

## ARTÍCULO ORIGINAL

### Hemorragia Digestiva Baja. Manejo en la urgencia\*

#### Lower gastrointestinal hemorrhage: emergency room management

Burgos Alderete J

Primera Cátedra de Clínica Quirúrgica. Hospital de Clínicas. Facultad de Ciencias Médicas.  
Universidad Nacional de Asunción

\* Tesis presentada en la Facultad de Ciencias Médicas, Universidad Nacional de Asunción, para el escalafón docente de la Primera Cátedra de Clínica Quirúrgica.

---

## RESUMEN

**INTRODUCCIÓN:** La Hemorragia Digestiva Baja (HDB) tiende a ser autolimitante: en un 80% - 85% de los casos cesa en forma espontánea. Predomina en el varón, su mortalidad es del 5 al 10% aproximadamente. **El objetivo general de este trabajo fue el de** describir el manejo de la HDB en la 1ª C.C.Q- SALA X del Hospital de Clínicas desde Enero de 1997 hasta Enero de 2010.

**MATERIALES Y MÉTODOS:** Estudio observacional, descriptivo, temporalmente retrospectivo, con componente analítico, de corte transversal. Se incluyeron pacientes con HDB que consultaron en la urgencia de la 1ª C.C.Q., Sala X del Hospital de Clínicas. Muestreo no probabilístico de casos consecutivos. Las variables fueron edad y sexo, motivo de consulta, nivel de hemoglobina, diagnóstico de ingreso, signos y síntomas, manejo inicial, medios auxiliares de diagnóstico, tratamiento instituido, anatomía patológica, complicaciones del procedimiento, mortalidad.

**RESULTADOS:** El estudio incluyó 124 pacientes con HDB, de los cuales 63% eran mujeres y 37% varones. La mayor frecuencia (39%) se dio entre 50 y 59 años. El 95% de los pacientes consultó por rectorragia y 5% por melena. Síntomas acompañantes, 21% de los pacientes presentaron dolor en fosa iliaca izquierda, 12% tuvo palidez, y 8% distensión abdominal. Nivel de hemoglobina al ingreso entre 6 a 13 mg% (media = 9,8). Al ingreso, el tacto rectal permitió comprobar sangre en todos los pacientes. En todos se realizó análisis de laboratorio, a 44 pacientes se les realizó radiografía de colon por enema opaca, en 6 pacientes se realizó rectosigmoidoscopia y ambos procedimientos en 5. A 69 pacientes no se les practicó ningún medio auxiliar de diagnóstico.

---

*Autor correspondiente:* Prof. Dra. Jazmín Jacqueline Burgos Alderete, Primera Cátedra Clínica Quirúrgica – Facultad de Ciencias Médicas - UNA. Email: jazminb@rieder.net.py.

*Fecha de recepción el 4 de septiembre del 2014; aceptado el 20 de julio del 2015*

Los 124 pacientes que fueron internados en la 1ª C.C.Q. Sala X del Hospital de Clínicas todos recibieron tratamiento médico, 26% pacientes requirieron tratamiento quirúrgico de urgencia por hemorragia persistente (n=31) o masiva (n=22). Las intervenciones efectuadas en la urgencia fueron: colectomía subtotal con ileostomía, con anastomosis termino terminal en 42% pacientes, colectomía izquierda con colostomía y cierre del muñón distal en 34%, colectomía derecha con ileostomía y fístula mucosa en 13% y operación de Hartmann en 11%. **DISCUSIÓN:** 1.- Las causas de la Hemorragia Digestiva Baja (HDB), en los pacientes que consultaron en la urgencia de la 1ª C.C.Q. Sala X del Hospital de Clínicas, durante el periodo comprendido entre Enero de 1997 hasta Enero de 2010 fueron: Enfermedad Diverticular del Colon 62% de los casos, el 38% de los pacientes pasaron a consultorio externo para su estudio correspondiente. 2.- Los métodos auxiliares de diagnóstico utilizados durante la internación por urgencia fueron el tacto rectal, rectosigmoidoscopia y colon por enema opaco. No se pudo realizar estudios endoscópicos y tampoco angiográficos. 3.- Todos los pacientes recibieron tratamiento médico, resultando satisfactorio en 70 pacientes. Se realizó cirugía de urgencia en 53 pacientes por persistencia y sangrado masivo de la HDB. 4.- En los 53 pacientes operados de urgencia, el diagnóstico hecho por estudio anatomopatológico, evidencio como causa de la HDB, la Enfermedad Diverticular del Colon. 5.- En este trabajo se determinó la morbilidad del 17% y una mortalidad del 3%. 6.- Existió baja correlación en las variables estudiadas como edad, valor de la hemoglobina, tipo de cirugía versus sexo, tipo de complicaciones y óbito, no alcanzando nivel de significancia en ninguna de las interrelaciones analizadas.

