

112382

**UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA
DE MÉXICO**



**FACULTAD DE MEDICINA
DIVISIÓN DE ESTUDIOS DE POSGRADO E INVESTIGACIÓN
INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL
HOSPITAL DE ESPECIALIDADES
"DR. BERNARDO SEPULVEDA G"
CENTRO MEDICO NACIONAL "SIGLO XXI"**

**HEMORRAGIA DIGESTIVA BAJA.
COLONOSCOPIA DIAGNOSTICA.
10 AÑOS DE EXPERIENCIA.**

TESIS

**QUE PARA OBTENER EL TÍTULO EN LA:
SUB-ESPECIALIDAD DE COLOPROCTOLOGIA**

**P R E S E N T A:
DR. ERNESTO SIERRA MONTENEGRO**

**ASESOR:
DR. EDUARDO VILLANUEVA SAENZ**



MÉXICO, D. F.

2004



Universidad Nacional
Autónoma de México

Dirección General de Bibliotecas de la UNAM

Biblioteca Central



UNAM – Dirección General de Bibliotecas
Tesis Digitales
Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS ©
PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

Todo el material contenido en esta tesis esta protegido por la Ley Federal del Derecho de Autor (LFDA) de los Estados Unidos Mexicanos (México).

El uso de imágenes, fragmentos de videos, y demás material que sea objeto de protección de los derechos de autor, será exclusivamente para fines educativos e informativos y deberá citar la fuente donde la obtuvo mencionando el autor o autores. Cualquier uso distinto como el lucro, reproducción, edición o modificación, será perseguido y sancionado por el respectivo titular de los Derechos de Autor.

REGISTRO NACIONAL DE TESIS DE ESPECIALIDAD

Delegación 3 S.O. Unidad de adscripción HE CMN SIGLO XXI.

Autor:

Apellido Paterno SIERRA Materno MONTENEGRO Nombre ERNESTO.

Matricula EXT. Especialidad COLOPROCTOLOGIA Fecha Grad. 28 02, 2005.

Asesor:

Apellido Paterno VILLANUEVA Materno SAENZ Nombre EDUARDO.

Matricula 10243224 Especialidad Cir. CCR Registro 012/2204

Título de la Tesis: HEMORRAGIA DIGESTIVA BAJA. COLONOSCOPIA DIAGNOSTICA.
10 años de EXPERIENCIA.

Resumen

La hemorragia digestiva baja es un problema clínico importante. Objetivo: Mostrar la estadística del servicio de cirugía de colon y recto de este hospital. MATERIAL Y METODOS: Revisión de lls expedientes de las colonoscopia realizadas de Enero 1994 a Diciembre 2003. Método descriptivo, observacional, comparativo. RESULTADOS: 3796 colonoscopias, 1036 por hemorragia digestiva baja; sexo masculino 48.06%, femenino 51.93%. Edad rango de 16 a 96 años, promedio 58.83%. Patología mayor incidencia Enf. Diverticular 32.9%. DISCUSION: Endoscopia alta indicada si colonoscopia negativa; si ambas negativas, realizar estudios para buscar lesiones intestino delgado. CONCLUSIONES: La colonoscopia estableció sitio de sangrado en un 63.32%, estadísticas hospitalarias del IMSS equivalentes con la literatura mundial. Enfermedad Diverticular primera causa de HDB.

Palabras Clave

1) Hemorragia Digestiva Baja 3) Colonoscopia.

4) _____ 5) _____ Pags. 19 Ilus. 10

(Anotar el Número real de paginas en el rubro correspondiente sin las dedicatorias ni portada.)

Para ser llenado por el Jefe de Educación e Investigación Médica

Tipo de Investigación: C1

Tipo de Diseño C11

Tipo de Estudio TE3b

DR. ANTONIO CASTELLANOS OLIVARES
JEFE DE LA DIVISION DE EDUCACION E INVESTIGACION EN SALUD
HOSPITAL DE ESPECIALIDADES "DR. BERNARDO SEPULVEDA G."
CENTRO MEDICO NACIONAL SIGLO XXI

DR. EDUARDO VILLANUEVA SAENZ
PROFESOR TITULAR DEL CURSO DE CIRUGIA DE COLON Y RECTO
ASESOR
HOSPITAL DE ESPECIALIDADES "DR. BERNARDO SEPULVEDA G."
CENTRO MEDICO NACIONAL SIGLO XXI



SUBDIVISIÓN DE ESPECIALIZACIÓN
DIVISIÓN DE ESTUDIOS DE POSGRADO
FACULTAD DE MEDICINA
U.N.A.M.

