

# CASO CLINICO

Berta LAPEÑA MUÑOZ

Lorea AGUINAGA

# ENFERMEDAD ACTUAL:



- Paciente de 89 años
  - malestar general,
  - dolor abdominal de tipo colico
  - disminución de la consciencia recuperada en unos segundos
- No fiebre ni clínica infecciosa.
- Animo depresivo reactivo a fallecimiento de su hija hace 15 días.

# ANTECEDENTES PERSONALES:

- Intolerancia a AAS
- DM , HTA, No dislipemico.
- EPOC
- AIT
- Pancreatitis cronica, ulcus duodenal, HDA, Esofagitis severa, Esofago de Barrett, hernia de hiato.
- Tratamiento habitual:
  - Atarax 25 mg / 24h
  - Omeprazol 20 mg/ 24h
  - Durogesic 50 mg
  - Velmetia 50/1000mg
  - Plusvent 50/250
  - Ekazide 50/25 (hidroclorotiazida captopril)



# EXPLORACION FISICA:

- Consciente, orientada, normocoloreada , normohidratada, no colaboradora
- Pulmonar: murmullo vesicular conservado sin ruidos sobreañadidos
- Cardiaca: ritmico, sin soplos ni roces.
- Abdomen: Blando, depresible, no megalias, **doloroso a la palpacion periumbilical.**
- EEII: signos troficos de insuficiencia venosa.
- 



# COMPLEMENTARIAS

## en urgencias :

- Analítica:
  - **BQ:** glucosa 178 mg/dL, urea 59 mg/dL y creatinina 1.34 mg/dL, **(ind urea/creatinina=44)** iones normales, pro BNP 887 pg/mL, **lactato 23 mg/dL**
  - **Hematología:** hematies 4.69 mill/mL, hematocrito 43.2%, Hb 14.3 g/dL, **leucocitos 17.000 mL**, plaquetas 236000/mL
  - **Coagulación:** normal
  - **Proteínas:** **proteína C reactiva 96 mg/L**
  - **Orina:** normal



- Rx de torax y abdomen: No hallazgos de patología aguda
- Gasometria arterial: normal
- ECG: T negativas en zona anterolateral.
- TAC abdominal con contraste IV:  
Angulo esplenico, colon descendente y sigma con **engrosamiento difuso de las paredes**, algunos **diverticulos**, **edemas de la grasa** pericolonica compatible con cambios de **colitis**.

- TAC abdominal con contraste IV:

Angulo esplenico, colon descendente y sigma con **engrosamiento difuso de las paredes**, algunos **diverticulos**, **edemas de la grasa** pericolonica compatible con cambios de **colitis**.



# Causas Dolor Abdominal

- Mala alimentación
- Estrés
- Alergia e intolerancia a los alimentos
- Intoxicación alimentaria
- Estreñimiento
- Gastritis
- **Úlcera peptica**
- Reflujo gastroesofágico
- EI
- **Apendicitis**
- Síndrome del intestino irritable
- Dispepsia
- **Colelitiasis, Colecistitis** o Colangitis
- Hepatitis
- Aneurisma de aorta
- **Colico renal**
- Infección urinaria
- Dismenorrea
- Infarto de miocardio
- **Divertículos**
- Pólipos intestinales
- **Gastroenteritis aguda**
- **Pancreatitis**
- Cáncer de intestinal
- Traumatismo abdominal
- Invaginación intestinal.
- **Obstrucción intestinal (bridas, hernias, cáncer)**
- Perforación intestinal
- Peritonitis



# PRUEBAS DE LABORATORIO

## DOLOR ABDOMINAL

- Hemograma
- Electrolitos séricos
- Creatinina y uréa
- Gases venosos
- Amilasemia
- Pruebas de función hepática
- Análisis de orina.
- Prueba de embarazo en mujeres en edad fértil

