

## INCIDENCIA Y CAUSAS DE HEMORRAGIA DIGESTIVA BAJA INSTITUTO GASTROENTEROLOGICO BOLIVIANO JAPONES (1979 - 2005)

### Incidence and causes of low intestine bleeding at Intitute Gastroenterológico Boliviano Japonés (1979-2005)

\* Ivar Mauricio Jensen Balcázar

\*\*Patricia Guerra Salazar

Recibido: 30 de marzo 2009 ; Aceptado: 20 de abril 2009

#### RESUMEN

El objetivo de este trabajo es de estudiar y determinar retrospectivamente las causas y la frecuencia de presentación de la hemorragia digestiva baja, en pacientes del I.G.B.J, demostrado por endoscopia en un periodo de tiempo de 25 años. Se estudiaron 3591 pacientes (1275 mujeres y 1245 hombres), con diagnóstico de hemorragia digestiva baja, diagnóstico que se hizo en base a datos que fueron recolectados de la historia clínica y hallazgos endoscópicos.

Se revisaron un total de 8314 procedimientos endoscópicos bajos, en un período de tiempo comprendido entre enero de 1979 a diciembre de 2005 realizados en el I.G.B.J, de Cochabamba, correspondientes a estudios endoscópicos de pacientes internados u ambulatorios, de diferente edad, sexo y patología. De estos 3591 (43,2%) presentan diagnóstico de HDB, de los cuales 2520 procedimientos (70,2%) son patológicos y 1071 procedimientos (29,8%) fueron normales. De los 2520 pacientes de nuestro estudio, el 49,4% son varones (1245 pacientes), y el 50,6% son mujeres (1275 pacientes). Las lesiones vasculares de tubo digestivo bajo como son las hemorroides, lesiones vasculares y proctitis acínica constituyen el mayor porcentaje causante de HDB, 975 pacientes (38,6%), cuya etiología difiere según frecuencia y según grupo etáreo de lo reportado en la literatura. El índice de mortalidad encontrado es del orden de 0.2% significativamente menor al de la literatura que es del 5%, esto probablemente a que en nuestro medio la casuística es menor.

Se espera que el presente estudio sea el punto de partida para elaborar nuestro propio protocolo de manejo en nuestro hospital.

**Palabras clave:** Hemorragia digestiva, Gastroenterológico.

#### ABSTRACT

This work is a retrospective study and determine the causes and frequency of lower gastrointestinal bleeding in patients I.G.B.J demonstrated by endoscopy in a period of 25 years. We studied 3591 patients (1275 women and 1245 men), diagnosed with lower gastrointestinal bleeding, that diagnosis was based on data that were collected on clinical history and endoscopic findings. We reviewed a total of 8314 low endoscopic procedures, in a period of time from January 1979 to December 2005 in the I.G.B.J Cochabamba, endoscopic studies for inpatient or outpatient, in a different age, sex and pathology. Of these 3591 (43.2%) present diagnosis of HDB, of which 2520 procedures (70.2%) are pathological and 1071 procedures (29.8%) were normal. Of the 2520 patients in our study, 49.4% are male (1245 patients) and 50.6% are women (1275 patients). The vascular lesions alimentary canal are as low as hemorrhoids, vascular lesions and radiation proctitis constitute the largest cause of HDB, 975 patients (38.6%), whose etiology differs according to age group and as often as reported in the literature. The mortality rate is found in the order of 0.2% significantly lower than in the literature that is 5%, this probably because in our case mix is lower.

It is hoped that this study is the starting point for developing our own management protocol in our hospital.

**Keywords:** Intestine Bleedin, Gastroenterológico.

\*Médico Gastroenterólogo del I.G.B.J. - Docente U.M.S.S.

\*\*Residente III año de gastroenterología I.G.B.J.