DELEGACION 3 SUROESTE D.F.
C.M.N. SIGLO XXI
HOSPITAL DE ESPECIALIDADES
RECIBIDO
19 JUL 2004
DIV. EDUCACION E INVESTIG. MEDICA

DR. JOSE LUIS ROCHA RAMIREZ
JEFE DEL SERVICIO DE CIRUGIA DE COLON Y RECTO
HOSPITAL DE ESPECIALIDADES "DR. BERNARDO SEPULVEDA G"
CENTRO MEDICO NACIONAL SIGLO XXI

AGRADECIMIENTO

Un sincero agradecimiento a mis padres por estar siempre apoyándome en todos los momentos de mi carrera en todos los aspectos y ser realmente mis amigos. A mis suegros por el apoyo incondicional recibido y ser participe del desarrollo de esta subespecialidad. A todos ellos de corazón mi más grande gratitud que nunca la olvidaré por permitirme estar con mi familia durante mi formación en un país extranjero.

A mi esposa por ser un apoyo incondicional en las situaciones duras que nos tocó vivir en esta experiencia en un país distinto al nuestro y por devolverme el aliento cuando lo sentía perdido.

Durante la formación de un médico, uno no puede dejar de agradecer a las personas que tienen mucha influencia en el aprendizaje de una especialidad, por eso hago extensiva mi gratitud al Dr. Eduardo Villanueva Jefe del Postgrado por sus enseñanzas, por compartir sus experiencias y ayudarme en el desarrollo de esta tesis.

Al doctor José Luis Rocha Ramírez por sus indicaciones y guías durante mi estancia y consejos sobre la especialidad y brindarme la mano en situaciones difíciles.

Al doctor Paulino Martínez Hernández Magro por la oportunidad brindada en el plano quirúrgico y educativo sobre las experiencias adquiridas durante su formación y que nos transmitió.

Se agregaron a este grupo dos médicos que no podría dejar de agradecerles que continuaron la línea ya establecida en nuestro servicio, ellos son los doctores Moisés Rojas y Javier Parrado.

Finalmente a mis compañeros que de una u otra forma me supieron brindar la mano para poder entender rápidamente un sistema al cual no estaba acostumbrado.

DEDICATORIA

Dedico esta tesis con todo mi cariño, que es el fruto de un esfuerzo compartido, a mis padres por su apoyo incondicional que nunca tendré como agradecerseles y creo que esto es sólo un granito; a mis suegros por confiar y apoyar a la distancia; a mi esposa por su paciencia, y tranquilidad en los duros momentos que nadie nos enseña como poder afrontarlos y uno tiene que aprender sobre la marcha y finalmente a mis hijas por entender en su inocencia ser privados de algunos momentos pero apoyándome con su sonrisa para obtener algo que les servirá en el futuro.

INDICE

I.	Introducción.....	7
II.	Planteamiento del problema.....	11
III.	Hipótesis.....	11
IV.	Objetivos.....	11
V.	Material y Métodos.....	12
VI.	Recursos para el estudio.....	13
VII.	Resultados.....	14
VIII.	Discusión.....	18
IX.	Conclusiones.....	21
X.	Referencias Bibliográficas.....	22

I. INTRODUCCION.-

La Hemorragia Digestiva Baja (HDB) se define como el sangrado que se produce en una superficie distal al ligamento de Treitz, con una presentación reciente (arbitrariamente definida como duración menor de 3 días), y que eso produce inestabilidad hemodinámica, anemia y/o necesidad de transfusión sanguínea.(1)

El reporte de la incidencia y diagnóstico de la HDB varía de acuerdo a un número de factores que incluyen la edad del paciente y el método de diagnóstico utilizado, se considera la HDB menos frecuente que la Hemorragia Digestiva Alta y la actividad de la HDB se la puede considerar oculta, leve, moderada o severa la cual puede producir síntomas de choque. (2)

La evaluación de la HDB requiere de eficiencia, disciplina y un orden a seguir, teniendo en cuenta que aún la hemorragia masiva puede detenerse en forma espontánea. Aunque los métodos de diagnóstico para localizar el sitio del sangrado se han ido mejorando durante los últimos 20 años, lo que permite identificar el sitio del sangrado en un 80% de los casos. (3)

Para la Hemorragia Digestiva Alta se ha aceptado un método de manejo en forma general, pero no se lo ha establecido para la HDB. Esto se debe a que el sangrado a nivel de colon aunque no siempre es catastrófico, usualmente cede en forma espontánea y la superficie del sangrado es menos obvia. (4)

La iniciación de la videocolonoscopia flexible ha revolucionado en el diagnóstico y tratamiento de las enfermedades del colon. El examen total del colon hasta el ciego se convierte en una rutina obligada al realizar el estudio lo que permitirá la visualización de la mucosa, tomar biopsias, realizar polipeptomías, identificar sitios de angiodisplasias y coagulación de tumores sangrantes. (5)

Existen varios principios que se deben tomar al evaluar un paciente con HDB así tenemos:

Primero si el paciente es mayor de edad es importante realizar la resucitación de este paciente en forma temprana previo a cualquier procedimiento endoscópico que se realice. Segundo es importante establecer la forma del sangrado si es leve, moderado o severo y si responde o no a las medidas clínicas iniciales. Tercero, para los pacientes con hematoquezia es necesario determinar el sitio del sangrado más bajo para lo cual hay que realizar anoscopia y Rectosigmoidoscopia si son negativas y el paciente se encuentra hospitalizado de igual forma se debe realizar la colonoscopia en 24 horas por 3 motivos 1) Con una adecuada preparación la colonoscopia es efectiva y segura, 2) estigmas de reciente hemorragia pueden ser detectados y tratados y 3) continuar hospitalizado sin un diagnóstico no es lo recomendable. (6)

Es importante la preparación para la realización de una colonoscopia así sea esta de emergencia; esta preparación se puede realizar mientras el paciente se encuentra en reposición hemodinámica, la mejor preparación es el purgante oral a pesar de que la luz intestinal se haya limpiado con el laxante y el sitio del sangrado sea más difícil de identificar. (7)

Se debe tener muy en cuenta el diagnóstico diferencial de HDB que incluye: Enfermedad Diverticular, Enfermedad Inflamatoria Intestinal, Pólipos, Cáncer de Ano, Recto y Colon, Colitis Isquémica, Proctitis Post-radiación, Malformaciones arteriovenosas. (8)

El sangrado por Enfermedad Diverticular se ha definido como un sangrado activo si es posible ver el vaso sangrante o si no es posible y no hay otra superficie de sangrado se lo relaciona con la presencia de diverticulosis. (9)

La enfermedad inflamatoria intestinal, que incluye la Colitis Ulcerativa y la Enfermedad de Crohn, es una causa común de HDB, usualmente se manifiesta como diarrea sanguinolenta. La incidencia relacionado con la Enfermedad de Crohn ocurre en 1.5% de los casos. Un manejo conservador es que el generalmente se usa en vista de que el sangrado cede espontáneamente. (10)

La radioterapia es un tratamiento común en el manejo de las neoplasias de la pelvis, ginecológicas y rectales. Los síntomas son menores que consisten en una diarrea moderada, estreñimiento, dolor abdominal. Sólo el 5% de los pacientes experimentan complicaciones severas, que incluyen la hemorragia requiriendo transfusiones, estenosis rectal y fístulas. (11)

Las malformaciones arteriovenosas incluyen: ectasias vasculares, angiomas y angiodisplasias, son lesiones degenerativas del tracto gastrointestinal que aumentan con el incremento de la edad. La colonoscopia se considera al igual que la angiografía los métodos para poder identificar estas zonas sobretodo en los pacientes mayores con HDB. (12)

Las lesiones benignas como pólipos y malignas como cáncer pueden debutar con síntomas de rectorragia y/o hematoquezia. La polipectomía colonoscópica es uno de los grandes avances de la colonoscopia y se utiliza como método de prevención en el cáncer. (13)

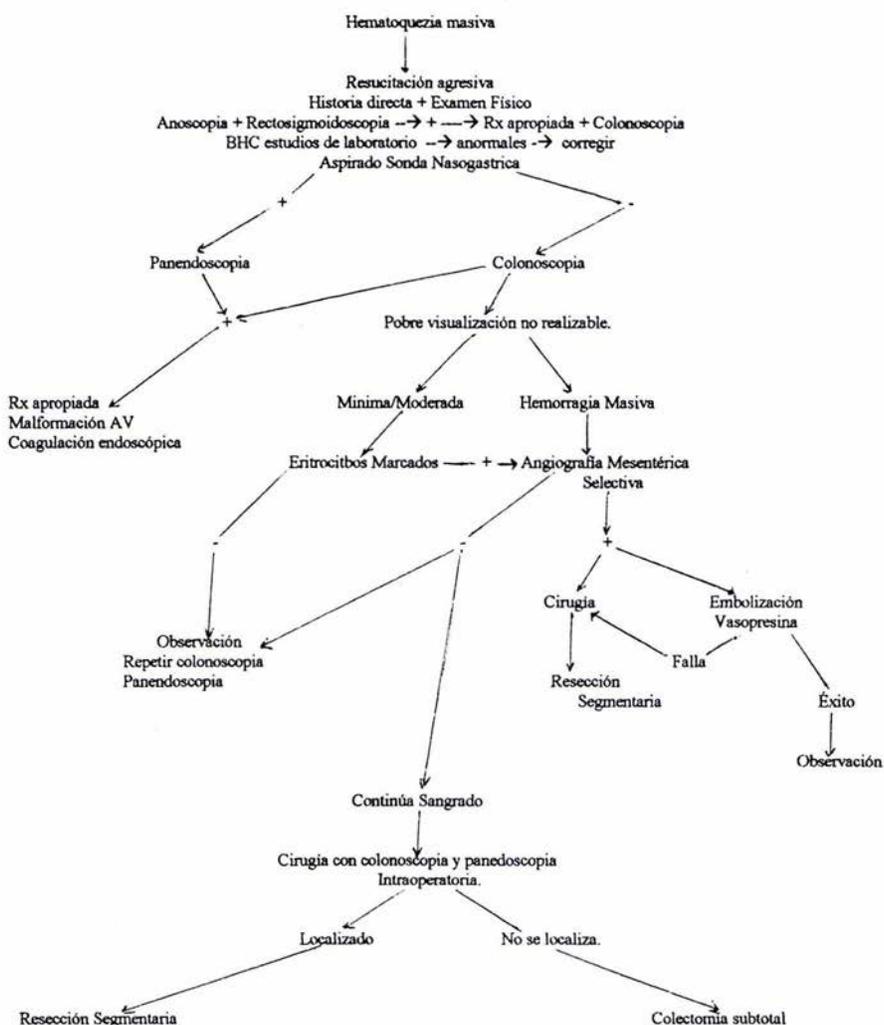
La colitis Isquémica tiene múltiples etiología y los síntomas comunes son dolor abdominal, acidosis y distensión abdominal; la colitis Isquémica se puede manifestar como sangrado rectal o peritonitis, usualmente desarrolla en pacientes mayores quienes padecen de arterioesclerosis, hipertensión o diabetes, pero puede ocurrir también en los casos de choque hemorrágico prolongado sin oclusión vascular. (14)

