

REPORTE DE CASO

Diverticulosis colónica sangrante

GABRIEL MOSQUERA KLINGER¹, RAÚL CAÑADAS GARRIDO¹

Resumen

El sangrado digestivo bajo constituye entre el 10% y el 30% de las consultas a urgencias. La etiología tiene una clara relación con el grupo etáreo. La causa más común de sangrado digestivo es la enfermedad diverticular, que es una verdadera urgencia en gastroenterología. El sitio anatómico donde hay más cantidad de divertículos es en el lado izquierdo, pero el que más tiene relación con el sangrado es el lado derecho. La necesidad de cirugía urgente, la hospitalización prolongada y la mortalidad en casos donde no se logra detener el sangrado mediante medidas endoscópicas es alta. Se presenta el caso clínico de una joven, con sangrado recurrente, que consulta por sangrado alto y anemia severa. Ella requirió manejo endoscópico y tuvo una muy buena evolución clínica.

Palabras clave: anemia, diverticulosis, hemorragia gastrointestinal.

Title: Bleeding Colonic Diverticula

Abstract

The lower gastrointestinal bleeding is between 10 and 30% of all the patients with gastrointestinal bleeding who visit the emergency room. The etiology is clearly related to age group. The most common cause of gastrointestinal bleeding is diverticular disease and the anatomical site where there is more of diverticula is in the left side, but the site that is related bleeding is the right side. Bleeding diverticular disease is a real urgency in gastroenterology. The need for emergency surgery, prolonged hospitalization and mortality in cases where is not stopped bleeding by endoscopic measures is high. We report the case of a young patient with recurrent bleeding, bleeding consulting for high and severe anemia. Requires endoscopic management with good clinical outcome.

1 Médico internista, gastroenterólogo, Pontificia Universidad Javeriana-Hospital Universitario San Ignacio, Bogotá, Colombia.

Recibido: 23/04/2014

Revisado: 06/06/2014

Aceptado: 24/07/2014

Key words: Anaemia, diverticulosis, gastrointestinal bleeding.

Introducción

El divertículo en el colon es una protrusión sacular de la mucosa a través de la pared muscular colónica. Dicha protrusión se da en áreas débiles de la pared intestinal donde puedan penetrar los vasos sanguíneos. Las formaciones diverticulares contienen solo mucosa y submucosa cubiertas de serosa. La enfermedad diverticular consiste en diverticulosis (presencia de divertículos dentro del colon), diverticulitis (inflamación del divertículo) y sangrado diverticular.

La diverticulosis es una enfermedad común, tiene una clara relación con la edad, está presente en el 2 % de pacientes menores de 30 años de edad, aparece en el 15 % de individuos menores de 50 años y se va incrementando de forma gradual; incluso se observa hasta en el 70 % de pacientes mayores de 80 años [1-3].

Los divertículos son más comunes en el lado izquierdo del colon. En el 95 % de los casos se localizan en el sigmoide y en el lado izquierdo del colon. Hay una tendencia a que se incremente su número en el lado derecho del colon, en los pacientes mayores. En los países asiáticos la localización es mayor en el lado derecho (más del 70 %) [4]; esta ubicación puede tener una influencia genética [5]. La diverticulosis, a pesar de ser más

frecuente en el lado izquierdo del colon, el sangrado diverticular se presenta con mayor frecuencia en el lado derecho.

La enfermedad diverticular es una de las causas más frecuentes de sangrado digestivo bajo, que se presenta hasta en el 15 % de los pacientes, por lo que requiere durante el tratamiento inicial alto aporte de cristaloides e incluso transfusión de hemoderivados. Habitualmente, el sangrado es abrupto, indoloro y de gran volumen (en el 33 % es masivo) [6,7] y autolimitado hasta en el 90 % de los pacientes [8].

Presentación del caso clínico

El caso corresponde a una mujer de 48 años de edad, natural y procedente de Bogotá, quien consultó por tener tres días de rectorragia abundante, con coágulos, sin relación con dolor abdominal, ni dolor rectal, sin disquecia, ni relación con la defecación. Hacía 6 y 2 meses había tenido cuadro clínico similar, autolimitado, con menor volumen de sangrado. Se le había tomado una colonoscopia con reporte escrito de hemorroides fisuradas, sin otros hallazgos que explicaran el sangrado.

Fue evaluada en el servicio de urgencias, donde los clínicos la encuentran ansiosa, en regular estado general, con palidez cutaneomucosa, mucosa oral seca, tensión arterial 120/70, Fc de 102/min, Fr de 18/min, SatO₂: 93 % al aire, sin dolor abdominal, con examen ano-

rectal sin lesiones anales visibles, tacto rectal sin dolor, sin masas palpables. El guante sale con sangrado, abundantes coágulos, lo cual se interpreta como sangrado digestivo bajo a estudio.