## INTRODUCCION

La hemorragia digestiva baja (HDB) es aquella que tiene su origen en el tubo digestivo distal al ángulo de Treitz que representa aproximadamente el 20 % de todos los casos de hemorragia digestiva, la etiología de la HDB es variable según el grupo de edad, en niños y jóvenes las causas más habituales son el divertículo de Meckel, los pólipos juveniles y la enfermedad inflamatoria intestinal, mientras que en adultos y ancianos los divertículos y la angiodisplasia de colon son las causas más comunes<sup>1-4</sup>. El 80 % de casos tienen su origen a nivel colorrectal, y se estima que sólo un 10 % se localiza en el intestino delgado y en el 10 % de casos restante no se consigue establecer el diagnóstico de certeza<sup>10,11</sup>.

En la mayoría de los casos, la HDB se autolimita y sólo en un 10-15 % tiene carácter persistente o recidivante<sup>7,8,9</sup>. La incidencia anual de la HDB grave es de 20,5 a 27 casos/100.000 habitantes, esta información contrasta con los datos mostrados para la incidencia anual de la hemorragia de vías digestivas altas (HDA), que es de 100 a 200 casos por 100.000 personas. Un estudio halló que en un tercio de los pacientes que consultaban por HDB la causa se encontraba en el colon mientras que en los restantes dos tercios la causa se podía identificar próxima al ligamento de Treitz, es decir, HDA; así mismo, en otro estudio de sangrado intestinal, realizado por los miembros del Colegio Americano de Gastroenterología, se encontró sangrado intestinal bajo sólo en el 24% de todos los eventos de sangrado en pacientes que ingresaron a un determinado hospital y su mortalidad global inferior al 5 %<sup>11,12</sup>. Predomina ligeramente en el varón y se presenta por lo común en edades avanzadas de la vida, habitualmente por encima de los 75 años, asociándose con frecuencia a enfermedades graves o antecedentes de intervenciones quirúrgicas<sup>5,7</sup>. Es de 3 a 5 veces más frecuente que la HDA y suele tener un curso menos grave<sup>4,5</sup>. En el presente estudio determinaremos la incidencia, etiología según edad y sexo, así como morbimortalidad, nuestro centro es de referencia local y departamental, lo cual refleja el acontecer real de esta patología en nuestro medio, hecho que sin duda nos ubica en el contexto de poder identificar la etiología de la HDB y poder proyectar estos datos a una realidad tal vez general en nuestro departamento, además para tener mejores datos estadísticos es que tomamos en cuenta 26 años de estudio para poder reflejar y al

mismo tiempo conocer nuestra realidad. En nuestro medio tenemos poca información de estudios de este tipo, de ahí que consideramos que estos datos serán un verdadero aporte de ayuda científica, pues en el marco de nuestra realidad refleja nuestro propio acontecer.

Los objetivos son:

- Determinar las causas y frecuencia de presentación de la hemorragia digestiva baja, en pacientes del I.G.B.J., demostrado por endoscopia desde 1979 a 2005.

## MATERIAL Y MÉTODOS

Es un estudio retrospectivo, descriptivo y transversal.

El universo de estudio lo componen todos aquellos pacientes a los cuales se les realizó endoscopia baja en nuestro servicio, tanto pacientes hospitalizados como pacientes atendidos por consulta externa (ambulatorios) en el periodo de tiempo de 1979 a 2005.

Se incluyeron a todos los pacientes cuyo motivo de consulta fué rectorragia o hematoquecia y el criterio endoscópico de inclusión fue: toda lesión potencialmente causante de HDB en todos los pacientes con síntomas y signos propios de esta patología.

Fueron excluidos del estudio aquellos pacientes con diagnóstico dudoso o interrogado o estudio insatisfactorio.

Los datos fueron recolectados a través de la revisión de registros de endoscopías, incluyendo todos aquellos pacientes en los que se realizó estudio endoscópico bajo, de éstos se seleccionó a aquellos con el diagnóstico de hemorragia digestiva baja.