Se ha establecido que una de las causa principales de la HDB se considera la hemorragia por enfermedad diverticular, aunque su manejo permanece

incierto. Esto se debe a lo mejor a la edad avanzada de los pacientes, los grados bajos de recurrencia en el sangrado y los altos grados favorables de resolución espontánea y lo principal que la realización de la colonoscopia no afecta el desarrollo de un episodio de sangrado. (15)

La realización de la colonoscopia tiene sus complicaciones reportadas en un rango del 0.03% al 2.14% siendo la perforación la mayor complicación y la mortalidad se ha reportado en un rango del 2.4 al 10.8% sean que se realicen en forma electiva o de emergencia y tiene mucha relación con cuando existe una inadecuada visualización de la luz intestinal. (16) El diagnóstico de la perforación del colon puede ser identificado por los hallazgos radiográficos en la placa simple de abdomen y tele de tórax. El sangrado sólo se considera secundario a la polipectomía y se maneja en forma conservadora. (17)

En muchas series se ha logrado establecer algoritmos de tratamiento en la HDB en el manejo inicial:



La realización de este estudio se basa en que es una patología muy frecuente en el área de urgencias de nuestro hospital y en la literatura Mexicana no existe un trabajo al respecto, nuestra casuística es importante por ser Hospital de referencia, lo que nos permite tener una idea de la diversidad de patologías por el cuadro de HDB a nivel nacional con el fin de mejorar los métodos de prevención de las patologías más frecuente.

II. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

Por lo mencionado anteriormente se desea saber ¿Cuál es la experiencia del Servicio de Colon y Recto del Hospital de Especialidades del IMSS, en esta variedad endoscópica relacionada con la Hemorragia Digestiva Baja en la evaluación inicial?

III. HIPÓTESIS

No es necesario por ser un trabajo descriptivo

IV. OBJETIVOS

General:

- Determinar la experiencia diagnóstica de la colonoscopia en la Hemorragia Digestiva Baja en los últimos 10 años en el Servicio Cirugía Colon y Recto del Hospital de Especialidades CMN Siglo XXI.

Específico:

- 1.- Identificar la etiología más frecuente de la Hemorragia Digestiva Baja.
- 2.- Comparar si las estadísticas hospitalarias del IMSS son equivalentes a los estudios reportados en la literatura mundial.
- 3.- Determinar el porcentaje en la que no se pudo obtener el diagnóstico y causas de esto.

V. MATERIAL Y METODOS

1. DISEÑO DEL ESTUDIO

Estudio retrospectivo, descriptivo, transversal, comparativo.

2. UNIVERSO DE TRABAJO

Todas las colonoscopias realizadas a los pacientes derechohabientes del Instituto del Seguro Social que acudieron al servicio de Cirugía de Colon y Recto en el periodo comprendido de Enero de 1994 a Diciembre del 2003.

3. SELECCIÓN DE LA MUESTRA

a) TAMAÑO DE LA MUESTRA

Todas las colonoscopias realizadas a los pacientes por Hemorragia Digestiva Baja solicitadas al Servicio de Cirugía de Colon y Recto en el periodo comprendido de Enero de 1994 a Diciembre del 2003.

b) CRITERIOS DE SELECCIÓN

I) CRITERIOS DE INCLUSIÓN

Pacientes en que la indicación para la colonoscopia fue la Hemorragia Digestiva Baja. Mayores de 18 años referidos al Servicio de Cirugía de Colon y Recto del HE CMN Siglo XXI.

II) CRITERIOS DE NO INCLUSIÓN

Pacientes con diagnostico de Hemorragia Digestiva Baja de origen hemorroidal o con patología proximal al ligamento de Treitz.

