

## **NIÑO CON HEMORRAGIA DIGESTIVA**

**Dres. G. Hualde, P. Rino**

**Editora: Dra. Ana M. Fernández Ruiz**

### **CASO CLINICO**

Paciente varón de 4 años de edad que ingresa a la Unidad Emergencias con dolor abdominal tipo cólico, vómitos de contenido gástrico y deposiciones repetidas y abundantes de sangre roja rutilante sin moco, con 4 horas de evolución.

### **Antecedentes**

Embarazo controlado, RNTPAEG, sin antecedentes perinatólogicos. Crecimiento pondoestatural acorde a edad. Concorre a jardín de infantes. Sin otros antecedentes personales ni familiares destacables. Vive en zona urbana con todos los servicios. No surge ingesta de medicamentos, tóxicos o cuerpos extraños.

Presentó cuadro de catarro de vías aéreas superiores una semana previa a la aparición de los síntomas.

Al ingreso se constata mal estado general, pálido, frío, sudoroso, con sensorio alternante y mala perfusión periférica. FC 136 x', FR 22 x', TA 90/60 mmHg, Temperatura 36,2°C. Presenta buena entrada de aire bilateral; ruidos cardíacos normales, pulsos periféricos ausentes, relleno capilar enlentecido; abdomen levemente distendido y doloroso a la

palpación superficial y profunda, sin masas palpables ni visceromegalias; región anal y perianal sin alteraciones; piel y mucosas pálidas, sin lesiones; resto del examen físico normal.

### **■ ¿Qué conductas se toman en primer término?**

Al momento del Triage se clasifica al paciente con un nivel 1 (rojo) de urgencia por lo que ingresa inmediatamente al sector de Reanimación.

El Triage es un método de clasificación de los pacientes según su nivel de urgencia para recibir asistencia. Se realiza en el primer contacto del paciente con el hospital para poder determinar la prioridad de su atención. No debe llevar más de un par de minutos, y solo escasos segundos si la situación clínica es crítica. Se efectúa mediante la valoración del triángulo de evaluación pediátrica (herramienta que nos permite obtener una impresión general del paciente a través del aspecto respiratorio, la coloración o circulación y la apariencia o estado neurológico y orienta a determinar el nivel de urgencia), el padecimiento principal y los signos vitales.

Una vez en la sala de reanimación, se evalúa ABC y se constata vía aérea sostenible, respiración espontánea y mala perfusión periférica.

Presenta signos de shock hipovolémico compensado secundario a hemorragia digestiva.

Servicio de Clínica, Unidad Emergencias.  
Hospital de Pediatría Juan P. Garrahan.

Se coloca monitoreo no invasivo de FC, FR, TA, saturimetría de oxígeno.

Se administra oxígeno con máscara con reservorio a 10 litros x´ para optimizar la oxigenación tisular.

Se colocan dos accesos venosos periféricos cortos y de calibre adecuado para suministrar fluidos rápidamente (en bolos, con jeringa) como para expandir la volemia enérgicamente en una situación clínica crítica que requiere grandes volúmenes de cristaloides o hemoderivados.

Se expande con solución fisiológica a 60 ml/kg lográndose la compensación hemodinámica, mejoran los pulsos y la perfusión periférica y se obtiene una diuresis de 140 ml.

### ■ **¿Cómo se puede, en principio, pensar el diagnóstico de este paciente?**

Se trata de una hemorragia digestiva baja, o alta con aceleración del tránsito intestinal que produjo un shock hipovolémico hemorrágico.

Se debe tener en cuenta que:

1. Es un niño de 4 años, previamente sano, eutrófico, sin signos de enfermedades crónicas.
2. No posee historia de episodios previos de sangrado digestivo ni de diarreas u otra signosintomatología digestiva.
3. No tiene otros sangrados u otras lesiones en piel, mucosas u osteoarticulares.
4. Presenta un comienzo agudo del cuadro, afebril; sin antecedente de trauma o tóxicos.

### ■ **¿Qué diagnósticos se pueden considerar?**

Las hemorragias digestivas se clasifican en altas o bajas de acuerdo al lugar del sistema digestivo del cual provienen.

Se denominan altas a las que se originan por arriba del ligamento de Treitz. Éstas se manifiestan por hematemesis y melena. Sin embargo, también se pueden evidenciar con deposiciones sanguinolentas rojo brillante si el tránsito intestinal está acelerado.

