

# Hemorragia digestiva de origen oscuro: “una causa no sospechada”

Obscure gastrointestinal bleeding: “an unsuspected cause”

Catalina Gonzales Aviles<sup>1</sup>, Hugo E. Osorio<sup>2</sup>, Christian E. Melgar<sup>3</sup>

## Resumen

La hemorragia digestiva de origen oscuro se presenta en el 5 -10% del sangrado intestinal, con persistencia o recurrencia en el 50%, de los casos. Es ocasionado por varias etiologías, generando un desafío diagnóstico que requiere la realización de varios procedimientos endoscópicos. Entre las causas inusuales se encuentran las parasitosis intestinales por nematodos, siendo prevalentes en zonas tropicales y países en vía de desarrollo. Presentamos el caso de una paciente con hemorragia digestiva de origen oscuro manifiesto recurrente desencadenado por *Ascaris lumbricoides*, quien requirió varias hospitalizaciones, soporte transfusional y realización de un set de procedimientos endoscópicos previo al diagnóstico etiológico y posterior tratamiento planteando la necesidad de conocer la real costo efectividad de la desparasitación profiláctica en todo paciente con hemorragia intestinal y primera evaluación endoscópica estándar negativa, teniendo en cuenta la alta prevalencia de nematodos en nuestro país.

**Palabras clave:** hemorragia digestiva de origen oscuro, sangrado gastrointestinal, parasitismo intestinal, áscaris lumbricoides.

## Abstract

Obscure gastrointestinal bleeding is found in 5-10% of cases of intestinal bleeding, recurring in 50% of cases. It is caused by various aetiologies which can make diagnosis a challenge, requiring various endoscopic procedures. Among the unusual causes are nematode intestinal parasites, prevalent in tropical areas and developing countries. The study presents the case of a patient with recurrent obscure gastrointestinal bleeding triggered by *Ascaris lumbricoides*, who required various hospitalisations, blood transfusions and a set of endoscopic procedures before the aetiological diagnosis and subsequent treatment. This demonstrates the necessity to know the true cost-effectiveness of preventive parasite control in all patients with gastrointestinal bleeding and negative results for the first endoscopic evaluation, taking the high prevalence of nematodes in our country into account.

**Key words:** obscure gastrointestinal bleeding, gastrointestinal bleeding, intestinal parasites, ascaris lumbricoides.

## Introducción

La hemorragia digestiva de origen oscuro se define como el sangrado recurrente o persistente de origen desconocido después de una evaluación endoscópica estándar (esofagogastroduodenoscopia (EGD) y colonoscopia<sup>1</sup>. Se clasifica en dos

tipos: “manifiesta” al haber evidencia clínica de sangrado gastrointestinal como la presencia de hematemesis, hematoquecia y/o melenas. Y “oculta” cuando hay persistencia de anemia por deficiencia de hierro y/o de sangre oculta en materia fecal positiva, sin evidencia clínica de sangrado intestinal<sup>1</sup>. La hemorragia manifiesta a la vez se puede subdividir en

1. MD. Oncología, Hospital Universitario de Neiva. Colombia.
2. MD. Internista, Fellow cardiología clínica de adultos, Hospital Universitario de Neiva. Colombia.
3. MD. Internista, Gastroenterólogo, Docente Universidad Surcolombiana. Neiva. Colombia.

Correspondencia: Catalina Gonzales Aviles. Correo electrónico: [catag\\_909@hotmail.com](mailto:catag_909@hotmail.com)

Recibido: 08/10/2013- Revisado: 29/01/2014- Aceptado: 24/09/2015

activa e inactiva, lo que puede modificar la estrategia diagnóstica en cada caso<sup>2</sup>. La presencia de sangre oculta positiva en heces, sin anemia y sin síntomas gastro-intestinales, no requiere otra evaluación diagnóstica además de la colonoscopia y no se considera sangrado intestinal de origen oscuro<sup>1</sup>.

La hemorragia digestiva de origen oscuro representa el 5-10% de los casos de sangrado intestinal, y aproximadamente el 50% van a presentar persistencia o recurrencia, haciendo necesaria la realización de procedimientos invasivos, para su diagnóstico y manejo, debido a la morbilidad y mortalidad asociada<sup>3</sup>.