Se tuvieron en cuenta las siguientes variables: edad y sexo, causa de la patología, antecedentes patológicos importantes, hallazgos endoscópicos, resultados de exámenes laboratoriales.

## RESULTADOS

Se revisaron un total de 8314 procedimientos endoscópicos bajos, en un período de tiempo comprendido entre enero de 1979 a diciembre de 2005 realizados en el I.G.B.J., de Cochabamba, correspondientes a estudios endoscópicos de pacientes internados u ambulatorios. Se tomaron en cuenta los estudios endoscópicos bajos de pacientes que acudieron por hemorragia digestiva baja. Para el diagnóstico se tomó como base la presencia de algún tipo de lesión que sea causa de HDB identificada sobre la mucosa de colon, sigmoides, recto o ano.

De los 2520 pacientes de nuestro estudio, el 49.4% son varones (1245 pacientes), y el 50,6% son mujeres (1275 pacientes).

La edad de presentación general fluctúa entre los rangos de 15 a 95 años con una mediana de 55 años.

En el sexo femenino la edad fluctúa entre los rangos 15 y 90 años con una mediana de 53 años y edad promedio de 54.2 años; en el sexo masculino la edad de presentación oscila entre los rangos de 21 a 82 años, la mediana es de 52 años y la edad promedio de 53.8 años.

Se encontró el mayor índice de incidencia entre los rangos de edad de 46-65 años y en general entre la cuarta y sexta décadas de la vida. (Ver gráfico N°1).

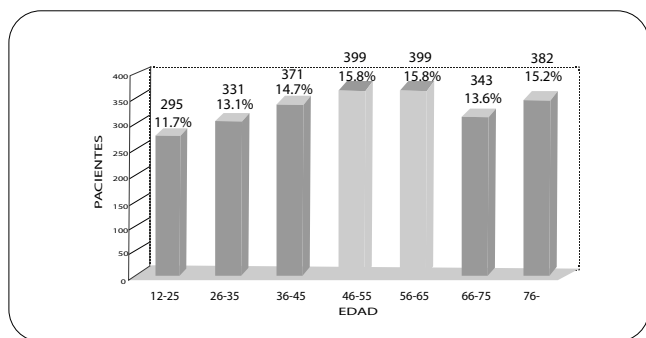


Gráfico 1. Distribución etarea de la incidencia hemorragia

De un total de 8314 estudios endoscópicos bajos realizados, 3591 (43,2%) se solicitan por hemorragia digestiva baja, de estos 2520 (70.2%) son patológicos y 1071 (29.8%) fueron reportados como estudio normal.

De los 2520 pacientes con hallazgos patológicos a la endoscopia, en 911 (36.2%) se encontró hemorroides; en 465(18.5%) proctocolitis; de los cuales 240 pacientes (51.6%) eran inespecíficas y 225 (48.4%) eran de origen infeccioso; en 298 (11.8%) pólipos; en 268 pacientes (10.6%) patologías mixtas, que comprenden el hallazgo de 2 o más lesiones causantes de HDB; en 208 (8.3%) lesiones neoplásicas; en 167 (6.6%) enfermedad diverticular; en 65 (2.6%) fisura anal; en 64 (2.5%) úlceras; en 34 (1.3%) proctitis actínica; en 23 (0.9%) angiodisplasia; en 11 (0.4%) no se precisó el sitio de sangrado; en 7 (0.3%) lesión vascular de dieulafoy; en 7 (0.3%) diverticulitis, en 5 (0.2%) prolapso rectal, en 3 (0.12%) proctitis traumática, en 1 (0.04%) Síndrome de Peutz Jeghers, en 1 (0.04%) infiltración neoplásica, en 1 (0.04%) colitis urémica y por último en 1 paciente (0.04%) uncinariasis masiva. (Ver tabla N° 1)