**Palabras clave:** Hemorragia digestiva baja; Tratamiento; Urgencia.

## ABSTRACT

**INTRODUCTION:** The lower gastrointestinal bleeding (LGIB) tends to be self-limiting: in an 80-85% of the cases ceases spontaneously. Predominant in the male, its mortality rate is from 5 to 10% approximately. The objective of this study was to describe the management of LGIB at the First Chair of Clinical Surgery, ROOM 10 of the Hospital de Clinics from January 1997 to January 2010.

**MATERIALS AND METHODS:** An observational, descriptive, cross sectional and temporarily retrospective study with analytical component was conducted on patients with lower gastrointestinal bleeding who looked for medical attention at the Emergency Room of the First Chair of Clinical Surgery, ROOM 10 of the Hospital de Clinics. The study included patients of both genders, over 50 years with lower gastrointestinal bleeding, patients who were admitted by Emergency and were hospitalized at the First Chair of Clinical Surgery, ROOM 10 of the Hospital de Clinics from January 1997 to January 2010, patients with acute colon condition, patients without colonoscopy, patients with complete record. Patients were excluded from those younger than 50 years, patients who deceased without any treatment, patients with incomplete medical record. Non-probabilistic sample of consecutive cases. The variables were age and gender, reason for consultation, hemoglobin level, diagnosis of income, signs and symptoms, initial management, auxiliary means of diagnosis, treatment instituted, pathological anatomy, complications of the procedure, mortality. **RESULTS:** The study included 124 patients with lower gastrointestinal bleeding, of which 63% were female and 37% male. The most frequently (39%) between 50 and 59 years. 95% of patients consulted for rectorrhagia and 5% for melaena. Accompanying symptoms, 21% had pain in the left side of the iliac fossa, 12% had paleness, and 8%, abdominal distension. Admission hemoglobin level between 6-13 mg% (median = 9.8). On admission, the DRE allowed to check blood in all patients. Laboratory analysis were performed in all patients, 44 patients had a

barium enema, 6 patients had a proctosigmoidoscopy and both procedures were performed in 5 patients. 69 were not practiced any auxiliary means of diagnosis. The 124 patients who were hospitalized at the First Chair of Clinical Surgery, ROOM 10 of the Hospital de Clinics received medical treatment, 26% of the patients required emergency surgery for persistent (n = 31) or massive bleeding (n = 22). The procedures performed in the emergency room were: subtotal colectomy with ileostomy, with end-to-end anastomosis in 42% patients, left colectomy with colostomy and closure of distal stump in 34%, right colectomy with ileostomy and anal fistula (13%) and Hartmann's procedure in 11%. **DISCUSSION:** 1.- The causes of lower gastrointestinal bleeding (LGIB) in patients who consulted the Emergency Room of the First Chair of Clinical Surgery, ROOM 10 of the Hospital de Clinics during the period from January 1997 to January 2010 were: diverticular disease of the colon 62% of cases, 38% of patients went to the outpatient clinic for the corresponding study. 2.- The auxiliary diagnosis methods used during emergency hospitalization were the digital rectal examination, proctosigmoidoscopy and barium enema. Failed to perform endoscopic and angiographic studies. 3.- All patients received medical treatment, resulting satisfactory in 70 patients. Emergency surgery was performed in 53 patients with persistent or massive bleeding from the LGIB. 4.- In the 53 patients who underwent emergency surgery, diagnosis made by anatomopathological study, evidenced diverticular disease of the colon (EDC) as a cause of the LGIB. 5.- In this work, a morbidity of 17% and a mortality rate of 3% were determined. 6.- There was low correlation in the studied variables such as age, hemoglobin value, type of surgery versus sex, type of complications and demise, not reaching significance level in any of the analyzed interrelations.