La etiología de la hemorragia puede ser cualquier lesión que se encuentre dentro del tracto gastrointestinal (desde boca hasta ano), en el 25% de los casos el origen del sangrado se localiza en regiones accesibles a las endoscopias convencionales (esófago, estómago, duodeno y colon), no evidenciándose durante la primera evaluación endoscópica por varios factores como hipovolemia, inexperticia, coagulo adherido, sangrado intermitente, mala preparación entre otros<sup>4</sup>. Las lesiones restantes se localizan en el intestino medio (yeyuno e ileon), un sitio de difícil evaluación, lo cual en la última década ha cambiado gracias al advenimiento de la capsula endoscópica y la enteroscopia asistida por balón. El tipo lesión esta en relación con la edad, siendo más frecuentes las de tipo tumoral como el leiomioma, carcinoide, adenocarcinoma y linfomas en menores de 50 años, al igual que el divertículo de Meckel, lesión de Dieulafoy, enfermedad de Chron, en mayores de 50 años predomina la angiodisplasia y úlceras por antiinflamatorios no esteroideos<sup>5</sup>.

Las parasitosis intestinales son reportadas como causas infrecuentes de sangrado de origen oscuro en Europa y Norte América, sin embargo, en países en vía de desarrollo y zonas tropicales donde la prevalencia de infestación por parásitos intestinales es elevada, secundario a factores ambientales y necesidades de saneamiento básico insatisfechas, no se tienen datos de la relevancia de esta etiología.

A continuación presentamos el caso clínico de una mujer en la sexta década de vida con hemorragia digestiva de origen oscuro manifiesta, recurrente, secundaria a *Ascaris lumbricoides* quien requirió varias hospitalizaciones, soporte transfusional y la realización de múltiples procedimientos endoscópicos antes de determinar el factor causal.

### Caso clínico

Mujer de 53 años, quien consulta por cuadro clínico de 2 días de evolución de deposiciones melénicas en cuatro ocasiones, asociado a dolor abdominal de tipo cólico en hipogastrio, astenia, adinamia y malestar general, sin hematemesis. Con antecedente de cuatro hospitalizaciones previas por hemorragia digestiva en el último año, con requerimiento transfusional, último episodio hace cuatro meses, fue estudiada con esofagogastroduodenoscopia (EGD), colonoscopia, enteroscopia de un balón anterógrada/retrógrada y arteriografía mesentérica, que no evidencian la causa ni sitio del sangrado.

Antecedentes personales de hipertensión arterial desde hace 5 años en manejo con enalapril e hidroclorotiazida, alérgica a la penicilina y un mes previo al ingreso se le practicó histerectomía abdominal total, salpingooforectomía bilateral, colpoptorrafía anterior y posterior, debido a miomatosis uterina y masa compleja de ovario izquierdo con marcadores tumorales negativos. Niega consumo de antiinflamatorios no esteroideos, no tiene antecedentes familiares de importancia. Al ingreso se evidencia palidez mucocutánea, con tensión arterial 140/70 mmHg, frecuencia cardiaca 78 latidos por minuto, frecuencia respiratoria 20 por minuto, temperatura 36° celsius, peso 68 kg, abdomen doloroso a la palpación en hipogastrio, sin masas, no irritación peritoneal, sin otras anomalías en el examen físico. Se inicia manejo con solución de Hartman, ranitidina, y se toman paraclínicos que reportan: hemograma con 6900 leucocitos ( $4-10.5 \times 10^3/\text{mm}^3$ ), neutrófilos 67% (45-69), linfocitos 21% (15-50), monocitos 8.7% (0-8), eosinófilos 1% (0-6), hemoglobina 7.6 g/dL, hematocrito 24.5% (39-46), VCM 76, HCM 23.5 pg (27-33), MCHC 31 g/dl (31-37), RDW-CV 22.1% (11-16), plaquetas 235.000, nitrógeno ureico 12 mg/dL, creatinina 0.61 mg/dL, glucosa sérica 114 mg/dL, PT 12.8/13, TPT 28/31. Presenta dos episodios de melenas abundantes durante la observación por lo que se transfunden tres unidades de glóbulos rojos empaquetados.

