

Trabajo Original

Sangramiento digestivo bajo. Estudio de un quinquenio.

Lower digestive tract bleeding. A five-year study.

Dr. Manuel López Pérez¹ Dr. Livan A Quintero Tabio² Dr. Rafael Leiva Rodríguez³ Dr. José R del Cristo Ramírez⁴ Dr. Manuel Felipe Valdés Rodríguez⁵ Dra. Juana del Pilar Rodríguez Concepción⁶

1. Especialista de 1er grado en Coloproctología. Profesor Instructor.
2. Especialista de 2do grado en Coloproctología. Profesor Auxiliar. Investigador Adjunto.
3. Especialista de 2do grado en Cirugía General. Profesor Auxiliar.
4. Especialista de 1er grado en Cirugía General. Profesor Asistente.
5. Especialista de 1er grado en Cirugía General. Profesor Instructor.
6. Especialista de 1er grado en Medicina Interna. Profesor Instructor.

RESUMEN

Se realizó un estudio retrospectivo en el período comprendido desde Enero de 2000 a Diciembre del 2005, acerca de los pacientes que ingresaron con el diagnóstico de Sangramiento digestivo bajo, en el Hospital Universitario "Camilo Cienfuegos" de Sancti Spiritus, con el objetivo de conocer, edad, sexo, causas del sangramiento, el medio diagnóstico utilizado, necesidad de transfusiones y estadía. Se revisaron 64 expedientes clínicos y su concluyó que los grupos más afectados fue la octava década de la vida, predominó el sexo masculino, el mayor número de pacientes se fue sin diagnóstico, pero como causa más frecuente predominó la diverticulosis del colón, el medio diagnóstico más usado fue la rectosigmoidoscopia, el mayor número de paciente no necesitó transfusiones, la estadía hospitalaria fue de cinco días y el tratamiento quirúrgico no se tuvo en cuenta en estos pacientes.

DeCS: HEMORRAGIA GASTROINTESTINAL.

ABSTRACT

A retrospective study was carried out in the period from January of 2000 to December of 2005, about the patients admitted with a diagnosis of lower digestive bleeding, at the "Camilo Cienfuegos" University Hospital of Sancti Spiritus, with the objective of knowing, age, sex, causes of bleeding, diagnostic means used, necessity of transfusions and hospital stay. 64 clinical files were reviewed and it was concluded that the affected groups were the eighth decade of life, the masculine sex prevailed, the greatest number of patients were discharged without a diagnosis, but colon diverticulosis prevailed as the most frequent cause, the most used diagnostic means was the rectosigmoidoscopy, the majority of patients didn't need transfusions, the hospital stay was of five days and the surgical treatment was not taken into account in these patients.

MeSH: GASTROINTESTINAL HEMORRHAGE.

INTRODUCCIÓN

La Hematoquecia o evacuación de sangre roja por el recto suele indicar un sangrado a partir de un foco distal al ligamento de Treitz. Las manifestaciones clínicas de la Hemorragia digestiva dependen de la extensión y frecuencia del sangrado, así como de las enfermedades asociadas. Las pérdidas hemáticas inferiores a 500 mililitros raramente se asocian a signos sistémicos. (1) (2) (3) (4).

Las hemorragias del aparato gastrointestinal son unas de las causas más frecuente de hospitalización. La mortalidad total por hemorragia del aparato digestivo no ha cambiado en términos generales en los últimos decenios, siendo uno de los problemas diagnósticos y terapéutico más difíciles a los que se enfrentaban los cirujanos. Dicha hemorragia suele amenazar la vida. (5) (6) (7)

Por fortuna en los últimos años se han hecho importantes progreso en los métodos diagnóstico y en el tratamiento quirúrgico de estos individuos (8) (9). Dada la importancia de este tema es que nos vimos motivados a realizar un trabajo sobre el mismo y plasmar nuestros resultados para un mejor manejo de nuestros enfermos.

OBJETIVOS

Objetivos General:

1. Precisar el comportamiento del sangramiento digestivo bajo en un quinquenio.

Específicos:

Caracterizar los pacientes según grupos etáreos más afectados así como el sexo.

1. Examinar las causas más frecuentes de sangramiento digestivo bajo.
2. Citar los medios diagnósticos más empleados.
3. Precisar acerca de la necesidad de transfusiones sanguíneas.
4. Conocer la estadía hospitalaria de nuestros enfermos.
5. Analizar la necesidad del tratamiento quirúrgico.

MATERIAL Y MÉTODO

Se revisan los expedientes clínicos de los pacientes que fueron ingresados con el diagnóstico de sangramiento digestivo bajo en el Hospital Universitario Camilo Cienfuegos de Sancti Spiritus en un periodo que abarco desde enero de 2000 hasta Diciembre de 2005.

Se define como sangramiento digestivo bajo a todo sangramiento rojo rutilante o con coágulos se incluyen los pacientes que fueron ingresados ya sea por un sangramiento copioso activo, que debilite al paciente o por cifras bajas de hemoglobina con un sangramiento activo o crónico.