**Key Words:** Lower gastrointestinal hemorrhage; Treatment; Emergency.

## INTRODUCCIÓN

La Hemorragia digestiva baja (HDB) se origina en lesiones ubicadas entre el ángulo de Treitz y el recto, manifestándose como sangre oculta, hematoquecia, sangrado activo y, más raramente en forma de melena. La enfermedad diverticular del colon, es la primera causa de la HDB (1-6). Después de los 65 años, el 80% de los pacientes con HDB es secundaria a la enfermedad Diverticular del colon, en el cual el sangrado se autolimita y cesa espontáneamente. Las malformaciones arterio-venosas son la segunda causa de HDB e incluyen las ectasias vasculares, la angiodisplasia y los angiomas. La colitis puede ser la causa del sangrado en el 9%-21% de los casos. Las neoplasias del colon y el sangrado post-polipectomía representan el 11% a 14% de los casos. El 11% y 13% de los pacientes que consultan por HDB, el sangrado es de origen anal o rectal bajo, dentro de los cuales incluimos las hemorroides internas, fisura anal, varices rectales y el síndrome de la úlcera solitaria (7-10). La colopatía diverticular se caracteriza por la existencia de pequeños sacos mucosos que producen hernia a través de la capa muscular del colon, llegando a la sub-serosa; por tanto, carecen de capa muscular y por este hecho, son formaciones pseudodiverticulares. El 8%-10% de los pacientes presentan algún tipo de complicaciones a los 5 años del diagnóstico de la enfermedad, 25% a los 10 años y más del 35% después de los 20 años; los hombres comprenden la mayoría de los pacientes menores de 40 años, pero la proporción de mujeres es mayor al analizar la población de más de 40 años (10,11). La fisiopatología, en la formación de los divertículos colónicos intervienen: 1.- Alteraciones de la motilidad cólica, 2.- Anomalía de la pared muscular del colon, 3.- Efecto de la carencia en fibras alimentarias, 4.- Otro de los factores que se citan es el estreñimiento (11,12). Los procesos diverticulares del colon pueden clasificarse en divertículos colónicos congénitos y adquiridos (13-15).

Sin síntomas o con molestias leves como estreñimiento, con heces fragmentadas o episodios de falsa diarrea, meteorismo, flatulencia, trastornos dispépticos. Por lo tanto debemos hacer una minuciosa historia clínica y examen clínico, con especial énfasis en la exploración abdominal, pélvica y rectal (15,16). El sigmoide es la habitual localización de las divertículos, la hemorragia masiva suele originarse más en el colon derecho (50% - 80%), como lo demuestra la arteriografía. Se considera que 18% de los mayores de 70 años requerirán tratamiento quirúrgico, con mortalidad del 9% (17-21). Los métodos de diagnósticos de la Hemorragia Digestiva Baja consiste en un examen proctológico exhaustivo: inspección, tacto rectal, anoscopia y rectosigmoidoscopia rígida o flexible, aspiración nasogástrica por sonda, endoscopia alta, colonoscopia (22-25). Se realiza tratamiento con medidas conservadoras (reposo del colon, reposición del volumen sanguíneo para compensar la pérdida, infusiones de cristaloides etc.). Los pacientes hemodinamicamente inestables o con hemorragia masiva, deberían ingresar a la unidad de Cuidados intensivos, tratar de estabilizarlo, asegurando la ventilación, usar vasopresina, en infusión venosa por vena periférica. El tratamiento quirúrgico de emergencia es necesario en 10% - 25% de los casos, para extirpar la zona del sangrado activo. Está indicado en pacientes con sangrado masivo o persistente en quienes han fallado el tratamiento conservador, los procedimientos colonoscópicos y angiográficos (26-28). Para indicar la cirugía debemos tener en cuenta: 1.- si hay necesidad de transfusión de 3 o más unidades de glóbulos rojos durante la resucitación inicial y evidencia de sangrado persistente, 2.- Transfusión de 4 o más unidades de glóbulos rojos en 24 horas para mantener estabilidad hemodinámica, 3.- Sangrado persistente por más de 72 horas, 4.- Recaída del sangrado antes de 7 días, con inestabilidad hemodinámica, 5.- Tipo y grupo sanguíneo de difícil obtención (7-9,29,30).

