

# HEMORRAGIA DIGESTIVA DE ORIGEN OSCURO, UN DESAFÍO DIAGNÓSTICO.

*Obscure gastrointestinal bleeding, a diagnostic challenge.*

Villegas Pelegrina P, Navarro Moreno E, Delgado Maroto A

HOSPITAL UNIVERSITARIO TORRECARDENAS. ALMERÍA.

## Resumen

La hemorragia digestiva de intestino delgado o hemorragia digestiva media, supone un bajo porcentaje de todas las hemorragias digestivas. Su diagnóstico es posible gracias a técnicas como la cápsula endoscópica o la enteroscopia. Se denominan de origen oscuro cuando no se objetiva el origen del sangrado tras estudio endoscópico alto y bajo; teniendo un manejo más tórpido, al ser el intestino delgado menos accesible endoscópicamente y requiriendo en algunos casos, cuando existe inestabilidad hemodinámica o persistencia del sangrado, manejo conjunto con radiología intervencionista o cirugía.

**Palabras clave:** hemorragia digestiva de origen oscuro, intestino delgado, divertículos yeyunales, endoscopia intraoperatoria.

## Abstract

Small intestine or mid-gastrointestinal bleeding accounts for a small percentage of all gastrointestinal haemorrhages. Its diagnosis is possible through the use of techniques such as capsule endoscopy or enteroscopy. They are referred to as obscure in origin when the origin of the bleeding cannot be determined after upper and lower endoscopic study. Moreover, they are more challenging to manage, as the small intestine is less accessible endoscopically, and in some cases, when there is haemodynamic instability or persistent bleeding, they require joint management with interventional radiology or surgery.

**Keywords:** obscure gastrointestinal bleeding, small intestine, jejunal diverticulum, intraoperative endoscopy.

Paula Villegas Pelegrina  
Hospital Universitario Torrecardenas. Almería.  
paulavillegaspelegrina@gmail.com

Villegas Pelegrina P, Navarro Moreno E, Delgado Maroto A.  
Hemorragia digestiva de origen oscuro, un desafío diagnóstico.  
RAPD 2024;47(4):170-172. DOI: 10.37352/2024474.4

## Introducción

Se conoce como hemorragia digestiva de origen oscuro (HDOO) a un sangrado persistente o recurrente del tubo digestivo, en el que no se identifica ningún origen tras una gastroscopia y colonoscopia completas y de calidad. Se considera manifiesta si el sangrado es visible en forma de rectorragia, hematoquecia o melenas, y oculta cuando se halla por test de sangre oculta en heces positivo y/o anemia ferropénica. Tan solo el 5% de las hemorragias digestivas tienen su origen en el intestino delgado, suponiendo un desafío diagnóstico-terapéutico debido al mayor número de pruebas complementarias necesarias, aumentando así el gasto de recursos sanitarios. Presentamos un caso clínico de una hemorragia digestiva, en la que se necesitó ir más allá de la gastroscopia y colonoscopia, requiriendo un abordaje multidisciplinar.

## Caso clínico

Varón de 72 años con antecedentes de diabetes mellitus tipo 2, dislipemia, EPOC y diverticulosis de sigma. Acude a urgencias por episodio de rectorragia de dos días de evolución, asociado a síncope y vómito alimenticio. Niega la toma de antiinflamatorios, anticoagulantes o hábitos tóxicos. A su llegada presenta repercusión hemodinámica y anemia de cinco puntos de hemoglobina. Tras la resucitación hemodinámica y transfusión de hematíes, en la gastroscopia no se identifican signos de sangrado ni lesiones. Ante la persistencia de rectorragia e inestabilidad hemodinámica se realiza un angio-TC, sin objetivar fuga de contraste.

A continuación, se prepara para colonoscopia, que resulta incompleta por la presencia de coágulos y sangre fresca, repitiéndose, esta vez completa, sin objetivar lesiones. Posteriormente, se procede a realización de arteriografía de arterias mesentéricas, observando signos sugerentes de sangrado dependiente de rama yeyunal, sin poder realizar ningún procedimiento oclusivo. Se administra cápsula endoscópica, donde se intuye sangrado activo en yeyuno, y finalmente, se procede a exploración endoscópica intraoperatoria, consiguiendo avanzar el colonoscopio hasta yeyuno; y por parte de cirugía se realiza laparotomía media, identificando varios divertículos localizados inmediatamente distal a ángulo de Treitz.

En la revisión del último divertículo se observa un vaso visible en su fondo, sin sangrado activo en ese momento. El tratamiento final fue la resección de segmento de íleon proximal y yeyuno distal englobando varios divertículos, tras lo cual no presentó nuevos signos de sangrado.



Figura 1. Se pueden visualizar varios divertículos yeyunales.



Figura 2. Divertículo de yeyuno con vaso visible en su fondo.

## Discusión

El 75% de las HDOO tienen su origen en el intestino delgado, el resto son hemorragias altas o bajas que pasan inadvertidas. La etiología más frecuente son las ectasias vasculares, sobre todo en mayores de cuarenta años y pluripatológicos, aunque en pacientes jóvenes tendremos que descartar origen tumoral o divertículo de Meckel. Aunque son diversas las causas, es infrecuente la de nuestro caso clínico: divertículos de intestino delgado.

En cuanto al manejo dependerá del estado del paciente, pues el número y agresividad de las intervenciones deben estar en consonancia con la gravedad del cuadro y del estado basal del paciente. Son pocos los casos en los que se llega al final del algoritmo diagnóstico-terapéutico, y por lo tanto es raro necesitar una endoscopia intraoperatoria.

Si el paciente se encuentra estable, se administra la cápsula endoscópica para identificar posibles causas de sangrado en intestino delgado, y posteriormente enteroscopia ya sea diagnóstica o terapéutica. Si por el contrario, presenta inestabilidad hemodinámica, se realizará una arteriografía precedida normalmente de un angio-TC, que puede ser terapéutica mediante técnicas de embolización. Si radiología intervencionista no logra controlar el sangrado se realizará una enteroscopia profunda, en algunos casos incluso intraoperatoria para lograr localizar el punto sangrante con ayuda de cirugía, realizando una laparotomía y deslizando el asa intestinal sobre el endoscopio hasta localizar el origen del sangrado.

## Bibliografía

1. Pennazio M, Rondonotti E, Despott EJ, Dray X, Keuchel M, Moreels T, et al. Small-bowel capsule endoscopy and device-assisted enteroscopy for diagnosis and treatment of small-bowel disorders: European Society of Gastrointestinal Endoscopy (ESGE) Guideline – Update 2022. *Endoscopy*. 2023;55(01):58–95. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.1055/a-1973-3796>.
2. Awadie H, Zoabi A, Gralnek IM. Obscure overt gastrointestinal bleeding: a review. *Pol Arch Med Wewn*. 2022;132(5). Disponible en: <http://dx.doi.org/10.20452/pamw.16253>.
3. Ohmiya N. Management of obscure gastrointestinal bleeding: Comparison of guidelines between Japan and other countries. *Dig Endosc*. 2020;32(2):204–18. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.1111/den.13554>.
4. Casado-Caballero F, del Moral-Martínez M, Berenguer-Guirado R. Actitud ante el paciente con hemorragia digestiva de origen oscuro. *RAPD Online*. 2015;38(5):214-225.
5. Gerson LB, Fidler JL, Cave DR, Leighton JA. ACG clinical guideline: Diagnosis and management of small bowel bleeding. *Am J Gastroenterol*. 2015;110(9):1265–87. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.1038/ajg.2015.246>.