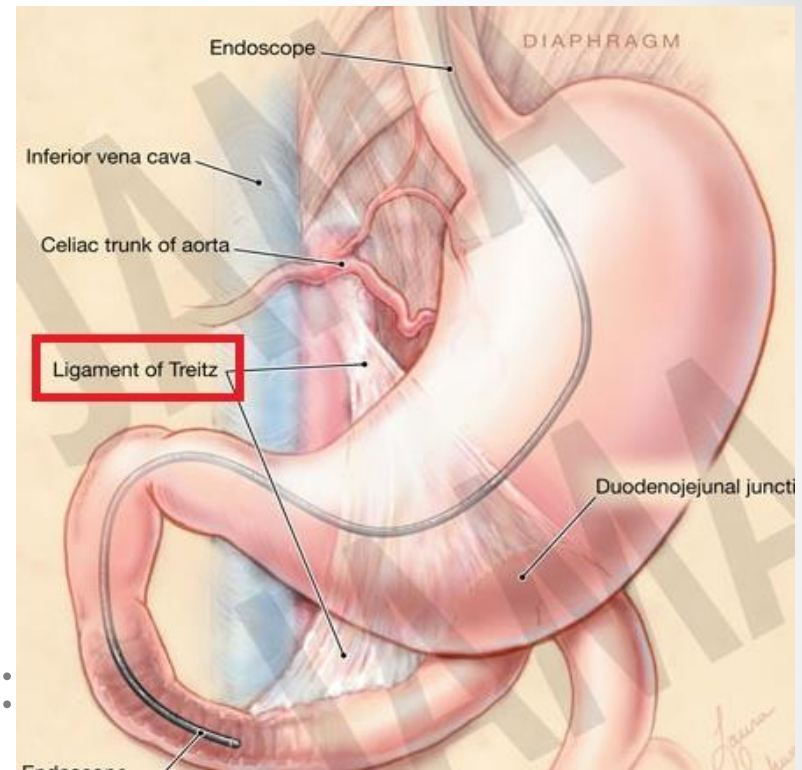
# EVOLUCIÓN

- Se trata con:
  - Paracetamol 1 gr IV
  - Metamizol 2 gr IV
- El dolor abdominal remite.
- Al alta:
  - Episodio de rectorragia y dolor abdominal intensos
  - permanece en observación en urgencias con monitorización y valoración médica estrecha ( puede pasar de la estabilidad hemodinamica a la inestabilidad rápidamente )



# Hemorragia Digestiva Baja

- Se define como el sangrado intraluminal producido por una lesión situada distalmente al ligamento de Treitz.
- Puede hacerse patente como:
  - Rectorragia → sangre roja brillante
  - Hematoquecia → sangre mezclada con heces, no digerida de color rojo vinoso
  - Melena → sangre en las heces, de color negro alquitranado, pastosa y maloliente



# DxD

## HEMORRAGIA DIGESTIVA BAJA

- Hemorroides
  - Fisura anal
- } *+++ atención primaria*
- **Diverticulosis**
  - **Angiodisplasia**
  - EII
  - Pólipos/Cáncer colorectal
  - Colitis isquémica
- } *+++ > 60 años*
- Divertículo de Meckel
  - Rotura aneurisma de aorta
- } *Menos frecuentes*

# DIAGNOSTICO HDB

•Adecuado interrogatorio:

- ❑ Episodios anteriores de hemorragía
- ❑ Características macroscópicas de la perdida sanguínea
- ❑ Antecedentes de enfermedad grave
- ❑ Ingesta de AAS y AINE´s

## SINTOMAS ACOMPAÑANTES

### **-Dolor Abdominal:**

- Isquemia intestinal
- Diverticulitis
- EII
- Rotura de aneurisma aórtico

### **-Hemorragía sin dolor:**

- Diverticulosis
- Angiodisplasia
- Hemorroides
- Divertículo de Meckel

### **-Diarrea:**

- Enfermedad inflamatoria intestinal,
- Infecciones.

### **-Dolor rectal:**

- Fisuras anales
- Hemorroides

### **-Estreñimiento:**

- Neoplasias

## Exploración física:

- ✓ Exploración general completa.
- ✓ Sígnos vitales
- ✓ Exploración detallada de la región anorrectal, con **tacto rectal**.