El objetivo general del presente estudio fue describir el manejo de la HDB en la 1ª C.C.Q- SALA X del Hospital de Clínicas desde Enero de 1997 hasta Enero de 2010. Además, se describió el método de diagnóstico más utilizado para determinar las causas de la HDB; se evaluó los resultados inmediatos del tratamiento efectuado en urgencia y los resultados del estudio anatomopatológico de las piezas operatorias; se determinó la morbi-mortalidad ocurrida posterior al tratamiento quirúrgico en el grupo de estudio; y se verificó la relación existente entre las variables demográficas y las variables clínicas.

La HDB se constituye en una situación de frecuencia no despreciable, por lo tanto se torna prioritario que aquellos profesionales de la salud que se desempeñan en la urgencia en Atención Primaria de la Salud, zona central e interior de nuestro país, poder estar capacitados para reconocer los signos y síntomas de esta situación y sobre todo detectar en aquellos pacientes a los cuales llevarles a cirugía de urgencia, Podemos mencionar que la decisión de optar por una cirugía de urgencia a ciegas, sin tener la ubicación exacta del sangrado, y ante hemorragias digestivas bajas masivas, la decisión quirúrgica es válida para salvar la vida del paciente.

## MATERIALES Y MÉTODOS

El estudio fue observacional, descriptivo, temporalmente retrospectivo, con componente analítico, de corte transversal, Sujetos: Pacientes con Hemorragia Digestiva Baja que consultaron en la urgencia de la 1ª C.C.Q., Sala X del Hospital de Clínicas. Criterios de inclusión: Pacientes incluidos de ambos sexos, mayores de 50 años con Hemorragia Digestiva Baja, Pacientes que ingresaron por urgencia y fueron internados en la Primera Cátedra de Clínica Quirúrgica de la Facultad de Ciencias Médicas desde Enero de 1997 hasta Enero de 2010, Pacientes con afección colónica aguda, Pacientes sin colonoscopia, Pacientes con historia clínica completa.

Los pacientes excluidos: fueron aquellos menores de 50 años, Pacientes que fueron al óbito sin tratamiento alguno, Pacientes con historia clínica incompleta. Muestreo no probabilístico de casos consecutivos. Mediciones mediante variables: Características demográficas: edad y sexo, Características clínicas: motivo de consulta, nivel de hemoglobina, diagnóstico de ingreso, signos y síntomas, manejo inicial, medios auxiliares de diagnóstico, tratamiento instituido, anatomía patológica, complicaciones del procedimiento, mortalidad. Definición operacional de las variables: Motivo de consulta: datos obtenidos de los pacientes por lo cual han consultado a la urgencia. Nivel de hemoglobina: control de los niveles de hemoglobina de los pacientes al ingreso en la urgencia. Diagnóstico presuntivo en el ingreso, teniendo en cuenta los datos aportados por los pacientes o sus familiares. Signos y síntomas presentes durante la consulta de urgencia. El manejo de los pacientes con HDB, que fueron internados por urgencia, se inicia con medidas conservadoras (reposo del colon, reposición del volumen sanguíneo para compensar la pérdida, infusiones de cristaloides etc.), pues la hemorragia se detiene en 80% de los casos, lo cual nos permite la realización de estudios electivos, con adecuada preparación y llegar al diagnóstico etiológico certero. Por lo tanto ante una hemorragia digestiva baja en su inicio debemos valorar el estado hemodinámica, determinando la cantidad del sangrado, valorar la presión arterial, frecuencia cardiaca y estado de perfusión periférica teniendo en cuenta la magnitud del sangrado. Para llegar a localizar la hemorragia, se utiliza estudios endoscópicos (colonoscopia, endoscopia alta, electrocoagulación o biopsias de lesiones), y recursos angiograficos. Medios auxiliares de diagnóstico que incluyó análisis de laboratorio para evaluar grado de anemia, tacto rectal y rectosigmoidoscopia a fin de corroborar el sangrado, y descartar otras causas de la zona anorrectosigmoidea. La radiografía de colon por enema opaca. Tratamiento: 1.- El tratamiento médico en todos ellos, el cual consistió en transfusiones de sangre isogrupo para corregir la anemia y estabilizar las condiciones hemodinámicas, durante la espera para la detención de la hemorragia. 2.- El tratamiento quirúrgico de urgencia, fue indicado por sangrado masivo o por persistencia de la hemorragia. Anatomía patológica se realizó a los pacientes que fueron a tratamiento quirúrgico de urgencia, y demostrar que en todos los pacientes se comprobó la presencia de divertículos como causa de la hemorragia. Complicaciones del procedimiento una vez que se iniciaron los tratamientos respectivos. Mortalidad que se tuvo en estos pacientes, debido a complicaciones durante el tratamiento médico y quirúrgico.