En cuanto a la etiología según el grupo de edad: En el

**Tabla N 1:** Incidencia de Hemorragia Digestiva Baja I.G.B.J (1979 - 2001)

CAUSAS	NÚMERO	%
HEMORROIDES	911	36,2
PROCTOCOLITIS	465	18,5
POLIPOS	298	11,8
PATOLOGÍAS MIXTAS	268	10,6
CANCER	208	8,3
ENF. DIVERTICULAR	167	6,6
FISURA ANAL	65	2,6
ÚLCERAS	64	2,5
PROCTITIS ANTÍNICA	34	1,3
ANGIODISPLASIA	23	0,9
HEMORRAGIA DE SITIO NO PRECISADO	11	0,4
LESIÓN VASCULAR DIEULAFOY	7	0,3
DIVERTICULITIS	7	0,3
PROLAPSO RECTAL	5	0,2
PROCTITIS TRAUMÁTICA	3	0,12
SÍNDROME PEUTZ JEGHERS	1	0,04
INFILTRACIÓN NEOPLÁSICA	1	0,04
COLITIS URÉMICA	1	0,04
UNCINARIASIS MASIVA	1	0,04
TOTAL	2520	100

rango de 15 a 25 años, se encontró proctocolitis en 108 pacientes (36.6%), hemorroides en 97 pacientes (32.9%), pólipos en 42 (14.2%), úlceras en 25 casos (0.5%), fisura anal en 25 (8.5%) y enfermedad diverticular en 5 pacientes (1.7%).

En el grupo de 26 a 35 años: hemorroides en 137 pacientes (41.4%), proctocolitis en 116 pacientes (35%), pólipos en 58 (17.5%), úlceras en 15 casos (4.5%), proctitis actínica en 3 casos (0.9%) y lesiones vasculares en 2 (0.6%).

En el grupo de 36 a 45 años, se encontró hemorroides en 186 pacientes (50.1%), proctocolitis en 86 pacientes (23.2%), pólipos en 35 (9.4%), fisura anal en 18 (4.9%), úlceras en 16 casos (4.3%), lesiones neoplásicas en 15 (4%), enfermedad diverticular en 10 casos (2.7%), lesiones vasculares en 3 pacientes (0.8%) y proctitis actínica en 2 casos (0.5%).

En el grupo de 46 a 55 años: hemorroides en 262 pacientes (65.6%), proctocolitis en 44 pacientes (11%), pólipos en 31 (7.8%), enfermedad diverticular en 20 casos (5%), neoplasias en 16 (4%), úlceras en 13 casos (3.3%), fisura anal en 10 (2.5%), proctitis actínica en 3 casos (0.8%).

En el grupo de 56 a 65 años, se encontró hemorroides en 188 pacientes (54.7%), proctocolitis en 53 pacientes (15.4%), enfermedad diverticular en 39 casos (11.3%), pólipos en 25 (7.3%), neoplasias en 18 (5.3%), úlceras en

11 casos (3.2%), fisura anal en 7 (2%), proctitis actínica en 2 casos (0.6%).

En el grupo de 66 a 75 años: hemorroides en 102 pacientes (29.7%), enfermedad diverticular en 90 casos (26.2%), neoplasias en 85 (24.8%), proctocolitis en 25 pacientes (7.3%), pólipos en 20 (5.8%), úlceras en 10 casos (2.9%), fisura anal en 6 (1.7%) y lesiones vasculares en 5 casos (1.5%).

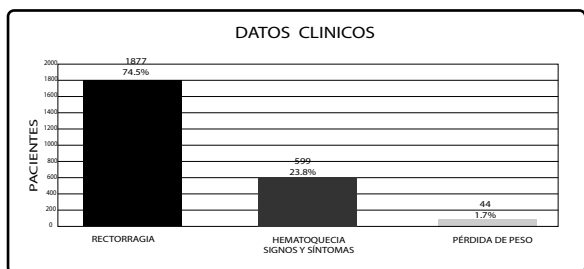
En el grupo de 75 años y más, se encontró hemorroides en 163 pacientes (42.7%), enfermedad diverticular en 146 casos (38.2%), neoplasias en 39 (10.2%), pólipos en 31 (8.1%) y lesiones vasculares en 3 casos (0.8%).

