

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

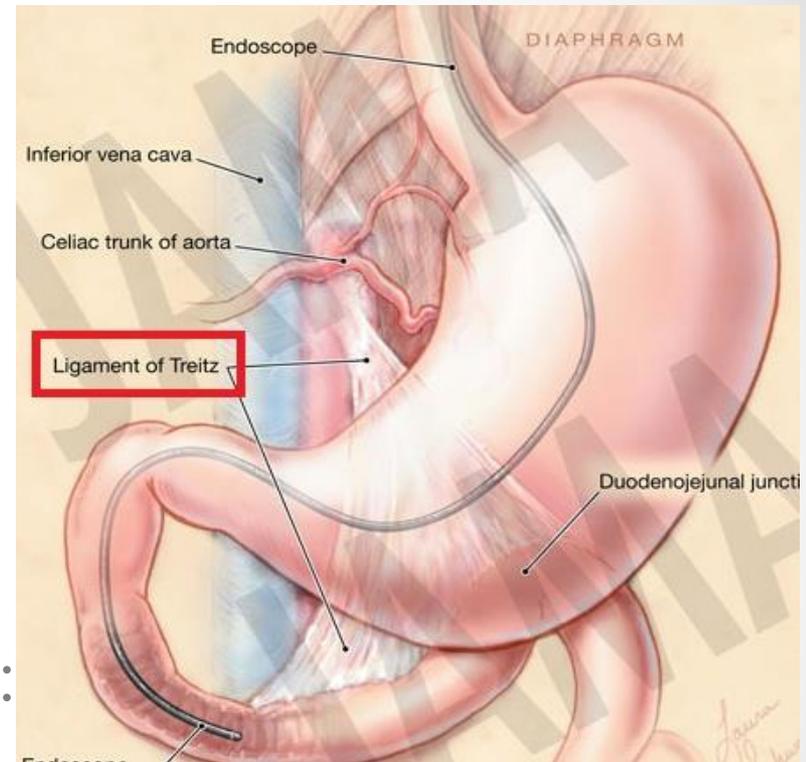
EVOLUCIÓN

- 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

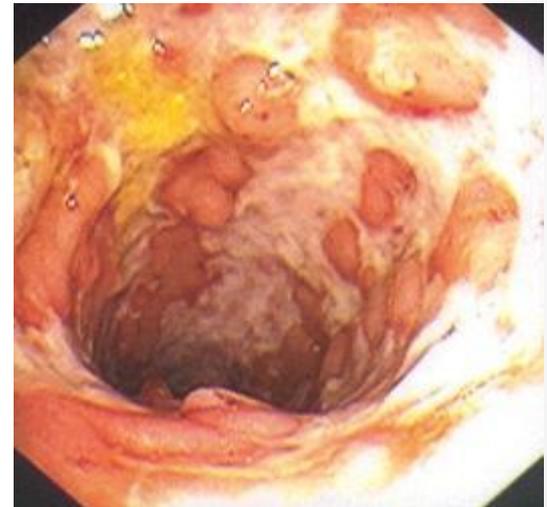
ANGIODISPLASIA

- Rectorragia /hematoquecia
- Sin dolor abdominal



EII

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



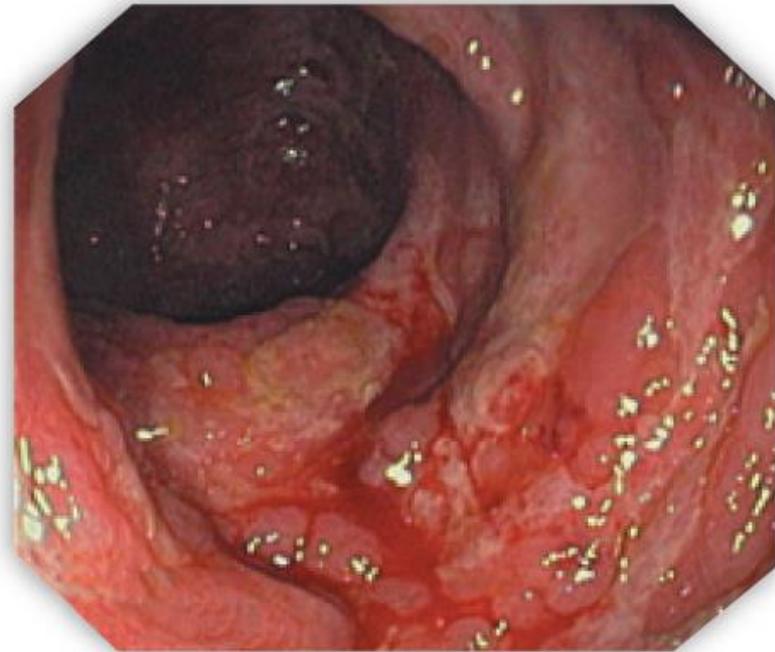