**Consideraciones éticas:** Para este estudio retrospectivo, se utilizó expedientes clínicos de los pacientes previo pedido y autorización por escrito de los autoridades respectivas del servicio correspondiente, manteniendo y asegurando el anonimato.

## RESULTADOS

Fueron incluidos en el estudio 124 pacientes con Hemorragia Digestiva Baja, de los cuales 78 (63%) eran mujeres y 46 (37%) varones. La mediana de la edad fue de 63 años con rango que osciló entre 50 y 90 años, con mayor frecuencia (39%) entre 50 y 59 años (**Tabla 1**).

Características	Frecuencia (%)	
<b>Sexo</b>	<b>Femenino</b>	78 (63)
	<b>Masculino</b>	46 (37)
<b>Edad (Mediana y rango)</b>	63 años (50-92)	
<b>Grupo etario (años)</b>	50-59	48 (39)
	60-69	37 (30)
	70-79	25 (20)
	80-99	14 (11)

**Tabla 1.** Características demográficas de los pacientes con hemorragia digestiva baja. n= 124

Motivo de consulta. El 95% de los pacientes consultó por rectorragia y 5% por melena. **Síntomas acompañantes.** En 26 (21%) pacientes presentaron dolor en fosa iliaca izquierda, 15 (12%) tuvieron palidez, y 10 (8%) distensión abdominal (**Tabla 2**). Nivel de hemoglobina. Los pacientes mostraron niveles de hemoglobina al ingreso entre 6 mg% a 13 mg% (mediana = 9,8). En 31 (25%) pacientes la hemoglobina fue mayor a 10 mg%, en 71 (57%) entre 8 y 10 mg% y en 22 (18%) menor a 8 mg%.

Características clínicas	Frecuencia (%)
<b>Motivo de consulta</b>	
Rectorragia	118 (95)
Melena	6 (5)
<b>Síntomas acompañantes</b>	
Dolor en fosa iliaca izquierda	26 (21)
Palidez	15 (12)
Distensión abdominal	10 (8)
Promedio de días de internación (rango)	10 (4-24)

**Tabla 2.** Características clínicas de los pacientes con hemorragia digestiva baja. n= 124

Al ingreso, el tacto rectal permitió comprobar sangre en todos los pacientes. En todos se realizó análisis de laboratorio, en 44 pacientes se realizó radiografía de colon por enema opaca, en 6 pacientes se realizó rectosigmoidoscopia y ambos procedimientos en 5. A 69 pacientes no se les practicó ningún medio auxiliar de diagnóstico (**Tabla 3**).

Métodos auxiliares de diagnóstico	Frecuencia	Porcentaje
Rectosigmoidoscopia	6	5
Rx opaca	44	35
Ambos	5	4
Ninguno	69	56

**Tabla 3.** Métodos auxiliares de diagnóstico en pacientes con hemorragia digestiva baja. n= 124.

El asiento anatómico de las lesiones encontradas por radiografía del colon por enema opaca, fue de formaciones diverticulares en el colon derecho 10, en colon izquierdo 11, pancolonico en 23.

Los 124 pacientes que fueron internados en la 1ª C.C.Q. Sala X del Hospital de Clínicas todos recibieron tratamiento médico, 53 (26%) pacientes requirieron tratamiento quirúrgico de urgencia por hemorragia persistente (n=31) o masiva (n=22) (**Tabla 4**).