Las lesiones vasculares de tubo digestivo bajo como son las hemorroides, lesiones vasculares y proctitis actínica constituyen juntas el mayor porcentaje etiológico causante de HDB, 975 pacientes (38,6%).

Anatómicamente se encontró estas lesiones en recto 1990 pacientes (80%), en sigmoides 400 pacientes (15.9%) y en el resto del colon 130 pacientes (5,2%).

En cuanto a los signos y síntomas que fueron comunes en nuestro estudio tenemos: 1877 pacientes (74.5%) refieren rectorragia, 599 pacientes (23.8%) presentaron hematoquecia y 44 pacientes (1.7%) refieren pérdida de peso. (Ver gráfico N° 2)

En el presente trabajo las patologías concomitantes ó aso

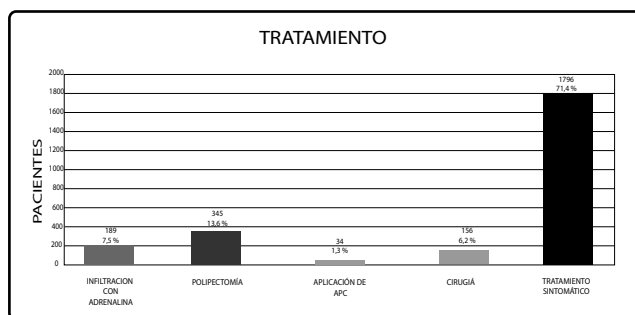


ciadas que se encontró en relación a las lesiones que son causa de HDB, se mencionan: en 567 (22.5%) pacientes se diagnosticó megacolon, en 489 (19.4%) pacientes estreñimiento crónico; cáncer de próstata en 5 pacientes (0.2%), cáncer de cervix en 29 pacientes (1.2%), hepatopatía crónica con hipertensión portal en 34 (1.3%) pacientes, diarrea crónica en 67 pacientes (2.7%), insuficiencia renal aguda en 1 paciente (0.04%) y en 1329 pacientes (52.7%) no se encontró patología asociada. (Ver tabla N° 2).

**Tabla N 2:** Incidencia de Hemorragia Digestiva Baja I.G.B.J (1979 - 2001) - Patologías Asociadas

CAUSAS	NÚMERO	%
MEGACOLON	567	22,5
ESTREÑIMIENTO CRÓNICO	489	19,4
CANCER DE CERVIX	29	1,2
CÁNCER DE PROSTATA	5	0,2
HIPERTENSIÓN PORTAL	34	1,3
DIARREA CRÓNICA	65	2,66
INSUFICIENCIA RENAL AGUDA	1	0,04

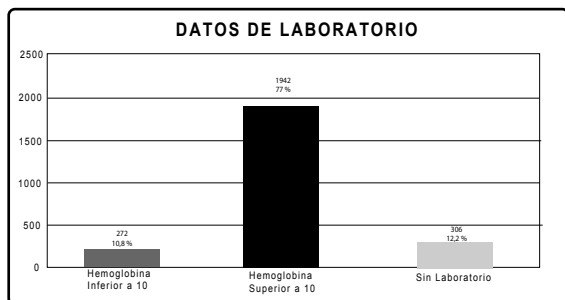
En general la evolución fue favorable en el 90% (2268 pacientes). Fue desfavorable en 4 pacientes (0.2%) quienes fallecieron al presentar alteraciones hemodinámicas severas, 248 pacientes (9.8%) no retornaron a consulta. En cuanto al tratamiento endoscópico realizado en 189 (7.5%) pacientes se realizó infiltración con adrenalina (lesiones vasculares, divertículos con sangrado activo, úlceras con vaso visible) en 345 (13.6%) pacientes se realizó polipectomía, en 34 pacientes (1.3%) se realizó aplicación de APC (proctitis actínica), 156 (6.2%) pacientes fueron derivados a cirugía, por el hallazgo de lesiones neoplásicas de colon, prolapso rectal y sangrado masivo que no se cohibió con terapias convencionales y en 1796 pacientes se prescribió tratamiento sintomático (hemorroides, enfermedad diverticular, fisura anal, proctosigmoiditis). (Ver gráfico N° 3)