III) CRITERIOS DE EXCLUSIÓN

Información incompleta (Expedientes)

4. PROCEDIMIENTOS

Se revisarán los expedientes de los pacientes a los que se les realizaron colonoscopias en el Servicio de Cirugía de colon y recto durante el periodo comprendido de Enero de 1994 a Diciembre del 2003 con la indicación de Hemorragia Digestiva Baja.

Se recabaran los siguientes datos:

- a) Edad,
- b) Sexo,
- c) Patología endoscópica de fondo.
- d) Complicaciones.

5. ANÁLISIS ESTADÍSTICO

Se presentarán medidas de tendencia central (media, mediana, y moda) y de dispersión (derivación estándar, rangos, percentiles), según la distribución de las variables.

Diferencia de proporciones (Ji cuadrada)

VI. RECURSOS PARA EL ESTUDIO

Recursos humanos:

- Médico Residente del 2do año del Postgrado de Coloproctología Servicio de Cirugía de Colon y Recto del HE CMN Siglo XXI.

Recursos materiales:

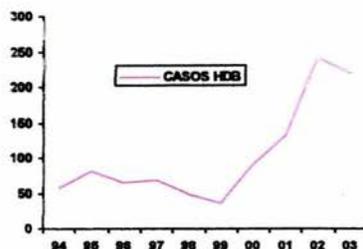
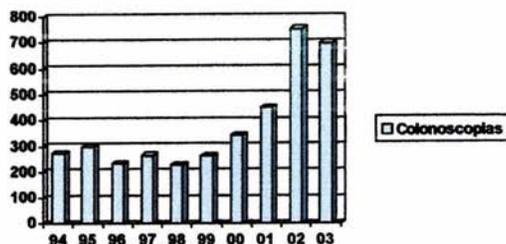
- Material de Oficina y Computación.

Recursos Financieros:

- Ninguno.

VII. RESULTADOS

En los 10 años de estudio del trabajo se realizaron 3796 colonoscopias, de las cuales 1046 (27.5%) corresponden a hemorragia digestiva baja.



Se procedió adicionalmente a agrupar las colonoscopias realizadas por HDB por patologías:

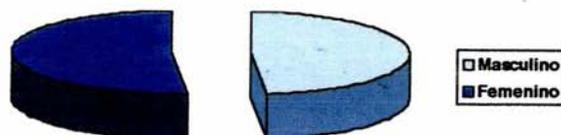
Patología	Pacientes	Porcentaje
Enf. Diverticular	340	32.56
Cáncer de Colon	21	2.00
Cáncer de Recto	18	1.72
Enf. Inflamatoria	31	2.96
Colitis Isquémica	41	3.91
Pólipos	85	8.12
Angiodisplasias	11	1.05
Colonoscopia Normal	390	37.28

Cada patología se procedió a analizar por edad, tomando en cuenta valores estadísticos como la media, moda, desviación estándar, rango, valor mínimo y valor máximo.

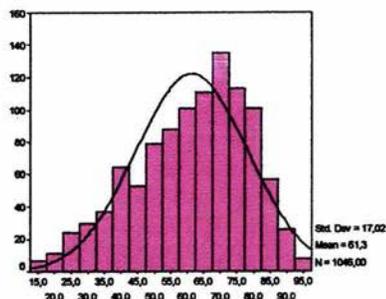
PATOLOGIA	MEDIA	MODA	DESVIACION STANDARD	RANGO	MINIMO	MAXIMO
Enfermedad Diverticular	74	72	11,52	66	30	96
Pólipo	64	40	15,27	73	20	93
Cáncer de Colon	64	47	15,86	71	22	93
Cáncer de Recto	64,50	45	16,35	52	42	94
Enfermedad Inflamatoria Intestinal.	53	68	19,24	71	16	87
Colitis Infecciosa	50	40	15,43	57	25	82
Colitis Isquémica	74	70	11,07	49	44	93

El análisis de los datos continuo estableciendo la frecuencia por sexo, teniendo al sexo femenino con 541 pacientes (51.72%) y al sexo masculino con 505 pacientes (48.27%).

SEXO



La edad se la analizó en forma global utilizando valores estadísticos ya mencionados y graficados en un histograma.



EDAD

Mean	61,3107
Media	63,5000
Moda	72,00
Desviación standard	17,0216
Rango	80,00
Minima	16,00
Máximo	96,00

Nuevamente se agrupó por patologías para poder establecer el Ji cuadrado, la p, el índice de momios y el intervalo de confianza por cada una de las patologías.