Tratamiento	Frecuencia	Porcentaje
Médico	71	57
Médico quirúrgico	53	43

**Tabla 4.** Tratamiento en pacientes con hemorragia digestiva baja. n= 124

Las intervenciones efectuadas realizadas en la urgencia fueron: colectomía subtotal con ileostomía, con anastomosis termino terminal en 22 (42%) pacientes, colectomía izquierda con colostomía y cierre del muñón distal en 18 (34%), colectomía derecha con ileostomía y fístula mucosa en 7 (13%) y operación de Hartmann en 6 (11%) (**Tabla 5**).

Cirugía de urgencia	Frecuencia	Porcentaje
Colectomía Izquierda	18	34
Colectomía Sub Total	22	42
Colectomía Derecha	7	13
Hartmann	6	11

**Tabla 5.** Cirugía de urgencia en pacientes con hemorragia digestiva baja. n= 53

Los resultados por anatomía patológica en aquellos paciente operados de urgencia dieron como resultado enfermedad diverticular en 53 (57%) pacientes.

Las complicaciones solo se presentaron en pacientes sometidos a cirugía de urgencia por colectomía sub total y ocurrieron en 9 (17%) operados y fueron: evisceración contenida en 4 (45%) pacientes, lesión del bazo en 1 (11%), infección urinaria en 2 (22%), necrosis de ileostomía en 1

(11%) y lesión de vena mesentérica en 1 (11%) (**Tabla 6**). Ningún paciente presentó hemorragia post operatoria (tabla 6). Mortalidad: La mortalidad global de la serie fue de 4 (3%) pacientes.

Complicaciones	Frecuencia	Porcentaje
Ninguna	115	93
Con complicaciones	9	7
Tipo de complicaciones		
Evisceración	4	3
Necrosis	1	1
IVU	2	2
Lesión esplénica	1	1
Lesión VCI	1	1
Mortalidad	4	3

**Tabla 6.** Complicaciones pacientes con hemorragia digestiva baja. n= 124

No se encontraron asociaciones entre en las variables edad, sexo, hemoglobina, tratamiento, tipo de cirugías, con las complicaciones y mortalidad.

## DISCUSIÓN

En este estudio, la Enfermedad Diverticular del Colon (EDC) (62%), es la primera causa de ingreso por HDB en la urgencia de la 1ª Cátedra Clínica Quirúrgica, debemos señalar que es concordante, con otros Servicios similares de nuestro medio (IPS, II CCQx). La edad promedio de 63 años, cifra similar a lo que se citan en la mayoría de la literatura consultada, predominando el sexo femenino en nuestra serie. En la literatura, la mayor frecuencia corresponde al sexo masculino, siendo la relación de la proporción entre hombres y mujeres de 3:2, (1-3). La rectorragia se comprobó en la totalidad de los pacientes y melena en 6 pacientes. La hemorragia es habitualmente indolora o con mínimo malestar en hemiabdomen inferior, tipo espasmo, con emisión de sangre o coágulos abundantes, rojos u oscuros y muy rara vez melenas y gleras. La palidez de piel y mucosas, así como el dolor en fosa iliaca izquierda y distensión abdominal se comprobó en un tercio de los pacientes, mencionado en trabajos como el de Buchman y otros (3-5). La hemorragia del tracto gastrointestinal bajo tiende a ser de difícil localización, porque el sitio posible del sangrado puede ubicarse en cualquiera de los segmentos del colon y tener varias causas a definir. Por este motivo, es de importancia capital seguir una secuencia lógica en el empleo de los medios disponibles de diagnóstico, con la intención prioritaria de localizar el sitio de sangrado en el colon de manera a optar por el tratamiento más eficaz y menos riesgoso. El colon por enema con bario es un examen rápido y no invasivo, pero no se utiliza en pacientes críticos, pues no permite identificar el origen de la hemorragia (5, 6).