Las hemorragias digestivas bajas producen deposiciones con sangre roja, mezclada o no con la materia fecal.

Es por ello que el diagnóstico diferencial se apoya principalmente en una historia clínica y una exploración física meticulosa.

Se enumeran a continuación las causas más frecuentes para este grupo etario.

#### 1. *Diarreas disintéricas, enteritis*

Se caracteriza por fiebre, dolor abdominal tipo cólico, pujos, tenesmo y deposiciones frecuentes con sangre y moco. Se produce por invasión de gérmenes enteroinvasivos de la pared del colon e

ileon terminal. Se debe investigar la presencia de *Shigella*, *Salmonella*, *E. Coli* enteroinvasiva, *Campylobacter yeyuni*, *Yersinia enterocolitica* y *Entamoeba histolítica*.

#### 2. *Fisura anal*

Suele haber antecedente de constipación, dolor al defecar y se puede acompañar de sangre roja brillante no muy abundante sobre la superficie de las heces.

#### 3. *Pólipos juveniles*

Se ubican generalmente en la ampolla rectal y, a veces, se pueden llegar a palpar por tacto rectal. Provocan múltiples sangrados intermitentes pequeños.

#### 4. *Invaginación intestinal*

Aproximadamente el 80% de los casos se presentan antes de los dos años de vida y el 90% es de causa idiopática. En niños mayores se puede observar como punto de invaginación un divertículo de Meckel, un pólipo intestinal, una duplicación o una neoplasia, y también se puede presentar como complicación de la Púrpura de Schönlein Henoch o el Síndrome Urémico Hemolítico. Se caracteriza por hemorragia digestiva con aspecto de jarabe de grosella que no suele ser masiva. Puede palpase, aunque no tan habitualmente, como masa abdominal, y es característico que se acompañe de dolor abdominal tipo cólico, palidez y alteración del sensorio.

#### 5. *Enfermedad úlcero péptica*

Esta definición comprende: gastritis, úlcera gástrica, duodenitis y úlcera duodenal.

La gastritis y la duodenitis pueden producir dolor inespecífico en epigastrio o dolor abdominal difuso con hematemesis o melena. Se pueden desarrollar tras infecciones virales, ingestión de AINEs o corticoides.

Las úlceras pueden ser primarias, asociadas al hallazgo del *Helicobacter pylori* en las biopsias y localizadas más frecuentemente en duodeno, o secundarias a situaciones de estrés y ubicadas habitualmente en estómago.

El dolor epigástrico recurrente es el síntoma característico de la enfermedad úlcero-péptica y en muchos casos existe una historia familiar de enfermedad ulcerosa. En niños mayores de 10 años los síntomas son similares a los del adulto, mientras que el niño pequeño es incapaz de localizar el dolor y puede presentarse con anorexia, irritabilidad y hemorragia digestiva. Los síntomas suelen ser episódicos repitiéndose cíclicamente con períodos de remisión de semanas o meses.

#### 6. *Esofagitis*

Se puede manifestar por hematemesis con es-

trías de sangre o melena en pacientes que tienen historia de reflujo gastroesofágico y dolor retroesternal.

#### 7. *Várices esofágicas*

Resultan secundarias a hipertensión portal. Suelen existir antecedentes de enfermedad hepática previa o hallazgos clínicos que hagan sospecharla como circulación colateral y esplenomegalia.

#### 8. *Divertículo de Meckel*

Es la causa más frecuente de hemorragia digestiva en niños de esta edad que ingresan descompensados. Se caracteriza por la persistencia del conducto onfalomeséntérico que se encuentra recubierto por mucosa gástrica ectópica secretora de ácido clorhídrico. De manera más usual produce hemorragia intermitente y, con menor frecuencia, obstrucción intestinal, diverticulitis o hemorragias masivas.

#### 9. *Enfermedad inflamatoria intestinal*

Se presenta más comúnmente en preadolescentes y adolescentes. El tipo de evolución crónica resulta importante en el pensamiento diagnóstico. En general se presenta con anorexia y pérdida de peso.

#### 10. *Hemorroides*

Se relaciona con constipación y dieta pobre en fibras e hidratación escasa. En los niños pequeños hay que sospechar hipertensión portal.