PATOLOGIA	J12	P	RAZON MOMIOS	INDICE DE CONFIANZA
Enfermedad Diverticular	0.0021	< 0.96 N/S	0.98	95% 0.75, 1.28
Pólipo	2.86	< 0.91 N/S	0.66	95% 0,41, 1,06
Cáncer de Colon	1.085	< 0.298 N/S	0.57	95% 0.21, 1.47
Cáncer de Recto	0.32	< 0.57 N/S	1.47	95% 0.57, 4.25
Enfermedad Inflamatoria intestinal	5.56	< 0.018	2.76 veces + HDB en mujeres	95% 1.162, 6.77
Colitis Infecciosa	1.10	< 0.29 N/S	1.48	95% 0.75, 2.94
Colitis Isquémica	0.008	< 0.93 N/S	1.08	95% 0.56, 2.12

Finalmente se procedió a analizar en forma estadística con el método del Ji cuadrado a los pacientes en dos grupos de edades: menores de 60 años y mayores o igual a 60 años, para establecer si existe diferencia estadísticas de acuerdo a las diferentes patologías. Los resultados fueron:

PATOLOGIA	J12	P	RAZON DE MOMIOS	INDICE DE CONFIANZA
Enfermedad Diverticular	13.81	< 0.01	6.35 Mayores 60 vs. Menores 60	4.50, 8.96
Pólipo	0.295	< 0.6 N/S	1.17	0.27, 1.9
Cáncer de Colon	0.157	< 0.7 N/S	0.76	0.30, 1.95
Cáncer de Recto	0.003	< 0.96 N/S	1.094	0.4, 3.15
Enfermedad Inflamatoria intestinal	3.147	< 0.07 N/S	0.50	0.26, 1.07
Colitis Infecciosa	7.91	< 0.01	2.60 Menores de 60 vs. Mayores de 60	1.3, 5.2
Colitis Isquémica	11.17	< 0.01	4.24 Mayores de 60 vs. Menores de 60	1.69, 11.32

VIII. DISCUSIÓN

La HDB se la puede dividir en moderada y masiva; la moderada se la define como la pérdida de sangre por recto sin cambios hemodinámicos y se caracteriza por un cese espontáneo. Un grupo mínimo de pacientes tiene pérdidas grandes de volúmenes sanguíneos por el recto de un sitio alto o bajo, se asocia con cambios hemodinámicos y transfusiones sanguíneas son necesarias (18)

La hemorragia digestiva baja es una entidad multidisciplinaria y la valoración inicial es muy importante, la colonoscopia es el procedimiento de elección para la evaluación de la HDB, y la endoscopia alta se realiza cuando una patología de origen alto se sospecha o cuando la evaluación del colon es negativa (1).

En este estudio se encontró la enfermedad diverticular en un porcentaje del 32.56%, muchas series indican del 37 al 45% (2) (3), 23 al 55% (4), 3% (5), 20 al 25% (15). Aproximadamente el 80% de los episodios de sangrado ceden en forma espontánea, el riesgo de resangrado después del primer episodio es del 25% y de otro episodio de sangrado después de dos eventos aumenta en un 50% (3). El diagnóstico de la hemorragia por enfermedad diverticular permanece como un diagnóstico difícil y hay muchas preguntas todavía sobre su manejo especialmente sobre el uso de la colonoscopia en su manejo inicial (15). Es importante definir el sangrado por enfermedad diverticular que se lo puede establecer como: 1) sangrado activo y 2) vaso sanguíneo no visible y 3) presencia de coágulo (9). Fig. 1

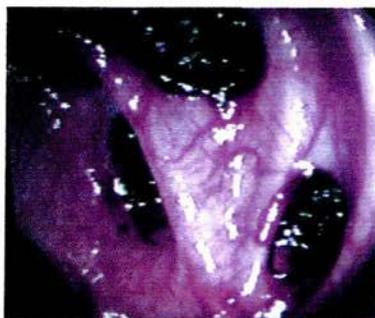


FIG. 1 ENFERMEDAD DIVERTICULAR

La series reportan una incidencia de HDB por presencia de pólipos del 7 al 15% (4), 16,54% (5). En algunas series se hace referencia a la HDB por presencia de poliposis juvenil (19), lo cual no sucedió en nuestra serie que se reporta una incidencia del 8.12%. Fig. 2

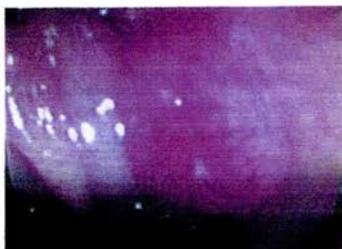


FIG. 2 POLIPO COLONICO

Las neoplasias pueden debutar como causa de HDB en un 7 al 33% lo cual no es común (2). Otras series muestran una incidencia del 6 al 10% (4), 4,13% (5). Generalmente las neoplasias lo agrupan en colorectal y muchos estudios se han hecho para evaluar la eficacia de la colonoscopia en su diagnóstico temprano (13). En esta serie se dividió en cáncer de colon con una incidencia del 2% y cáncer de recto con una incidencia del 1.72%. (Fig. 3)



FIG. 3 CANCER DE COLON

La HDB por enfermedad inflamatoria intestinal no es común, la mayoría de los casos se relacionan a la enfermedad de crohn (Fig.4) y su prevalencia es del 1%, generalmente el sangrado se detiene espontáneamente pero el 35% resangra y necesita cirugía de urgencia (2). En otras series refieren una incidencia del 6% incluyendo por igual la colitis ulcerativa y la enfermedad de crohn coincidiendo con los valores anteriores referidos por otras series (3). Otras series incluyen como valores de incidencia a la enfermedad inflamatoria intestinal con valores de 3 al 8% (4), 1,57% (5) y 1,5% con indicación de manejo inicial del sangrado con infliximab con resultados fortuitos (14). En este trabajo se encontró una incidencia del 2.96% para la enfermedad inflamatoria intestinal, pero se dividió en colitis ulcerativa (Fig. 5) con un 2.10% y enfermedad de crohn con un 0.47% lo cual se manifiesta diferente a los trabajos revisados.