La colonoscopia en pacientes con sangrado severo, algunos autores refieren que brinda buenos resultados en tiempo reducido, identifica el lugar del sangrado y permite realizar una terapéutica más temprana en un número apreciable de pacientes, se realiza endoscopia digestiva alta concomitante con la colonoscopia en un plazo de 24 horas a 48 horas (7-9). Incluyen angiografía selectiva, escintigrafía con TC 99, enteroclisia y endoscopia intraoperatoria (10). En la 1ª C.C.Q Sala X no se realizó colonoscopia en ninguno de los casos con sangrado activo, refiriéndose en la historia clínica la no disponibilidad de aparatos endoscópicos en momento requerido y falta de personal para realizarlo de urgencia. Los métodos auxiliares de diagnóstico que se utilizó incluyen dosaje de hemoglobina, tacto rectal, rectosigmoidoscopia, y colon por enema opaca. Solo se realizó colonoscopia en aquellos pacientes que siguieron su control por consultorio externo, teniendo como resultado la visualización de tumores, angiodisplasias y pólipos en recto. Teniendo en cuenta que la HDB cesa espontáneamente en 80% de los casos (11-13), la conducta terapéutica de la presente serie fue tratamiento médico a todos los pacientes, 73% tuvieron buena respuesta, y en 26% se requirió de tratamiento quirúrgico de urgencia. El tratamiento quirúrgico de urgencia fue aplicado al 26% de los pacientes de esta serie, por persistencia del sangrado y dificultad de mantener estable al paciente con medidas médicas agresivas de reposición y reanimación, además, sin localización previa del sitio del sangrado. Las técnicas empleadas fueron: colectomía subtotal con ileostomía en 18%, colectomía izquierda en 14%, colectomía derecha en 6%, y operación de Hartmann en 3%. Cabe resaltar que la decisión de indicar la cirugía y el tipo de técnica quirúrgica se ciñó estrictamente a los criterios aceptados para ello (hemorragia continua, falla de medidas conservadoras, necesidad de cuatro o más unidades de sangre en las primeras 24 horas, hallazgo operatorio, etc.), además de la falta de disponibilidad endoscópica para demostrar el sitio del sangrado. Es importante señalar que estas piezas operatorias fueron para su estudio anatomopatológico, corroborando la causa diverticular que provocó el sangrado. En nuestra serie la proporción de colectomías a ciegas es elevada. Esto se debe al aumento de la selectividad en la indicación operatoria, limitada casi exclusivamente a las hemorragias persistentes y masivas. La mortalidad global de la serie es del 3%, (incluye pacientes con tratamiento médico y tratamiento quirúrgico). Estas cifras se encuentran dentro de los parámetros aceptables referidos por diversos autores extranjeros aún cuando es muy superior a la comunicada por Zapa y col, realizadas en la II CCQx (14,15). La HDB se constituye en una situación de frecuencia no despreciable, por lo tanto se torna prioritario que aquellos profesionales de la salud que se desempeñan en la urgencia en Atención Primaria de la Salud, zona central e interior de nuestro país, poder estar capacitados para reconocer los signos y síntomas de esta situación y sobre todo detectar en aquellos pacientes a los cuales llevarles a cirugía de urgencia. Podemos mencionar que la decisión de optar por una cirugía de urgencia a ciegas, sin tener la ubicación exacta del sangrado, y ante hemorragias digestivas bajas masivas, la decisión quirúrgica es válida para salvar la vida del paciente.

## REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Facultad de Ciencias Médicas. Boletín informativo 2002. Editorial.
2. Ferzoco LB, Raptopoulos V, Silen W. Acute Diverticulitis. NEJM 1998; 21: 1.521-1.526.
3. Recalde A, Villalba A J, Gómez, Armele C y col. Hemorragia colónica Masiva. Enfoque diagnóstico y terapéutico. AnColoprocto 2001. 1:2. 73 – 8.
4. Testut L. y Latarjet A. Tratado de Anatomía Humana. Aparato de la Digestión, Peritoneo y Aparato Urrogenital. Novena edición. Barcelona. Edit. Salvat. 1980.
5. Miño G, Soriano A, Gonzalez A, Hervas AJ, Naranjo A. Hemorragia digestiva baja grave. Rev And Patol Digest 1997;20:128-132.
6. Baker R, Senagore A. Abdominal colectomy offers safe management for massive lower GI bleed. Am