#### 11. *Trombocitopenias y coagulopatías*

Son causas raras que hay que sospechar en niños con enfermedad oncológica y tratamiento quimioterápico, enfermedades hematológicas o con antecedentes de cuadros con trastornos en la hemostasia personales o familiares.

#### 12. *Cuerpo extraño*

Puede existir el antecedente de la ingesta. De manera infrecuente puede asociarse a perforación del tubo digestivo.

#### 13. *Otras*

Malformación arteriovenosa, hemangioma.

### ■ **¿Qué estudios complementarios se solicitan inicialmente?**

Se realizan exámenes complementarios iniciales al pie de la cama; principalmente para abordar el tratamiento de la emergencia y de manera paralela avanzar sobre la orientación diagnóstica.

#### **Laboratorio de sangre**

- *Grupo y factor.* De fundamental importancia para la transfusión de hemoderivados compatibles. En

caso de que no se obtenga sangre compatible se transfundirá con sangre 0 negativo.

- *Hemoglobina/Hematocrito.* Valor relativo en el sangrado agudo dado que puede no ser claramente representativo de la magnitud de la anemia.
- *Recuento de plaquetas y coagulograma* para descartar trastorno básico de la hemostasia.
- *Uremia/Creatininemia, Ionograma, EAB venoso, Glucemia* para evaluar trastorno del medio interno y fallo renal asociado a las pérdidas abundantes.
- *Hepatograma* para valorar daño hepático agudo o crónico.

#### **Imágenes**

*Radiografía de abdomen* para determinar presencia de cuerpo extraño radioopaco, perforación (neumoperitoneo) u obstrucción intestinal (niveles hidroaéreos). *Radiografía de tórax. Ecografía abdominal.* Para descartar invaginación intestinal y evaluar presencia de masas o vísceromegalias, tamaño y morfología hepática, esplenomegalia, signos de hipertensión portal o malformaciones vasculares.

#### **Laboratorio de Microbiología**

Muestras de materia fecal para estudio virológico y coprocultivo.

Se administra omeprazol 20 mg endovenoso para disminuir la secreción ácida gástrica.

Evoluciona con compensación hemodinámica pero persiste con síndrome anémico y con abundantes deposiciones de sangre. Se solicita transfusión de glóbulos rojos desplammatizados.

Se obtienen los siguientes resultados de los estudios solicitados:

Laboratorio de sangre

1° Hemograma: muestra coagulada. 2° Hemograma (postransfusional): GB 19650/mm<sup>3</sup>; Hb 12 gr/dl. Recuento de Plaquetas 360000/mm<sup>3</sup>. Quick: 72%. KPTT: 33". Urea 55 mg%. Creatinina: 0,43mg/dl. Ionograma: Na<sup>+</sup> 142 mEq/l, K<sup>+</sup> 4,6 mEq/l. Hepatograma: Bilirrubina Total 0,4 mg/dl, Directa 0,1mg/dl, TGO 36 U/L TGP 42U/L.

La leucocitosis se puede explicar por la situación de estrés.

La falta de descenso de la hemoglobina o el hematocrito está relacionada con el sangrado agudo masivo que provoca que no haya cambio en las concentraciones de los mismos.

Las plaquetas y el coagulograma son normales pero la hemorragia severa se puede acompañar de trastornos en la hemostasia por lo que puede resultar necesario aportar otros hemoderivados más allá de los glóbulos rojos.

La uremia está levemente elevada como consecuencia de la disminución de la volemia.

### *Imágenes*

Radiografía de tórax: normal. Radiografía de abdomen: normal. Ecografía abdominal: asas intestinales dilatadas sin engrosamiento de pared, con peristaltismo aumentado, tamaño y morfología hepática y esplénica normales, sin masas ni invaginación intestinal.

Algunos diagnósticos diferenciales ya se han descartado por historia, antecedentes y examen físico y otros -como invaginación intestinal, cuerpo extraño radioopaco, tumores, hepatopatía, trastorno en la hemostasia, grandes malformaciones vasculares o hemangiomas- a partir de los estudios efectuados hasta el momento.

Continúa con estabilidad hemodinámica, en mejor estado general. Persiste con deposiciones con sangre en menor cantidad. Resulta necesario avanzar con nuevos estudios para determinar el sitio de sangrado y su etiología.