CANCER COLORRECTAL

- 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:

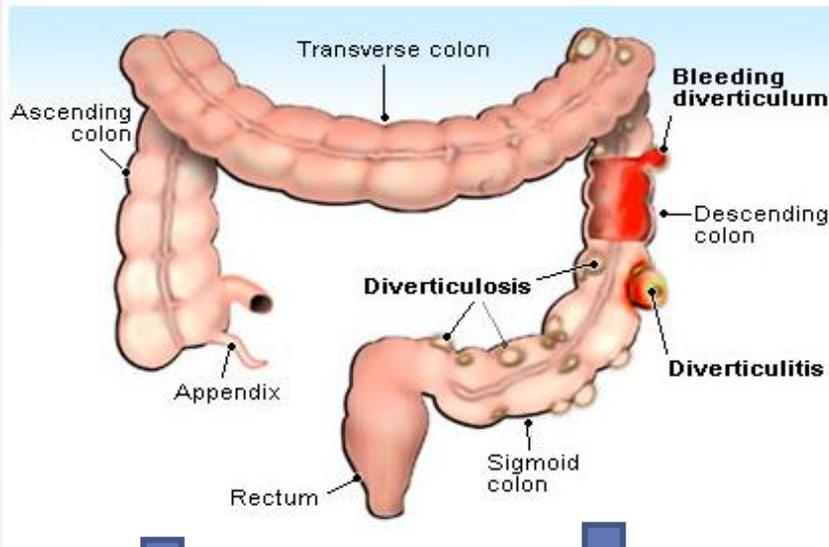
Hemorroides internas y externas

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.

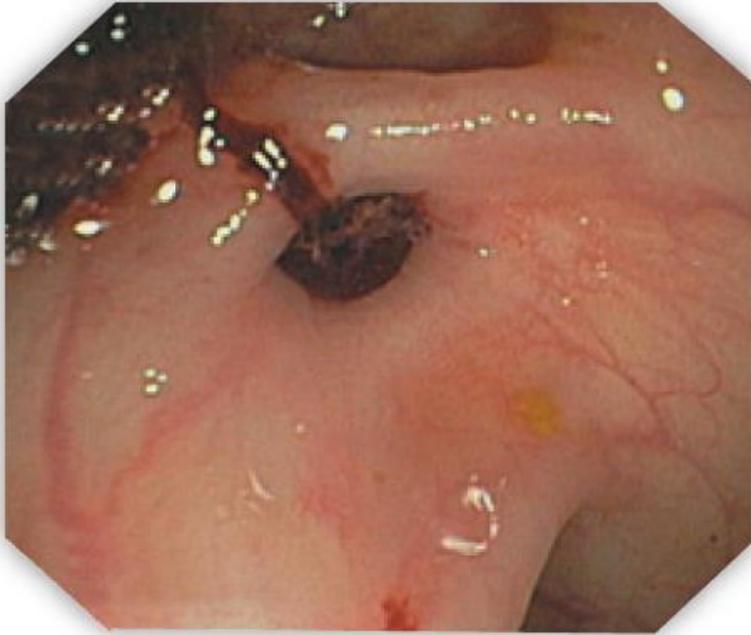
Colon izquierdo:
Localizacion mas
frecuente de los
divertivulos.

- 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