## Estimación de la pérdida sanguínea

## Exámenes de laboratorio:

- ✓ Hemograma
- ✓ Bioquímica
- ✓ Pruebas de coagulación completas
- ✓ Pruebas de tipo de sangre, y pruebas cruzadas

## SECUENCIA DIAGNOSTICA

1. Valorar la **gravedad del sangrado** y actuar ¿shock hipovolémico?:
  - **Hrr grave si PAS<100 y/o FC>100**
  - **Signos de hipoperfusión: frialdad acra, oliguria, taquipnea, ansiedad, letargia.**
2. Confirmar que se trata de una hemorragia verdadera.
3. Descartar que sea una HDA (I. Urea/Creat)
4. Determinar el origen y la naturaleza de la lesión

# HEMORROIDES

- Hemorragia crónica
- Al final de la deposición
- Sin dolor abdominal
- Dolor rectal
- Puede haber nódulo palpable doloroso → Trombosadas



# FISURA ANAL

- Dolor rectal intenso, durante o después de la deposición
- Sangre roja
- Escasa cuantía
- No mezclada con las heces
- Si crónica, puede aparecer prurito y secreción mucosa/mucopurulenta





# ENFERMEDAD DIVERTICULAR

- Rectorragia/hematoquecia +/- dolor abdominal
- Cambio deposiciones
- Más frecuente en >60

## DIVERTICULOSIS

- Hemorragia sin dolor

## DIVERTICULITIS

- Dolor Abdominal
- Cambio ritmo deposicional
- +/- Fiebre
- +/- disuria

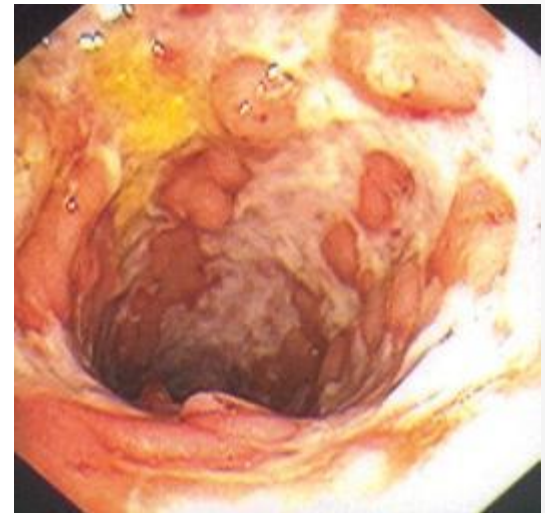
# ANGIODISPLASIA

- Rectorragia /hematoquecia
- Sin dolor abdominal



# EII

- Pacientes jóvenes
- Dolor Abdominal
- Diarrea sanguinolenta o mucosanguinolenta.  
(puede no ir acompañado de heces)



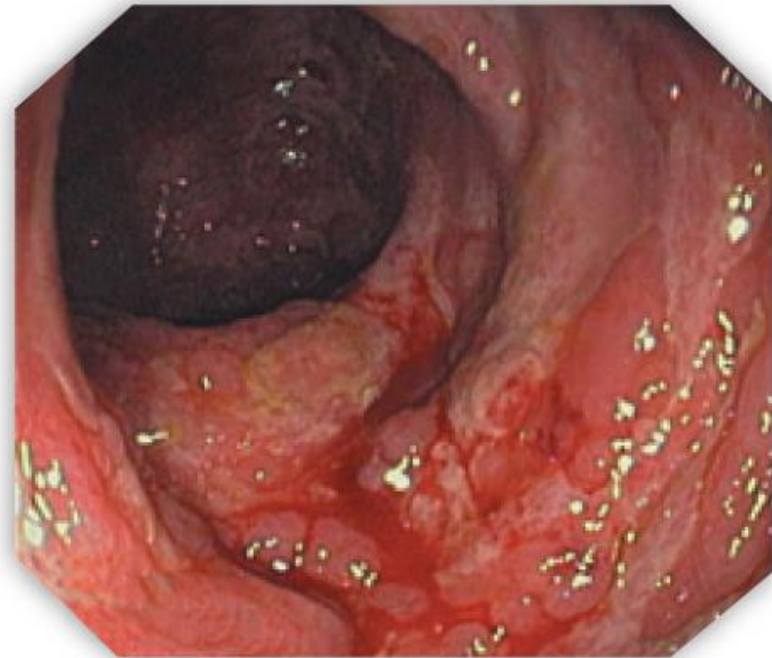
# CANCER COLORRECTAL

- Hemorragia crónica.
- Estreñimiento.
- Síndrome constitucional.