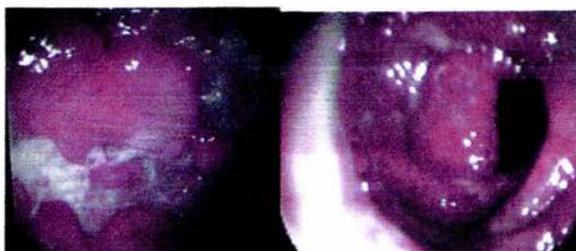


FIG. 4 CROHN FIG. 5 CUCI

La colitis Isquémica se considera como una causa inusual de HDB y cuando se presenta se manifiesta como una diarrea sanguinolenta con la evidente pérdida sanguínea (3); la incidencia se reporta del 1 al 3% (4). La colitis Isquémica se manifiesta como sangrado transrectal o peritonitis usualmente en los pacientes mayores quienes poseen arterioesclerosis, hipertensión o diabetes, pero también puede ocurrir después de choque hemorrágico prolongado sin oclusión vascular (14). En este trabajo la incidencia de esta patología fue del 3.91%. Fig. 6

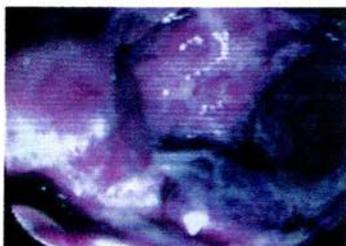


FIG. 6 COLITIS ISQUEMICA

Las malformaciones arteriovenosas se reporta en un 11%, generalmente ocurre en el ciego y colon ascendente, se reporta como sangrado masivo en un 2% de los casos, el cual cede en un 85 a 90% con un resangrado del 25 al 85% (2). Otras series reportan del 2 al 30% de incidencia en pacientes mayores de 50 años, el origen se debe a una oclusión parcial intermitente de las venas de la submucosa de la pared muscular colonica (3). La mayoría de las lesiones pueden diagnosticarse con la colonoscopia en un 84% (12). Este trabajo reporta una incidencia del 1.05%.

Existen muchas patologías adicionales que se presentan como HDB pero que su etiología corresponde a sangrado de niveles más altos que generalmente corresponden al 10 al 15% (20) (21). Pero además se registraron muchas patologías que hay que tener presentes en un diagnóstico diferencial como son: Colitis Infecciosa, Colitis Pseudomembranosa, Proctitis por radiación y úlcera rectal solitaria; lo cual indica la gama de patologías ha tener presente como causas secundaria de HDB. Sin embargo el 10% de los pacientes con sangrado la causa permanece sin identificarla (22) (23) (24), debido a la propia limitación del sangrado, mala preparación o la necesidad de auxiliares diagnósticos (25).

Estudio	Número Pacientes	Enf. Diverticular	MAV	Cáncer	Pólipos	EII	Colitis Isquémica
Caos (26)	35	23	20	17	0	9	0
Jensen (27)	80	16	30	11	3	9	0
Leitman (8)	68	27	24	9	0	5	5
Rossini (28)	409	15	15	30	3	13	5
HE CMN	1046	32.56	1.05	3.72	8.12	2.96	3.91

Las complicaciones en este estudio se presentó en un solo caso lo que corresponde al 0.09%, las series consultadas reportan una incidencia del 0.03 al 0.65% (17).

IX. CONCLUSIONES

1. La colonoscopia continúa siendo una herramienta útil en el diagnóstico de las enfermedades de Colon y Recto, pues sirvió para identificar la etiología del sangrado en un 63%.
2. Las estadísticas hospitalarias del IMSS son equivalentes con respecto a los estudios revisados y nos revelan La Enfermedad Diverticular como primera causa de HDB.
3. Al realizar las colonoscopia tuvimos una incidencia del 0.09% de complicaciones.

X. REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS.-

1. An annotated algorithmic approach to acute lower gastrointestinal bleeding. *Gastrointestinal Endoscopy* 2001; 53: 859-863.
2. Karam J, Loer. Gastrointestinal Bleeding: Therapeutic Strategies. *European Surgery* 2002; 34: 230-233.
3. Vernava A, Moore B, Longo W, Johnson F. Lower Gastrointestinal Bleeding. *Dis Colon Rectum* 1997; 40: 846-858.
4. Berry A, Campbell W, Kettlewell M. management of major colonic hemorrhage. *Br J Surg* 1988; 75: 637-640.
5. Shennak M, Musleh M, Tarawneh. Pattern of colonic disease in Lower gastrointestinal Bleeding in Jordian Patients. A prospective colonoscopic study. *Dis Colon Rectum* 1997; 40: 208-214.
6. Jensen D. Current management of severe lower gastrointestinal bleeding. *Gastrointestinal Endoscopy* 1995; 41: 300- 308.
7. Angtuaco T, Reddy S, Drapkin S, Harrell L, Howden C. The utility of urgent colonoscopy in the evaluation of acute lower gastrointestinal Tract Bleeding: a 2 year experience from a single center. *Am J Gastroenterology* 2001; 96: 1782-1785
8. Leitman M, Paull D, Shires T. Evaluation and management of massive lower gastrointestinal hemorrhage. *Ann Surg* 1988; 209: 175-180.
9. Jensen DM, Machicado GA, Jutabha R, Kovacs TOG. Urgent colonoscopy for the diagnosis and treatment of severe diverticular hemorrhage. *Gastrointestinal Endoscopy* 2001; 53: 261-263
10. Belaiche J, Louis E. Severe Lower Gastrointestinal Bleeding in Crohn's Disease: Successful control with infliximab. *Am J Gastro* 2002; 97: 3210-3211
11. Counter S, Froese D, Hart M. Prospective Evaluation of Formalin Therapy for Radiation Proctitis. *Am J Surg* 1999; 177: 396-398
12. Gupta N, Longo W, and Vernava A. Angiodysplasia of the Lower Gastrointestinal Tract: an Entity readily diagnosed by colonoscopy and primarily managed nonoperatively. *Dis Colon Rectum* 1995; 38: 979 - 982
13. Rex D. Colonoscopy: A review of its yield for cancers and adenomas by indication. *Am J Gastroenterology* 1995; 90: 353 - 364
14. Chou Y, Hsu S, Wang Ch, Chen C, How S. Ischemic colitis as a cause of massive lower gastrointestinal bleeding and peritonitis. Report five cases. *Dis Colon Rectum* 1988; 32: 1065 - 1070.
15. Smoot R, Gostout C, Rajan E, Pardi D, Schleck C, Harmsen W, Zinsmeister A, Nolte T, Melton L. Is early colonoscopy after admission for acute diverticular bleeding needed? *Am J Gastroenterology* 2003; 98(9): 1996-1999.
16. Chaudhry V, Hyser M, Gracias V, Gau F. Colonoscopy: The initial test for Acute Lower Gastrointestinal Bleeding. *The American Surgeon* 1998; 64: 723-727.

17. Damore L, Rantis P, Vernava A, Longo W. Colonoscopic perforations. *Dis Colon Rectum* 1996; 39: 1308 – 1314
18. The role of endoscopy in the patient with lower gastrointestinal bleeding. *Gastrointestinal endoscopy* 1998; 48: 685 – 688.
19. Pashankar D, Murphy J, Ostry A, Schreiber R. Life-threatening gastrointestinal hemorrhage due to juvenile polyposis. *Am J Gastroenterology* 2000; 95: 543 – 545.
20. Levinson SL, Powell DW, Callahan WT, et al. A current approach to rectal bleeding. *J Clin Gastroenterol* 1981; 3:9.
21. Litchtiger S, Kambluth A, Salomon P, et al. Lower gastrointestinal bleeding. In: Taylor MB, Gollan JL, Peppercorn MA, et al. *Gastrointestinal emergencies*. 1st ed. Baltimore: Williams & Wilkins, 1992: 358.
22. Boley SJ, DiBiase A, Brandt LJ, Sammartano RJ: Lower intestinal bleeding in the elderly. *Am J Surg* 1979; 137: 57-64.
23. Farmer R, Lichliter W, Kuhn J, Fisher T: Total colectomy versus limited colonic resection for acute lower gastrointestinal bleeding. *Am J Surg* 1999;178: 587-591.
24. Miller LS, Barbarevech C, Friedmann LS: Less frequent causes of lower gastrointestinal bleeding. *Gastroenterol Clin North Am* 1994; 23: 21-52.
25. Imdahl A. Genesis and pathophysiology of lower gastrointestinal bleeding. *Langenbeck's Arch Surg* 2001; 386: 1-7.
26. Caos A, Benner KD, Manier J, et al. Colonoscopy after Golytely preparation in acute rectal bleeding. *J Clin Gastroenterol* 1986; 8: 46-9.
27. Jensen DM, Machicado GA. Diagnosis and treatment of severe hematochezia: the role of urgent colonoscopy after purge. *Gastroenterology* 1988; 95: 1569-74.
28. Rossini FP, Ferrari A, Spandre M, et al. Emergency colonoscopy. *World J Surg* 1989; 13: 190-2.