Se conforman las historias clínicas y de ellos se sacan las variables en cuestión como fueron: Edad, sexo, causas del sangramiento, medios diagnósticos empleados, necesidad de transfusión, estadía hospitalaria y posibilidades de tratamiento quirúrgico. Los datos se recogieron en un modelo y fueron procesados.

RESULTADOS

RESULTADOS Y DISCUSIÓN:

En la Tabla 1 pudimos apreciar como los edades más afectadas están entre la 7ma y 9na década, con un ligero predominio en la 8va con un 23.45 %. Estos resultados son avalados por nuestros autores que reflejan el sangramiento digestivo bajo como una entidad de la vejes ^{1, 10}, otros autores encuentran un incremento del sangramiento digestivo bajo en pacientes jóvenes con patologías ano-rectales ^{3, 4}.

La Tabla 2 refleja que el sexo masculino abarco el 58 % de los pacientes. Alonso ³ encontró igualmente predominio de este sexo para un 55.8 %. Otros autores no han encontrado diferencias significativas ⁴.

La Tabla 3 nos refleja como el mayor numeró se fue sin diagnóstico 50 %, esto esta explicado por la corta estadía en general que tuvieron los pacientes. Dentro de las causas más comúnmente halladas predomina la diverticulosis del colon con un 18.7 % seguido de la hemorroides con un 14.0 % el otro porciento fue insignificante. Hiromi en su estudio describe los pólipos neoplásicos para un 32.0 % seguido de las hemorroides sangrantes con un 27 % ¹¹. Otros autores describen la angiodisplasia del colon con una incidencia superior al 50 % ¹.

En la Tabla 4 mostramos como el 50 % de los casos se fue sin haberle realizado un proceder diagnóstico, lo cual está dado por la brevedad con que resolvieron los casos siendo la estadía promedio de 5 días. En la mitad de los casos se logró el diagnóstico, siendo la rectosigmoidoscopia el proceder más utilizado para un 31.2 % seguido por el RX de colon por enema con un 12.6 %.

Pues la mayoría de las patologías se encontraban al alcance del rectosigmoidoscopio. Sin embargo muchos autores abogan por el uso de la colonoscopia en todos los pacientes para mostrar patologías como la angiodisplasia y reducir la indecencia de pólipos neoplásicos y/o cáncer de colon ^{12- 15}.

La Tabla 5 recoge que el 64 % de los pacientes no necesitaron transfusiones sanguíneas los cuales resolvieron rápidamente con tratamiento expectante pues no tenían una hemorragia importante y cesó el sangramiento espontáneamente. En la casuística de Wright ¹⁰ el 75 % de los casos cesaban sin necesidad de transfusión. En muestra casuística puede estar dado porque eran patologías bajas que generalmente no amenazan la vida del paciente, a diferencia cuando son más altas sangran más. ^{16 - 17, 1}.

La Tabla 6 muestra como la estadía promedio de nuestros casos fue corta para 5 días, lo cual estuvo dado porque la mayoría de las patologías estuvieron al alcance de la rectosigmoidoscopia y se siguieron por consulta externa y el número de pacientes sin diagnóstico, la hemorragia cesaba espontáneamente. No hubo necesidad de tratamiento quirúrgico de urgencia, otros autores reportan hasta un 30 % de necesidad de tratamiento quirúrgico ^{10, 19 20}.

La Tabla 7 muestra como 14 casos tuvieron 2 o más reingresos. De estos 14 pacientes, 9 presentaban diverticulosis del Colon y el resto fueron hemorroides sangrantes. Estos pacientes con enfermedad diverticular sangrante todos necesitaron transfusión sanguínea. Esto nos da la medida que a estos pacientes a veces no se tiene en cuenta los criterios de operabilidad para este tipo de patología y entonces se requieren varias transfusiones Wrigh ¹⁰ informa en su serie que a veces hasta el 30 % de sus casos necesitan tratamiento quirúrgico urgente.

CONCLUSIONES

- 1 - El grupo etéreo más afectado fue la 8va década de la vida con predominio del sexo masculino.
- 2 - El mayor número de pacientes se fue sin diagnóstico, la causa más común hallada fue la diverticulosis del colon.
- 3 – El medio diagnóstico más empleado fue la rectosigmoidoscopia.
- 4 – El mayor número de pacientes no necesitó transfusión sanguínea.
- 5 – La estadía hospitalaria promedio fue corta.
- 6 – El tratamiento quirúrgico debe ser tenido en cuenta en los pacientes con reingreso.

Tabla No. 1. S. D. Bajo. Grupo de edades.

Grupo de Edades	n°.	%
20-29	3	4.6
30-39	3	4.6
40-49	6	14.0
50-59	5	7.8
60-69	13	20.3
70-79	15	23.4
80-89	13	20.3
+ 90	3	4.6
Total	64	100

Fuente: Modelo de recolección de la información

Tabla No. 2. S. D. Bajo. Sexo.