Se le inicia manejo con hidratación con cristaloides isotónicos, se le solicita hemograma donde se encuentra hemoglobina de 10,8 g/dl, creatinina de 0,8 mg/dl, nitrógeno ureico sanguíneo de 24 mg/dl y colonoscopia total con hallazgos endoscópicos (figuras 1 y 2). En la exploración con colonoscopia es llamativo que tiene abundante sangre fresca rutilante en el lado derecho del colon y en el ciego; pero al realizar ileoscopia, no hay evidencia de sangrado. Estos datos aclaran que el sitio de sangrado es en la zona proximal del colon. Por ello se hace una revisión exhaustiva con lavado reiterativo de la región con sospecha de sangrado, y se evidencia la salida de

abundante sangre proveniente de divertículo único en el lado derecho del colon.

Con estos hallazgos vistos, se procede a un control endoscópico del sangrado. Se decide inyectar adrenalina diluida 1:20.000, con lo cual se detiene el sangrado. Luego se colocan 2 endoclips sobre el cuello del divertículo y se vigila durante cinco minutos, y con esto se comprueba el cese completo del sangrado (figura 3).

La paciente tuvo una excelente evolución clínica, sin dolor abdominal, sin fiebre, sin nuevos episodios de sangrado, sin más anemia. Se vigiló durante 48 horas más que no hubiera sangrado manifiesto, complicaciones relacionadas con la intervención endoscópica y, ante la ausencia de signos de alarma, se le dio egreso hospitalario.