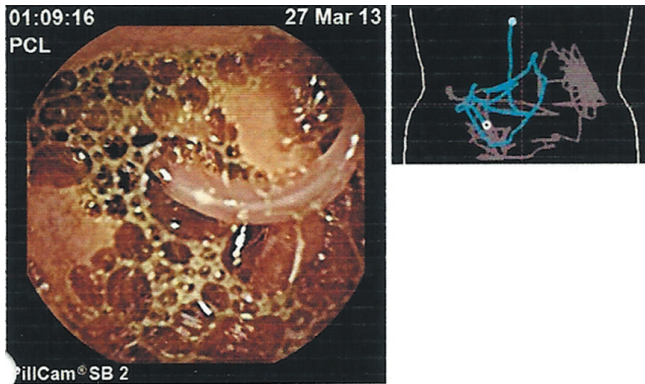
Teniendo en cuenta los estudios endoscópicos previos, se considera hemorragia digestiva de origen oscuro manifiesta y se realiza video capsula endoscópica total, evidenciándose *Ascaris lumbricoides* a nivel de yeyuno sin otras alteraciones (figura 1). Se inicia tratamiento con piperazina 30 mL vía oral cada 24 horas por tres días y albendazol 400 mg vía oral al día por tres días, presentando expulsión de *Ascaris lumbricoides* durante la defecación, sin nuevos episodios de melenas por lo que se da egreso. La evolución durante el seguimiento ambulatorio ha sido favorable.

### Discusión

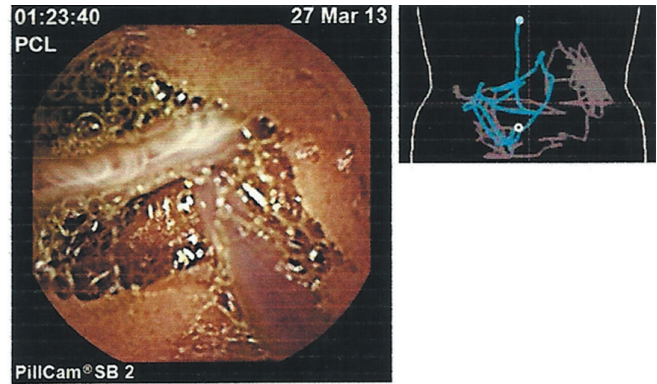
Debido a que el 25% de las lesiones causantes del hemorragia digestiva de origen oscuro se encuentran al alcance de la EGD y colonoscopia, y no son evidenciados durante la primera revisión endoscópica, se recomienda realizar de nuevo estos procedimientos, en caso de hemorragia digestiva oscura manifiesta activa, no teniendo igual impacto en la oculta<sup>2,3</sup>. Al ser la evaluación endoscópica estándar negativa, tanto en la hemorragia digestiva oculta como manifiesta, la capsula endoscópica y la enteroscopia con balón (simple o doble balón) anterógrada y retrógrada, son los procedimientos diagnósticos de primera línea a seguir, ambos con amplio campo de aplicación y capacidad diagnóstica equiparable, siendo preferida la capsula endoscópica<sup>1,2,5</sup>.

La enteroscopia tiene la ventaja de permitir realizar intervención terapéutica en el intestino delgado, y es complementaria a la capsula endoscópica<sup>5</sup>. Con una tasa de detección del 56% versus 62% de la capsula endoscópica, incrementando su capacidad al 75% en los casos con capsula endoscópica previa positiva y siendo solo del 27% cuando esta es negativa<sup>6</sup>.

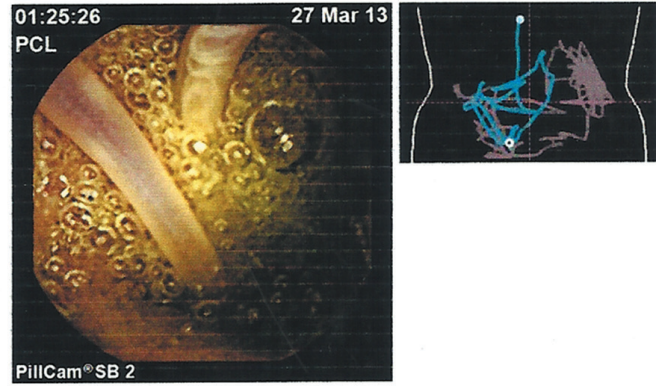
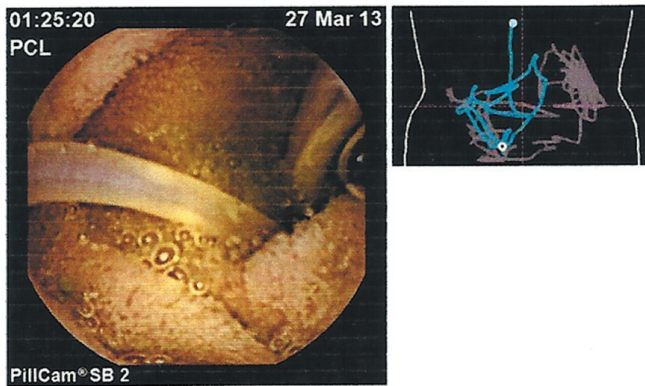
La capsula endoscópica es un procedimiento mínimamente invasivo, fácil de tolerar, la cual ha revolucionado la