# COLITIS ISQUÉMICA

- Dolor Abdominal de tipo cólico
- Cambio en la consistencia de las deposiciones
- Pacientes de edad avanzada
- Pacientes con enfermedad arteriosclerótica



Hemorragia digestiva baja por colitis isquémica. La colonoscopia demuestra en el sigma un área con mucosa marcadamente eritematosa y edematosa, con ulceraciones, exudado que forma seudomembranas y hemorragia activa.

# DIVERTÍCULO DE MECKEL

- Pacientes jóvenes
- Hematoquecia/melenas
- Sin dolor



# Actitud terapéutica inicial

## 1- Estabilizar al paciente:

(canalizar dos vías salinizadas, pedir pruebas cruzadas)

- **Fluidos: cristaloides. (valorar la necesidad de expansores de volumen)**
  - Objetivo: **TAS > 100** y **FC < 100**
- **Transfusión de hemoderivados**
  - Objetivo: **Hb > 8g** **Hto > 30%**
- **Corrección de F. de coagulación**
  - Objetivo: **INR: 1-1,5**
- **Beriplex:** *Preparado comercial disponible en urgencias*
  - *a partir de plasma humano.*
  - *Factores de coagulación **II, VII, IX, X, prot. C y prot. S:** productos del complejo de protrombina y dependientes de la vitamina K.*
  - *Para profilaxis y tto de las hemorragias.*
- **Konakion:** *Forma sintética de la vitamina K.*

## 2- Iniciar tratamiento farmacológico previo a la endoscopia.

- en ayunas desde la noche anterior, sin beber alcohol ni fumar.
- Si colonoscopia: laxante o enema para limpiar bien el colon el día anterior, y días anteriores dieta con bajo contenido en fibra
- **TtO:** Día anterior:
  - 16-17 horas antes del procedimiento tomar 2 comp de **DulcoLaxo**.
  - A las 2 horas del comienzo tomar 1º sobre de **Citrafleet**.
  - A las 6-8 horas tras el 1º tomar el 2º sobre de **Citrafleet**.
  - Hidratación durante el proceso de evacuación de 250ml/h.
  - Acudir en AYUNAS.

## 3- Valorar avisar al endoscopista según situación clínica:

- si inestabilidad
  - hemorragia continua que no cede.
- } Urgente



# Nuestro paciente

- Dolor abdominal intenso
- Episodio de rectorragia intensa
- 89 años
  
- SOSPECHA DIAGNÓSTICA:
  - Colitis isquémica
  - Diverticulitis
  - Neoplasia colon
  
- Se decide INGRESO para estudio

# PRUEBAS DIAGNÓSTICAS DURANTE EL INGRESO

- Colonoscopia:

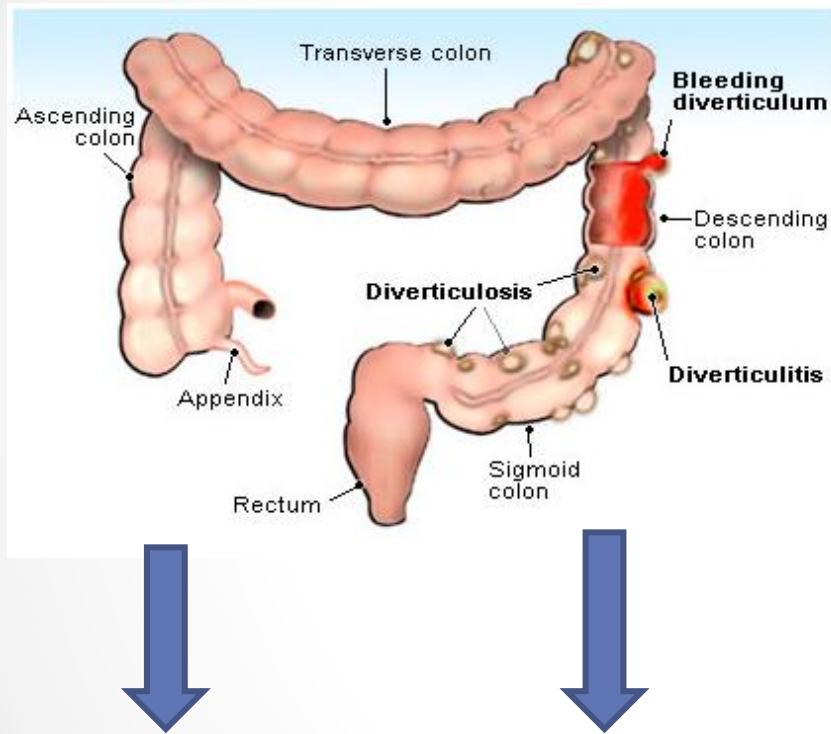
Hemorroides internas y externas

Pólipos pequeños de 0,2cm (resección)

Divertículos de boca ancha con pliegues gruesos enrojecidos, mayores, en colon descendente.

Sugiere mas **diverticulitis leve que colitis isquémica.**

# Diverticulitis



Colon derecho:  
50 %  
hemorragias  
diverticulares se  
localizan aquí.

Colon izquierdo:  
Localizacion mas  
frecuente de los  
divertivulos.

- Patología frecuente
- Afecta a personas mayores: prevalencia 40%.
- Incrementa de forma lineal con la edad, 50-60% de más de 80 años afectados.
- AINES puede favorecer la hemorragia de origen diverticular.

# Diverticulitis

- 1/5 de pacientes desarrolla síntomas.
- Riesgo de hemorragia no es superior al 5%.
- Sangrado es de **inicio brusco, indoloro y a menudo grave**, ya que la hemorragia es de origen arterial.

# Diverticulitis



Divertículos en el colon. Uno de los divertículos presenta hemorragia activa.

Los divertículos sangran por ruptura de los vasos rectos en el cuello de la lesión, o cuando un fecalito erosiona un vaso en el vértice del divertículo.

- La hemorragia puede ser intermitente o continua en un periodo de varios días.
- La hemorragia suele ceder de forma espontánea.
- La hemorragia recurre en el 25% de los pacientes, pero tras una segunda hemorragia, el riesgo de recurrencia aumenta al 50%.

- La HDB, incluso tras un estudio detallado es una patología multifactorial y de difícil control.
- Siempre debemos reevaluar al paciente y tener en cuenta todas las posibles causas.

# TRATAMIENTO DE LA HDB

Si paciente estable:

- 1/ Reposo absoluto o relativo
- 2/ Dieta liquida o si tolera blanda
- 3/ Perfusion de suero glucosalino: 1.500 mL/24h (modificar en funcion de las necesidades del paciente)
- 4/ Suspender medicacion susceptible de empeorar hemorragia: AINES, antiagregantes, anticonceptivos orales
- 5/ Si anticoagulacion es necesaria: heparina de bajo peso molecular.

# ALGORITMO DE LA HRR MASIVA

HDB masiva inestable

↓ **ESTABILIZAR**

Colocar **sonda naso gastrica**

(descartar HDA)

→ Protocolo HDA

↓  
**Colonoscopia de urgencias**

(QX o UCI)

↙ **Diagnostico**

↘ No posible/no diagnostico

↙ Tto posible    ↘ tto no posible

↓  
**Gammagrafia**

↙ **TAC**

↘ **ANGIOGRAFIA**

↘ **EMBOLIZAR**

↘ **Valorar QX**



# Nuestro paciente

- TRATAMIENTO AL ALTA:
  - Dieta sin residuos 1 semana, luego dieta DM sin sal.
  - Lormetazepam 2 mg VO por la noche
  - Ciprofloxacino 500 mg/100mL/ 12h durante 7 dias
  - Medicacion habitual:
    - Atarax 25 mg / 24h
    - Omeprazol 20 mg/ 24h
    - Durogesic 50 mg
    - Velmetia 50/1000mg
    - Plusvent 50/250
    - Ekazide 50/25 (hidroclorotiazida captopril)

MUCHAS GRACIAS