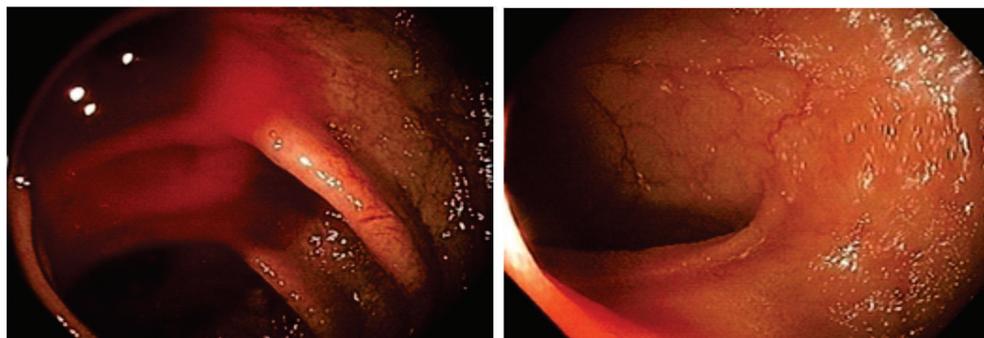


Figura 1. Ciego e íleon distal

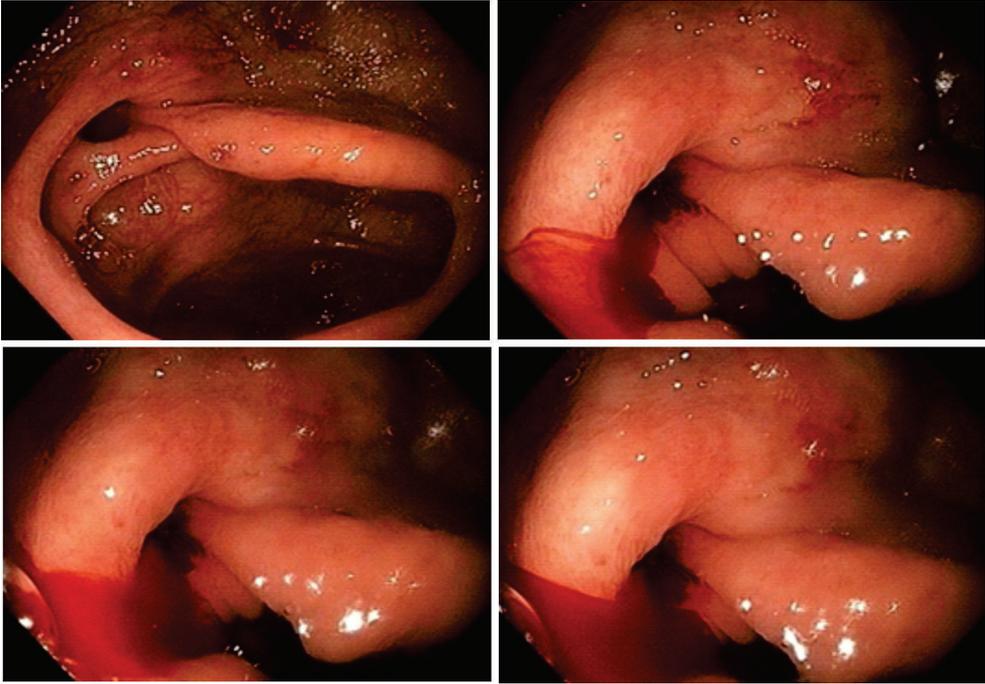


Figura 2. Lado derecho del colon: divertículo único sangrante

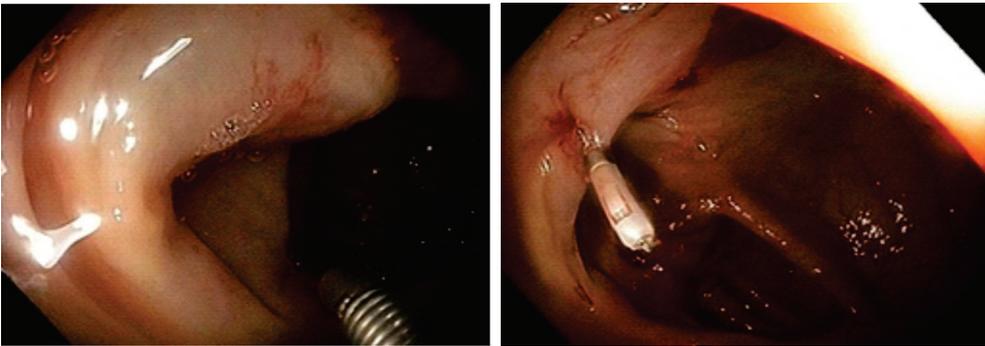


Figura 3. Terapia dual: adrenalina y endoclips

Discusión

La enfermedad diverticular complicada por sangrado es la causa más común de sangrado digestivo bajo masivo. En este contexto, las intervenciones terapéuticas deben ser precoces, efectivas y, ojalá,

siempre que se pueda dar en el ámbito de acciones protocolizadas.

Es controversial el rol de la colonoscopia en el manejo de la enfermedad diverticular complicada por sangrado. Las recomendaciones sobre el abordaje

inicial diagnóstico y terapéutico siempre tienen relación con la experiencia y los recursos disponibles con los que cuenta un servicio o institución.

En muchas instituciones, los pacientes con sangrado digestivo bajo son inicialmente evaluados con glóbulos rojos marcados con tecnecio o con angiografía por tomografía computarizada multidetectora. Cuando se encuentra sangrado activo, el tratamiento es mediante infusión de vasopresina o embolización selectiva. La cirugía se reserva para los casos en los que no se logra controlar el sangrado [9,10]. En este escenario, se considera la colonoscopia indicada de forma electiva cuando el sangrado ha cesado de forma espontánea; esto para establecer el diagnóstico diferencial del sangrado digestivo bajo (descartar otras causas de sangrado como ectasias vasculares, lesiones de Dieulafoy, colitis y tumores sangrantes).

En otros escenarios se ha tenido en cuenta la colonoscopia como el primer estudio en el contexto de sangrado digestivo bajo, por la disponibilidad rápida del procedimiento, e incluso por una mayor pericia de quienes la llevan a cabo para el control del sangrado en algunos sitios. En nuestro centro, los pacientes con sangrado digestivo bajo se abordan con colonoscopia, desde el punto de vista diagnóstico, y dependiendo de los hallazgos, se realizan intervenciones terapéuticas endoscópicas. En caso de pobre

control con los métodos endoscópicos, se cuenta con el servicio de radiología intervencionista para el abordaje con arteriografía y embolización selectiva del vaso sangrante. En pocos casos se debe realizar manejo quirúrgico.

Cuando la colonoscopia tiene fines homeostáticos, se utilizan medidas como la inyección de epinefrina, el cauterio bipolar, los endoclips y la ligación con banda. Estas se usan tanto en el sangrado activo como para disminuir la recurrencia de sangrado (resangrado). Tal conducta coincide con lo reportado en series internacionales. Recientemente se publicó una revisión sistemática de la literatura sobre el desarrollo de algoritmos de manejo basados en la evidencia. En esta se recomienda la colonoscopia como acción de primera línea en el diagnóstico y tratamiento en pacientes con sangrado digestivo bajo o en pacientes con enfermedad diverticular sangrante con signos de sangrado reciente (como vaso visible o coágulo adherido). El tratamiento endoscópico es de elección y se ha demostrado la disminución de tasas de resangrado temprano y tardío [11].