Comentarios  
YEYUNO ASCARIS LUMBRICOIDES



Comentarios  
ASCARIS YEYUNO



Comentarios  
ASCARIS YEYUNO

**Figura 1.** *Ascaris lumbricoides* en yeyuno.

capacidad diagnóstica de patologías del intestino delgado, permitiendo su visualización completa en el 85-90% de los casos, con sensibilidad del 95% y especificidad del 75% para detección de lesiones al compararla con la enteroscopia intraoperatoria (prueba de oro), tiene un valor predictivo positivo del 95% y negativo del 86%<sup>7</sup> teniendo mejor rendimiento que la enteroscopia push y estudios radiológicos del intestino delgado<sup>8</sup>. Es el procedimiento de elección en la hemorragia digestiva oculta y manifiesta no activa<sup>2</sup>. En caso de ser negativo, el riesgo de resangrado es muy bajo (6-11%) comparado con aquellos positivos (46%)<sup>9,10</sup> no requiriendo estudios adicionales, continuando el seguimiento clínico<sup>11</sup>. Si hay persistencia del sangrado, repetir la capsula endoscópica tiene un rendimiento diagnóstico del 35-75%, especialmente en hemorragia manifiesta con caída de la hemoglobina > 4 g/dL<sup>12</sup>. Su principal limitación es la incapacidad para tomar biopsias y realizar procedimientos terapéuticos.

Otros procedimientos radiológicos (enterografía y enteroclisis por tomografía computarizada o resonancia magnética, angiografía arterial) y de medicina nuclear, son alternativas cuando la capsula y enteroscopia están

contraindicadas, alta posibilidad de examen incompleto, no disponibles, o en situaciones muy específicas, debido a su bajo rendimiento diagnóstico<sup>3,5</sup>.

El manejo de la hemorragia digestiva de origen oscuro además de las medidas de soporte (cristaloides, coloides, hemoderivados, etc.) depende de la etiología, empleando procedimientos endoscópicos con capacidad de intervención terapéutica según la localización de la lesión (EGD en lesiones del intestino alto, enteroscopia en intestino medio y colonoscopia en el colon), quirúrgicos en caso de masas, tumores, o lesiones no manejables por medio endoscópico<sup>2</sup>.

Las parasitosis intestinales por nematodos son en la actualidad uno de los principales problemas médico social en el mundo, principalmente en los países en vía de desarrollo como Colombia<sup>13</sup> donde los servicios básicos sanitarios, la educación y cultura higiénica son inadecuadas, favoreciendo su permanencia en estas regiones, alcanzando una prevalencia elevada en la población, que puede variar de una región a otra, generando malnutrición y grados variados de morbilidad<sup>14,15</sup>.

Muchas no presentan síntomas, una minoría lo hacen a nivel gastrointestinal, con presentación variada como dolor abdominal, obstrucción intestinal, ictericia, colangitis,

hemorragia digestiva de origen oscuro oculta o manifiesta, siendo la presentación con anemia ferropénica y sangre oculta en heces la más frecuente, e inusualmente con sangrado evidente, donde se ha requerido la realización de varios procedimientos endoscópicos para llegar al diagnóstico<sup>16-22</sup>. Lo que plantea el interrogante si a estos pacientes que se presentan por primera vez con sangrado gastrointestinal y evaluación endoscópica estándar negativa deben ser desparasitados profilácticamente en zonas donde la prevalencia de parasitismo intestinal es alta, como nuestro país, antes de presentar un nuevo episodio de sangrado y requerir la realización de más procedimientos endoscópicos para determinar la etiología, como ocurrió en nuestra paciente.

### Conclusión

La hemorragia digestiva de origen oscuro es un desafío diagnóstico que requiere la realización de varios procedimientos endoscópicos para identificar la etiología, siendo las parasitosis intestinales según los reportes de la literatura una causa infrecuente de ésta, se debe tener en cuenta en zonas de prevalencia elevada como nuestro país para su consideración en la evaluación inicial y en el abordaje, en donde se podría establecer la desparasitación profiláctica como herramienta para evitar la recurrencia y realización de métodos diagnósticos invasivos adicionales.