En el presente estudio solo 18 pacientes (0.71%) requirieron transfusión sanguínea (proctitis actínica, cáncer de colon, angiodisplasia), el objetivo fue la estabilización hemodinámica y/o conseguir una hemoglobina de 9 mg/dl como mínimo.

Los datos laboratoriales más importantes están relacionados a parámetros que indican u orientan en éste caso a pérdidas hemáticas o discrasias sanguíneas, de ésta manera tenemos que 272 pacientes (10,8%) presentaban al ingreso una hemoglobina inferior a 10 mg/dl ; 1942 pacientes (77%) con hemoglobina superior a 10 hasta valores normales, el resto de los pacientes no se realizó

porque son ambulatorios.



## DISCUSIÓN

La Hemorragia digestiva baja es una entidad diagnosticada con mucha frecuencia, probablemente por el adelanto tecnológico de los equipos de endoscopia que ofrecen mayor fidelidad o calidad, por la mayor experiencia de los endoscopistas y por la tendencia mundial a la búsqueda sistemática de lesiones causantes de esta patología.

La frecuencia de su presentación encontrada de esta patología en el I.G.B.J., es de 43.2% del total de estudios endoscópicos bajos realizados.

En el presente trabajo vemos una mayor presentación en mujeres (50,6%) que en los varones (49,4%), hecho que contrasta al encontrado en otras series en las que se informa la mayor incidencia en el sexo masculino que sin embargo no ofrece diferencia significativa (1.4%).

En relación a la edad, queda comprobado que su mayor frecuencia de presentación está entre la cuarta y sexta décadas de la vida con alguna variación con lo que reza la literatura y lo que se menciona en otros trabajos donde es más frecuente a partir de la quinta década de vida, con una diferencia porcentual del 1.2%, aunque se debe mencionar que entre la segunda y tercera décadas de la vida también se reporta esta patología en nuestro con cifras para nada despreciables.

Según la literatura encontrada y al igual que en estudios similares, la causa más frecuente de la HDB es la enfermedad diverticular, sin embargo en el presente estudio, las hemorroides constituyen la causa más frecuente de esta patología, se ha visto que está en relación con el estreñimiento crónico y la mayor prevalencia en nuestro medio de Enfermedad de Chagas y por consiguiente del megacolon chagásico, como probable explicación. A continuación tenemos una tabla comparativa de la etiología por grupos de edad, según la literatura y según el presente estudio:

El índice de mortalidad encontrado es del orden de 0.2 %

(LITERATURA)		
ADOLESCENTES	ADULTOS	ANCIANOS (X 5 AÑOS)
Divertículo de Meckel	Enfermedad diverticular de colon	Enfermedad diverticular de colon
Enfermedad inflamatoria (colitis ulcerosa)	Enfermedad inflamatoria (colitis ulcerosa - enfermedad de Crohn)	Isquemia intestinal
Pólipos en colon y recto	Pólipos en colon y recto	
Enterocolitis infecciosa	Cáncer colorrectal	Cáncer colorrectal
Malformaciones vasculares	Patología orgánica	
Fiebre tifoidea	Fiebre tifoidea Angiodisplasia	Angiodisplasia
FACTORES ETIOLÓGICOS DE HDB SEGÚN EDAD I G.B.J		
ADOLESCENTES	ADULTOS	ANCIANOS (>=45 AÑOS)
Proctocolitis	Hemorroides	Hemorroides
Hemorroides	Proctocolitis	Enfermedad diverticular
Pólipos	Enfermedad diverticular	Neoplasias
Úlceras	Pólipos	Proctocolitis

significativamente menor al de la literatura que es del 5%, esto probablemente a que en nuestro medio la casuística es menor y los factores etiológicos son diferentes.

