultos mayores. La mortalidad, aunque generalmente menor que en hemorragia digestiva alta (alrededor del 3-5%), aumenta significativamente en pacientes con comorbilidades cardiovasculares, renales o hepáticas.

Las tendencias actuales muestran que en países occidentales la diverticulosis colónica y la angiodisplasia constituyen las principales causas, mientras que en países en desarrollo las infecciones y lesiones inflamatorias ocupan un lugar más relevante en el espectro etiológico.



# Fisiopatología del Sangrado Digestivo Bajo



## Ruptura Vascular

El sangrado se produce por ruptura de vasos sanguíneos en intestino delgado o colon



## Origen Arterial

Sangrado arterial masivo y grave, típico de diverticulosis



## Origen Venoso/Capilar

Más frecuente en angiodisplasias o procesos inflamatorios

La fisiopatología del sangrado digestivo bajo varía significativamente según la causa subyacente. En la diverticulosis, los vasos penetrantes que irrigan la mucosa se adelgazan progresivamente en el cuello del divertículo, volviéndose extremadamente propensos a la ruptura espontánea. En las angiodisplasias, las ectasias vasculares representan malformaciones adquiridas de la submucosa colónica que sangran de manera intermitente y recurrente.

La colitis isquémica produce daño mucoso por hipoperfusión, resultando en necrosis tisular y sangrado difuso. En la enfermedad inflamatoria intestinal, el sangrado resulta directamente de ulceraciones profundas de la mucosa intestinal, mientras que en procesos neoplásicos, la angiogénesis irregular y la ulceración tumoral constituyen la fuente primaria de pérdida sanguínea.

# Principales Causas Etiológicas

## Diverticulosis Colónica

**50% de casos** en ancianos

- Sangrado arterial masivo e indoloro
- Autolimitado en 70-80% de episodios
- Alta tendencia a recurrencia

## Angiodisplasia

**30% de casos**

- Localización: colon derecho típicamente
- Asociada a valvulopatía aórtica
- Sangrado recurrente intermitente

## Neoplasias y Pólipos

Carcinoma colorrectal y adenomas

- Sangrado crónico u oculto
- Causa de anemia ferropénica
- Requiere seguimiento oncológico

La diverticulosis colónica representa hasta el 50% de los casos en pacientes ancianos, caracterizándose por sangrado arterial masivo, indoloro y de inicio abrupto. Aunque se autolimita en el 70-80% de los episodios, presenta alta tendencia a la recurrencia. La angiodisplasia constituye hasta el 30% de los casos, con localización típica en colon derecho y frecuente asociación con valvulopatía aórtica (síndrome de Heyde).



# Causas Adicionales y Presentación Clínica

## Otras Causas Importantes

- **Colitis isquémica:** 5-10% de casos, asociada a dolor abdominal y diarrea sanguinolenta
- **Enfermedad inflamatoria intestinal:** colitis ulcerosa y enfermedad de Crohn
- **Lesiones anorrectales:** hemorroides internas, fisuras anales, proctitis
- **Divertículo de Meckel:** más frecuente en jóvenes
- **Lesiones pospolipectomía**
- **Úlcera rectal solitaria**

## Manifestaciones Clínicas

La presentación clínica varía según la localización y severidad del sangrado. La **rectorragia roja brillante** sugiere origen distal, mientras que el sangrado marrón o color vino indica colon derecho o intestino delgado.

01

### Rectorragia Roja

Origen distal: colon izquierdo, recto, ano

02

### Sangrado Marrón

Colon derecho o intestino delgado

03

### Melena Ocasional

HDB proximal o tránsito lento

04

### Síntomas Sistémicos

Síncope, mareo, hipotensión, taquicardia

La severidad del cuadro se define principalmente por el impacto hemodinámico y la necesidad transfusional, más que por el color específico de la sangre. Los síntomas asociados como dolor abdominal orientan hacia colitis isquémica o inflamatoria, mientras que la presencia de síncope, mareo o inestabilidad hemodinámica indica sangrado significativo que requiere intervención inmediata.