### ■ **¿Cómo se continúa el abordaje diagnóstico?**

Centellograma con Tc 99. Para determinar presencia de divertículo de Meckel.

El resultado es negativo para mucosa gástrica heterotópica.

Videoendoscopia digestiva alta y baja. Para averiguar sitio de sangrado y aproximarse al diagnóstico etiológico.

Informa mucosa con eritema difuso en cuerpo, antro y techo gástrico, hemorragia subepitelial en zona circunscripta de curvatura mayor del estómago; mucosa colónica normal, abundantes restos hemáticos, sin sangrado activo.

Con estos estudios se descarta divertículo de Meckel, úlcera, malformaciones vasculares u otras lesiones sangrantes.

Evoluciona clínicamente estable, sin nuevos sangrados digestivos.

A las 48 horas del ingreso presenta rash purpúrico en miembros inferiores, manos, escroto, cara y artritis en ambas rodillas y tobillos.

Con este cuadro clínico se realiza el diagnóstico de Púrpura de Schönlein Henoch con hemorragia digestiva secundaria a la vasculitis.

## PURPURA DE SCHÖNLEIN HENOCH

La Púrpura de Schönlein Henoch (PSH) es la vasculitis más frecuente en la infancia. Se caracteriza por una vasculitis leucocitoclástica y el depósito de Ig A en los vasos pequeños de piel, articulaciones, tubo digestivo y riñón.

Afecta más a varones que a mujeres en una proporción de 1,2-1,8:1. Aproximadamente el 90% de los casos se presenta en niños, generalmente entre los 3 y 10 años de edad. Es más frecuente en primavera y otoño. En muchos niños la PSH es precedida por un cuadro de vía aérea superior, como la faringitis por estreptococo beta hemolítico del grupo A.

Las lesiones cutáneas aparecen en el 100% de los casos aunque pueden estar ausentes al inicio del cuadro. Las manifestaciones gastrointestinales en la PSH ocurren en 80% de los casos pero solo preceden en un 20% al rash purpúrico.

Los síntomas digestivos más frecuentes son dolor abdominal cólico generalmente localizado en epigastrio, vómitos y diarrea. Las complicaciones gastrointestinales más graves son invaginación, infarto y perforación intestinal.

Resulta infrecuente la presentación inicial de shock hipovolémico secundario a vómitos y hemorragia digestiva.

Las articulaciones están afectadas en dos tercios de los casos, el compromiso renal surge en 25-50% de los pacientes.

También pueden aparecer manifestaciones neurológicas secundarias a vasculitis del Sistema Nervioso Central, orquitis, carditis, enfermedad ocular inflamatoria y hemorragias pulmonares pero son poco frecuentes.

Solo se internan los pacientes que padecen glomerulonefritis con signos de hipervolemia o hipertensión arterial, o sintomatología gastrointestinal o articular severa.

El tratamiento consiste en reposo (según los síntomas presentes), dieta hiposódica en caso de proteinuria y/o hipertensión arterial, ácido acetilsalicílico en artritis, meprednisona si la artritis no calma con aspirina o presenta edema de cuero cabelludo, compromiso del escroto, intenso dolor abdominal o hemorragia digestiva, antihipertensivos en presencia de hipertensión arterial, hidratación parenteral ante signos gastrointestinales severos.

Mientras la enfermedad está activa se suelen hacer controles semanales de orina en búsqueda de proteinuria. El aumento de la proteinuria, el síndrome nefrótico y la insuficiencia renal indican enfermedad severa. La nefropatía se suele instalar en los tres primeros meses. Cuando la signosintomatología desaparece se extiende paulatinamente la periodicidad de los controles clínicos y de orina.

### LECTURA RECOMENDADA

- Menon P, Singh S. Gastrointestinal manifestations of Henoch-Schonlein purpura. Dig Dis Sci. 2013; 58 (1): 42-5.
- Peru H, Soylemezoglu O. Henoch Schonlein purpura in childhood: clinical analysis of 254 cases over a 3-year period. Clin Rheumatol. 2008; 27 (9): 1087-92.
- Kliegman RM, Stanton BF, St Geme JW et al. Nelson. Tratado de Pediatría. 19ª ed. Barcelona: Elsevier España; 2013. p. 906-915.
- Saulsbury FT. Henoch-Schonlein purpura. Curr Opin Rheumatol. 2010; 22 (5): 598-602.