- J. Surg 1994; 60:578-82.
7. Halphen M, Blain A. Histoire naturelle de la diverticulose colique. Rev Prat 1995; 45: 952-958.
  8. Bokhari M, Vernava AM, Ure T, Longo WE. Diverticular hemorrhage in the elderly is it well tolerated. Dis Colon Rectum 1996; 39: 191-195.
  9. Espeche A, Castiglioni R, Zanoni L. Estudio compartido entre la rectosigmoidoscopia rígida y la recto sigmoidofibrosocopia como examen endoscópico inicial en Coloproctología. Análisis de 2000 paciente s. Revista Argentina de Coloproctología 1990; 3: 235-240.
  10. Goligher J, Duthie H. *Cirugía del ano recto y colon. Diverticulosis y Diverticulitis del Colon. Segunda edición. Barcelona. Salvat 1987.*
  11. Hequera J. Complicaciones agudas de la enfermedad diverticular del colon. En: Hequera J Rosato G y Castiglioni R, eds. Urgencias en Coloproctología. Buenos Aires. Akadia 1991; 226-227.
  12. Soullard J, Contou JF. Colo-proctologie. Anatomia y patología diverticular 1987; 1-2-5: 3-35,127-139.
  13. Azolas C, Jensen C., Contreras J., Bannura J. *Enfermedad Diverticular del Colon. Cirugía del Colon. Primera Edición. Impreso por Merimex. 1994; 18: 127-139.*
  14. Iwata T, Konishi K, Yamasaki T, Kitamura K, Katagiri A, Muramoto T et al. Right colon cancer presentin g as hemorrhagic shock. *World J Gastrointestinal Pathophysiol. 2011;15-18.*
  15. Graziano A. EnfermedadDiverticular. Rev Argent Cir 1999; 77:42-44.
  16. Poilleux J, Delhomme PH, Gignoux M. Choix thérapeutique dans les complications de la maladie dive rticulaire colique. Chirurgie 1987; 113:356-369.
  17. BonadeoLassalle F. Nuevas estrategias de tratamiento de las complicaciones inflamatorias de la enf ermedad diverticular del colon. Revista Argentina de Coloproctología 2006; 17 (1): 3-68.
  18. Caballero G, Saguier G, Samaniego C, Arce C, Barriocanal F, Duarte R, Paredes O. Hemorragia dig estiva baja masiva. Naturaleza de las lesiones y resultados del tratamiento quirúrgico. RevCirParag 2 000; 23 (3): 7-11.
  19. Rodriguez D., Jimenez R., Moreno E., Hidalgo M., Rey P., Manzanera M. Management of lower gastr ointestinal bleeding in colonic deverticular disease. Rev EspEnfer- Dig 1998; 90(6):411-8.
  20. Schrock TR. Colonoscopic diagnosis and treatment of lower gastrointestinal bleeding. SurgClin North Am 1989; 69:1309-1312.
  21. Goligher J, Duthie H. *Cirugía del ano recto y colon. Diverticulosis y Diverticulitis del Colon. Segunda edición. Barcelona. Salvat 1987.*
  22. Zollinger, Jr RM, Zollinger, Sr RM. Atlas de Cirugía. Octava edición. Editores Mc Graw-Hill interameri cana S.A.CV.MX 2003; 67- 69-77: 150-178.
  23. Rex DK, Lappas JC, Magline DDT, et al. Enteroclysis in the evaluation of suspected small intestinal b leeding. *Gastroenterology* 1989; 97:58
  24. Villalba, J. Complicaciones de la diverticulosiscolónica. En: Samaniego, C. Pautas de la conducta mé dica. 2ª Ed. Efacim-EDUNA. Jun 2000; 101-113.
  25. Turmage RH et al. the effect of polyethylene glycol gavage on plasma volume. J Surg Rev 1994; 57 ( 2): 284-288
  26. Gomes AS, Lois FJ, Maccoy RD. Angiographic Treatment of Gastrointestinal Hemorrhage: Compariso n of vasopressin infusion and embolization. Am J Roentgenol 1988; 146: 1031-1035.
  27. Salzman H, Lillie D. Diverticular Disease: Diagnosis and treatment. American Family Physician. 2005 .Oct 1;72(7);1229-34.
  28. Jun S, Stollman N. Epidemiology of diverticular disease. Best Pract Res ClinGastroenterol. 2002 Aug ; 16(4);529-42.
  29. Young-FadokT.,Pemberton J.H. Diverticular Disease; Waltham: Update;2006.
  30. Machain G, Martinez B, Medina E, Medve G, Mereles R. Hemorragia digestiva Baja. Tendencias en Medicina. 2013 Agosto, (8):95-103.