Sexo	n°	%
Masculino	37	58
Femenino	27	42
TOTAL	64	100

Fuente: Modelo de recolección de la información.

Tabla No. 3. S. D. B. Causas.

Causas	n°.	%
Sin Diagnóstico	32	50.0
Diverticulosis del colon	12	18.7
Hemorroides	9	14.0
Fisura anal	3	4.6
T. Canal Anal	3	4.6
Colitis	2	3.1
A. Velloso de recto	1	1.5
T. de recto	1	1.5
T. de Recto Sigma	1	1.5
Total	64	100

Fuente: Modelo de recolección de la información.

Tabla No. 4. S. D. Bajo. Medios diagnósticos utilizados.

Medios Diagnóstico	n°	%
Rectosigmoidoscopia	20	31.2
R x Colon por Enema	8	12.6
Colonoscopia	4	6.2
No Utilización de medios Diagnósticos	32	50.0
Total	64	100

Fuente: Modelo de recolección de la información.

Tabla No 5. S D Bajo Necesidad de Transfusiones.

Necesidad de Transfusiones	n°	%
Sí	23	36
No	41	64
Total	64	100

Fuente: Modelo de recolección de la información.

Tabla No 6 S.D.Bajo. Estadía Hospitalaria.

Estadía	Días
Estadía Hospitalaria	5

Fuente: Modelo de recolección de la información

Tabla No. 7 .S.D.Bajo. Reingresos.

Ingresos	n^o.	%
Un ingreso	50	78.1
Dos o más ingresos	14	21.9
Total	64	100

Fuente: Modelo de recolección de la información.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Strate L L, Seltamm J R, Felty J M, et al. Validation of a Clinical Prediction for acute lower bleeding. *Am J Gastroenterol* 2005; 100(8): 1821-1827.
2. Dimitrovlopoulos D, Tsamakidis K. A Prospective trial on the haemorrhoidal disease. *Clin Ther* 2005; 27(6): 746-754.
3. Alonso Coello P, Wong R.F, Josh D, et al. Other strategies for evaluating rectal bleeding in younger patients. *J Fam Pract* 2005; 54 (8): 688-9.
4. Ascanellis L A, Gregorio C, Jon H, et al. Milligan y Morgan haemorrhoidectomy. *Chir Ital* 2005; 57(4): 439- 47.
5. Winawer S I, flecher R H, Miller L, et al. Colorectal cancer screening clinical guide lives and rational. *Gastroenterology* 2003; 124:544-560.
6. Helm J F, Russo M W, Bidle AK et al. Effectiveness and economic impact of screening for colorectal cancer by massive fecal occult blood testing. *Am J Gastroenterol* 2000; 95: 3250-3258.
7. Fenlon HM, Nures D P, Schroy PC. A comparison of Virtual and conventional colonoscopy in detection of colorectal Polyps. *N Engl J* . 1999; 341: 1496-1503.
8. Dang SM, Traverso G, Johnson C, et al. Detection colorectal cancer in stool with de use of multiple genetic targets. *J. Nat Cancer Inst* 2001; 93: 858-865.
9. Tagore K, Ross M, Shuber A, et al. Stool based DNA multitargeted assay for the detection of colorectal cancer. *Gastroenterology* 2002; 122: 481.
10. Wright H K. Hemorragia Masiva del colon *Clin Quir Nort* 1976; Vol 5 (2): 88-99.
11. Shinya H, Cwer M, wolf G. Diagnostico colonoscopico y tratamiento de las hemorragias rectales. *Clin Quir Nort* 1976;. Vol 5(2): 10-110.
12. Kronborg O. Mass screening for colorectal cancer. *Scand J Gastroenterol* 1984;19:1 5.
13. Carlson U, Ekelund G, Ericsson R. Evaluation of possibilities for mass screening for colorectal cancer with hemocult faecal test blood. *Dis Colon Rectum* 2003.
14. Stower MJ, Hardcastle JD. Five year survival of patients with colorectal cancer treated in a regional hospital. *Eur J Clin Onc* 2002;2: 23.
15. Guilespie PE, Chambers TJ, Chan K et al. Colonic adenomas in colonoscopy survey. *Gut* 2000; 20:240 5.
16. Gilberstein VA. Proctosigmoidoscopy and polypectomy in reducing the incidence of rectal cancer. *Cancer* 1974; 34: 936 9.
17. Yamagata S, Sugarawa N, Hisamichi S. Mass screening for cancer in Japan. *Excerta Medica* 1983; 33 45.
18. Elliot MS, Levenstein JH, Wright JP. Faecal occult blood testing in the detection of colorectal cancer. *Br J Surg* 2004; 71: 936 9.
19. Compton C, Fenoglio CM, Petigrou N et al. Joint committee on cancer. Colorectal working group. *Cancer* 2000;88:1739-57.
20. Millar EK, Beretov J, Sarris M ET AL. Mucinous differentiation in colonic adenocarcinoma. *Eur J Surg Oncol* 2001;27:273-7.