### Referencias

1. Raju GS, Gerson L, Das A, et al. American Gastroenterological Association (AGA) Institute technical review on obscure gastrointestinal bleeding. *Gastroenterology* 2007;133:1697-717.
2. Fisher L, Lee Krinsky M, Anderson MA, et al. ASGE Standards of Practice Committee. The role of endoscopy in the management of obscure gastrointestinal bleeding. *Gastrointestinal Endoscopy* 2010;72:471-479.
3. Rondonotti E, et al. ASGE Diagnostic algorithm for obscure gastrointestinal bleeding: Eight burning questions from everyday clinical practice. *Digestive and Liver Disease* (2013);45:179-185.
4. Baños F. Sangrado gastrointestinal oscuro: ¿Cuál es el mejor abordaje diagnóstico? *Rev Col Gastroenterol* / 2010;25(2).
5. Lui K, Kaffes A. Review article: the diagnosis and investigation of obscure gastrointestinal bleeding. *Aliment Pharmacol Ther* 2011;34:416-423.
6. Teshima C, Kuipers E, et al. Double balloon enteroscopy and capsule endoscopy for obscure gastrointestinal bleeding: An updated meta-analysis. *Journal of Gastroenterology and Hepatology* 2011;26:796-801.
7. Hartmann D, Schmidt H, et al. A prospective two-center study comparing wireless capsule endoscopy with intraoperative enteroscopy in patients with obscure GI bleeding. *Gastrointest Endosc* 2005;61:826-832.
8. Triester SL, Leighton JA, et al. A meta-analysis of the yield of capsule endoscopy compared to other diagnostic modalities in patients with obscure gastrointestinal bleeding. *Am J Gastroenterol* 2005;100:2407-2418.
9. Macdonald J, Porter V, McNamara D. Negative capsule endoscopy in patients with obscure GI bleeding predicts low rebleeding rates. *Gastrointest Endosc* 2008;68(6):1122-7.
10. Lai LH, Wong GLH, et al. Long-term follow-up of patients with obscure gastrointestinal bleeding after negative capsule endoscopy. *Am J Gastroenterol* 2006;101:1224-8.
11. Mergener K, Ponchon T, Gralnek I, et al. Literature review and recommendations for clinical application of small bowel capsule endoscopy, based on a panel discussion by international experts. Consensus statements for small-bowel capsule endoscopy, 2006/2007. *Endoscopy* 2007;39(10):895-909.
12. Viazis N, Papaxoinis K, Vlachogiannakos J, et al. Is there a role for second-look capsule endoscopy in patients with obscure GI bleeding after a nondiagnostic first test? *Gastrointest Endosc* 2009;69(4):850-6.
13. Agudelo S, Gomez L, et al. Prevalencia de Parasitosis Intestinales y Factores Asociados en un Corregimiento de la Costa Atlántica Colombiana. *Rev. salud pública.* 2008;10(4):633-642.
14. Chijioke A, Brown M, Intestinal nematodes: disease burden, deworming and the potential importance of co-infection. *Current Opinion in Infectious Diseases* 2008,21:516-522.
15. Knopp S, Steinmann P, et al. Nematode Infections: Soil-Transmitted Helminths and Trichinella. *Infect Dis Clin N Am* 2012;26:341-358.
16. Jia-Min Chen et al. Overt gastrointestinal bleeding because of hookworm infection. *Asian Pacific Journal of Tropical Medicine* 2012; pp. 331-332.
17. Stephen D, Siow S. Acute Lower Gastrointestinal Haemorrhage Secondary to Small Bowel Ascariasis. *Malays J Med Sci.* Apr-Jun 2012;19(2):92-95.
18. Lukashok H, Robles C, Multiple Intestinal Erosions as a Result of Hemorrhage due to Parasites: Case Reports and Review of the Literature. *Diagnostic and Therapeutic Endoscopy.* doi:10.1155/2011/340869.
19. Floro G, Pak L, Sreter, and Z. Tulassay, "Wireless capsule endoscopy in the diagnosis of helminthiasis (Brandt LJ commentary)," *Gastrointestinal Endoscopy*, 2007;65(7):1078-1079, 2007.
20. P. Balachandran and V. G. M. Prasad, "Intestinal parasites seen on capsule endoscopy," *Gastrointestinal Endoscopy* 64(4):651, 2006.
21. J. M. M. G. Soares, L. Lopes, G. Villas-Boas, and C. Pinho, "Ascariasis observed by wireless-capsule endoscopy," *Endoscopy*, 2003;35(2):194, 2003.
22. A. J. Trindade and C. S. Pitchumoni, "Incidental detection of *Ascaris lumbricoides* by wireless capsule endoscopy," *Journal of Clinical Gastroenterology*, 2006;40(3):226, 2006.