La angiografía con embolización superselectiva es una estrategia solo cuando no se logre controlar el sangrado endoscópicamente, y la cirugía podría ser considerada en pacientes a quienes no se les logre controlar el sangrado con las intervenciones endoscópicas y por radiología intervencionista, o en quienes

sufren de sangrado diverticular severo recurrente.

En el caso presentado, ante la evidencia clara del sitio de sangrado, con sangrado masivo y anemia severa, se optó por una intervención endoscópica. Se inyectó a la paciente con adrenalina, con lo que se logró controlar el sangrado, y se pusieron endoclips, para evitar el resangrado. Con ello se tuvo una excelente evolución clínica y se dio el alta. No obstante, en el seguimiento, la paciente requirió una nueva evaluación en urgencias, por un nuevo episodio de sangrado diverticular; por esta razón el Servicio de Coloproctología propuso que se le realizara una colectomía derecha laparoscópica de forma programada.

En pacientes con sangrado recurrente, en los que en la evaluación endoscópica no se les documenta un sitio exacto de sangrado y en caso de que no se haya un control endoscópico del sangrado, también se puede marcar, para ayudar a localizar en caso de una eventual cirugía. Aquí hubo control endoscópico del sangrado diverticular, en el contexto de un episodio de sangrado masivo, en el que se evitó la intervención quirúrgica de urgencias, en la que se ha demostrado peores desenlaces que en cirugías electivas.

Conclusiones

El sangrado diverticular es la causa más común y más grave de sangrado digestivo bajo. En todos los casos se debe pro-

curar el tratamiento inicial con medidas de soporte (administración de cristaloides o de hemoderivados), y según los recursos disponibles en la institución, se deberá hacer el tratamiento de control de sangrado definitivo.

En nuestro centro, por la experiencia obtenida, siempre se hace el abordaje inicial diagnóstico, y según los hallazgos terapéuticos por vía endoscópica (colonoscopia total), en casos fallidos o donde no se logre adecuada visualización del sitio de sangrado, se maneja mediante radiología intervencionista con embolización superselectiva, y algunos casos de persistencia y fallo de los métodos anteriores, manejo quirúrgico en el contexto de sangrado activo. El estudio endoscópico en pacientes con inestabilidad hemodinámica, anemia severa y requerimientos de hemoderivados se debería hacer un estudio endoscópico de forma temprana (entre las 12 y las 24 horas de ingreso a urgencias). En los casos de sangrado recurrente severo se debe indicar manejo quirúrgico, como fue el caso de la paciente presentada.

Referencias

1. Parks TG. Natural history of diverticular disease of the colon. *Clin Gastroenterol.* 1975;4(1):53-69.
2. Templeton A, Strate L. Updates in diverticular disease. *Curr Gastroenterol Rep.* 2013;15:339.
3. Touzios J, Dozois E. Diverticulosis and Acute diverticulitis. *Gastroenterol Clin N Am.* 2009; 38:513-25.

4. Hughes LE. Postmortem survey of diverticular disease of the colon: II. The muscular abnormality of the sigmoid colon. *Gut*. 1969;10:344.
5. Nakada I, Ubukata H, Goto Y, et al. Diverticular disease of the colon at a regional general hospital in Japan. *Dis Colon Rectum*. 1995;38:755.
6. Murphy T, Hunt RH, Fried M, Krabshuis J. Practices guidelines: diverticular disease. s. l.: World Gastroenterology Organisation; 2001.
7. Young-Fadok TM, Roberts PL, Spencer MP, Wolff BG. Colonic diverticular disease. *Curr Prob Surg*. 2000;37:459-514.
8. Lewis M. Bleeding colonic diverticula. *J Clin Gastroenterol*. 2008; 42:1156-8.
9. Kuo WT, Lee DE, Saad WE, et al. Superselective microcoil embolization for the treatment of lower gastrointestinal hemorrhage. *J Vasc Interv Radiol*. 2003;14:1503.
10. Funaki B, Kostelic JK, Lorenz J, et al. Superselective microcoil embolization of colonic hemorrhage. *AJR Am J Roentgenol*. 2001; 177:829.
11. Labenz J. Divertikelblutung: Diagnostik, konservative therapie, operationsindikation. *Chirurg*. 2014;85:314-9.

Correspondencia

Gabriel Mosquera Klinger
gami8203@yahoo.com
gamkgastro@gmail.com