En nuestro servicio se evidencia además que las hemorroides son las lesiones vasculares con más incidencia del tubo digestivo bajo (36,2%).

Desde el punto de vista anatómico, se encontró que la mayoría de las lesiones causantes de hemorragia digestiva baja asientan en el segmento anatómico correspondiente al recto.

En cuanto a la sintomatología la rectorragia fue la presentación clínica más frecuente.

En relación al manejo y tratamiento médico observamos que el tratamiento médico y conservador es el más utilizado en las HDB. En relación al tiempo de internación hospitalaria, con una media de 4 días, se ve plenamente relacionada con cuadro de HDB, en los otros casos se realizó manejo ambulatorio, resaltando además que en los pacientes internados más de los 6 días se relacionó en forma directa con pacientes que presentan una patología de base asociada como es el caso de la insuficiencia renal, Cáncer de colon. Cáncer de cérvix.

Cabe resaltar que en nuestro medio carecemos de estadísticas propias de esta patología, sin embargo a través de estos resultados se pueden hacer los protocolos de manejo y no copiar de datos estadísticos de otros países.

## CONCLUSIONES

- La hemorragia digestiva baja es una entidad frecuente en nuestro medio en el orden de 43,2% de incidencia, según el número de estudios endoscópicos bajos.
- La manifestación clínica más importante es la

rectorragia debido a que el segmento anatómico más afectado es la porción distal del colon.

- Incide en ambos sexos, siendo más frecuente entre la cuarta y sexta décadas de la vida.

- Las hemorroides son más frecuentes en nuestro estudio como causa de hemorragia digestiva baja.

-En relación a la HDB, la endoscopia es un buen método diagnóstico y terapéutico, muy seguro y con excelente pronóstico en pacientes que se tomó conducta temprana, el 80% de los pacientes no requieren tratamiento invasivo por la remisión espontánea.

- La mortalidad de ésta entidad patológica es baja (0.2%), probablemente relacionada con la prevalencia de nuestra etiología.

- El diagnóstico de H.D.B. en los últimos años va en franco aumento, por la eficacia de los métodos de diagnóstico.

- Se observa una relación a tomar en cuenta en nuestro medio con los pacientes portadores de la Enfermedad de Chagas, quienes desarrollan megacolon y como consecuencia estreñimiento crónico, lo que lleva a la aparición de hemorroides, que es la causa más frecuente de HDB en nuestro medio.

## BIBLIOGRAFIA

---

1. CECIL, (1992) Tratado de medicina interna. Editorial Interamericana, 19 Edición, México. Vol. 1, Página 454-460.
2. FARRERAS, P. (1995), Medicina Interna. Editorial Harcourt-Brace, 13 edición Madrid-España. Vol. I, página 251-253.
3. LAURENCE, U. (1995) Diagnóstico clínico y tratamiento. Editorial El Manual, 30ava Edición, México. Páginas 527-530.
4. SLEISENGER, Y FORDTRAN (1988) Enfermedades gastrointestinales. Editorial Latina, III Edición, Tomo 2, Página 182-190.
5. ROBINSS, S. (1990) Patología estructural y funcional. Editorial Interamericana-Mac Graw-Hill., 4ta edición, USA. Vol. 1, páginas 933-934.
6. VARGAS, A (1998) Gastroenterología. Editorial Mac-Graw-Interamericana, 2da edición, México. Páginas 293-299.