# Evaluación Inicial y Estabilización

## Estabilización Hemodinámica

Vía aérea, oxigenación, monitorización continua y dos accesos venosos periféricos gruesos

## Corrección de Coagulopatías

Suspensión de anticoagulantes cuando sea posible y seguro

1

2

3

4

## Reanimación con Fluidos

Cristaloides isotónicos iniciales, transfusión según respuesta hemodinámica

## Estudios de Laboratorio

Hemograma, coagulación, función renal, pruebas hepáticas y prueba cruzada

La evaluación inicial debe seguir un protocolo sistemático que priorice la estabilización hemodinámica del paciente. Es fundamental asegurar la vía aérea, proporcionar oxigenación adecuada y establecer monitorización continua de signos vitales. Se requieren dos accesos venosos periféricos de gran calibre para permitir reanimación agresiva con fluidos.

Los cristaloides isotónicos constituyen la terapia inicial, seguidos de transfusión sanguínea según la respuesta hemodinámica del paciente. La corrección de coagulopatías y la suspensión temporal de anticoagulantes, cuando sea clínicamente seguro, son medidas cruciales. Los estudios de laboratorio deben incluir hemograma completo, tiempos de coagulación, función renal, pruebas hepáticas y prueba cruzada para preparación de hemoderivados.

Un paso crítico es la exclusión de hemorragia digestiva alta mediante colocación de sonda nasogástrica, ya que la presencia de sangre en el aspirado gástrico sugiere origen alto y modifica completamente el enfoque diagnóstico y terapéutico.

# Métodos Diagnósticos Especializados



## Colonoscopia

Estudio de elección en pacientes estables. Identifica el origen en 70-90% de casos y permite tratamiento terapéutico mediante inyección de adrenalina, coagulación térmica y colocación de clips hemostáticos.



## Angiografía Mesentérica

Detecta sangrado activo  $>0.5$  ml/min y permite tratamiento mediante embolización selectiva. Riesgo de complicación: isquemia colónica, aunque es infrecuente con técnicas modernas.



## Gammagrafía con Hematíes

Alta sensibilidad para sangrado de bajo volumen (0.1 ml/min). Permite localizar el segmento afectado pero no ofrece capacidad terapéutica directa.



## Angiotomografía

Cada vez más utilizada por su rapidez y disponibilidad. Detecta sangrado de bajo volumen y orienta la angiografía terapéutica posterior.

La colonoscopia representa el estudio diagnóstico de elección en pacientes hemodinámicamente estables, ofreciendo la ventaja única de combinar capacidades diagnósticas y terapéuticas en un solo procedimiento. Para casos de hemorragia digestiva baja de origen oscuro, los estudios de intestino delgado como cápsula endoscópica y enteroscopia de doble balón proporcionan evaluación detallada de segmentos intestinales previamente inaccesibles.

# Estrategias Terapéuticas Multidisciplinarias



## Tratamiento Médico Inicial

Reanimación con líquidos y sangre, suspensión de anticoagulantes y AINEs. Los IBP no tienen el mismo impacto que en HDA.

## Tratamiento Endoscópico

Divertículos: clips, coagulación bipolar.  
Angiodisplasias: coagulación con plasma de argón. Pólipos: hemoclips post-polipectomía.



## Tratamiento Angiográfico

Embolización arterial selectiva en pacientes inestables o refractarios. Riesgo bajo de isquemia colónica con técnicas modernas.



## Tratamiento Quirúrgico

Indicado en <5% de casos. Colectomía segmentaria si se localiza, subtotal si sangrado masivo persistente sin localización.

El manejo terapéutico debe seguir un enfoque escalonado que comience con medidas médicas de soporte y progrese hacia intervenciones más invasivas según la respuesta del paciente. El tratamiento endoscópico ofrece excelentes resultados en la mayoría de casos, con técnicas específicas adaptadas a cada tipo de lesión.

La cirugía debe realizarse en paciente reanimado siempre que sea posible, ya que la mortalidad aumenta significativamente en procedimientos de urgencia sin estabilización previa adecuada. La decisión quirúrgica requiere evaluación multidisciplinaria considerando factores como edad, comorbilidades y respuesta a tratamientos previos.



# Consideraciones Especiales en Poblaciones Vulnerables



## Paciente Anciano

Mayor prevalencia de angiodisplasia y diverticulosis. Peor tolerancia hemodinámica y comorbilidades que aumentan significativamente la mortalidad.



## Paciente Anticoagulado

Warfarina, DOACs, antiagregantes requieren manejo especializado. Reversión con vitamina K, plasma fresco o agentes específicos según el caso.



## Colitis Isquémica

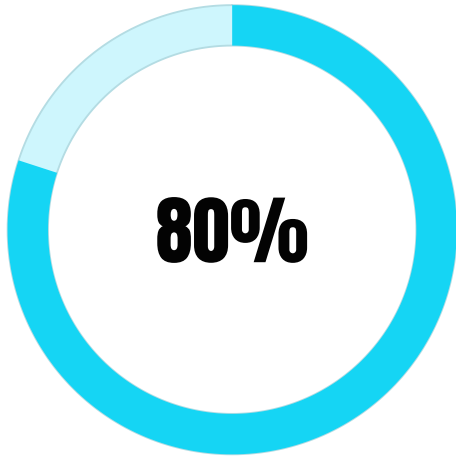
Predomina en pacientes con aterosclerosis, arritmias o shock. Manejo conservador en la mayoría, cirugía si hay necrosis o perforación.

Los pacientes ancianos representan un desafío particular debido a la mayor prevalencia de angiodisplasia y diverticulosis, combinada con menor tolerancia hemodinámica y múltiples comorbilidades que incrementan significativamente el riesgo de mortalidad. El manejo de pacientes anticoagulados requiere decisiones individualizadas sobre la reversión de anticoagulación y el momento apropiado para reiniciar estos medicamentos tras controlar el sangrado.

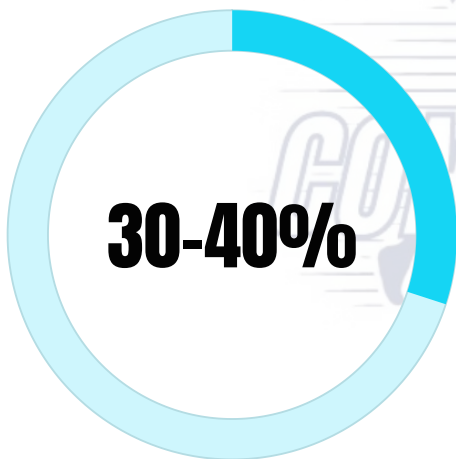
La colitis isquémica predomina en pacientes con factores de riesgo cardiovascular, incluyendo aterosclerosis avanzada, arritmias cardíacas o estados de shock. La mayoría de estos casos se maneja de forma conservadora con hidratación adecuada y antibióticos profilácticos, reservando la intervención quirúrgica para casos con evidencia de necrosis intestinal, perforación o desarrollo de peritonitis.

# Pronóstico, Complicaciones y Prevención

## Pronóstico General



Episodios autolimitados



Riesgo de resangrado en diverticulosis

## Complicaciones por Intervención

- **Endoscopia:** perforación, sangrado adicional
- **Angiografía:** isquemia colónica, nefropatía
- **Cirugía:** mortalidad elevada en inestables

La mayoría de los episodios de hemorragia digestiva baja son autolimitados, alcanzando hasta el 80% de resolución espontánea. Sin embargo, el riesgo de resangrado varía significativamente según la etiología, siendo mayor en diverticulosis (30-40%) y angiodisplasia. La mortalidad se relaciona más estrechamente con la edad del paciente y las comorbilidades asociadas que con el sangrado en sí mismo.

## Prevención Secundaria

01

### Eliminación de Factores

Suspensión de AINEs, control de anticoagulación

02

### Seguimiento Endoscópico

Colonoscopia de control en pólipos o neoplasias

03

### Tratamiento Definitivo

Angiodisplasias recurrentes requieren manejo específico

04

### Seguimiento Multidisciplinario

Colitis isquémica e inflamatoria necesitan control especializado