

ENFRENTAMIENTO DE LA HEMORRAGIA DIGESTIVA EN NIÑOS EN ATENCIÓN PRIMARIA

Autor: Dra. Tania Homm C., Residente Medicina Familiar UC

Editor: Dra. Pamela Rojas G., Docente Departamento Medicina Familiar UC

Fecha: 17/11/20

Resumen de portada: La hemorragia digestiva (HD) se define como la emisión de sangre acompañando al vómito o a través del ano. La incidencia en niños es desconocida, pero sabemos que la mortalidad es muy baja. En este artículo revisaremos algunas recomendaciones para abordarla en APS.

INTRODUCCIÓN

Se define hemorragia digestiva (HD) como la emisión de sangre acompañando al vómito o a través del ano. Se identifican, además, distintos términos. ⁽²⁾

- Hematemesis: emisión de sangre roja o digerida (oscura) mezclada con el vómito.
- Rectorragia: emisión de sangre roja por el ano, con o sin emisión de heces.
- Hematoquecia: emisión de sangre roja mezclada con las heces.
- Melenas: presencia de sangre oscura (negra) en las heces.

La mayoría de las entidades que producen HD en un niño no conducen a una inestabilidad hemodinámica ni llegar a requerir un tratamiento quirúrgico, por cuanto no se trata de hemorragias masivas. A pesar de esto, generan mucha ansiedad entre cuidadores y tratantes ⁽¹⁾

ENFRENTAMIENTO

Para iniciar el estudio de una HD es recomendable realizarse 4 preguntas:

1. ¿CÓMO ESTÁ LA HEMODINAMIA DEL PACIENTE?

La evaluación inmediata de la situación hemodinámica de un paciente con hemorragia gastrointestinal constituye la primera actuación en el estudio diagnóstico, prestando especial atención a la presencia de signos de shock o anemia. Al respecto:

- Los signos vitales deben medirse con el paciente tumbado y de pie para detectar los cambios ortostáticos.
- La taquicardia es el indicador más sensible de hemorragia aguda y grave. La hipotensión y el relleno capilar lento son signos de hipovolemia y shock. ^(1,2)
- El examen físico debe ser exhaustivo, con énfasis en sangrados, desde la mucosa oral hasta zona anal. ⁽³⁾

2. ¿ES SANGRE REALMENTE?

Es importante evaluar el color de las deposiciones, ya que hay varios elementos que lo pueden alterar. Se pueden teñir de rojo con alimentos como la betarraga y colorantes artificiales, y de negro al ingerir preparaciones con bismuto, carbón activado, arándanos azules, hierro y verduras verdes oscuro. ⁽⁴⁾

Para definir esto es útil realizar el test de Guayaco, un test simple y barato que confirmará la presencia de sangre en deposiciones ⁽²⁾. Su interpretación debe ser cuidadosa, recordando los falsos positivos y falsos negativos del test: ^(1,5)

- Falsos Positivos: Fármacos (Aspirina/AINES); alimentos (carnes, coliflor, melón, brócoli, uvas)
- Falsos Negativos: Ingesta vitamina C, tránsito intestinal lento, sobrecrecimiento bacteriano, almacenamiento de muestra >4 días

3. ¿ES SANGRADO DE ORIGEN DIGESTIVO?

Una vez que confirmamos que hay sangrado, es importante confirmar que este sea del tubo digestivo. Algunos diagnósticos diferenciales relevantes son: deglución de sangre materna, epistaxis, complicaciones de amigdalectomía y sangrado vaginal. ^(2,7)

4. ¿ES UNA HD ALTA O BAJA?

4.1 Hemorragia digestiva alta (HDA)

Es el sangrado que se origina sobre el ángulo de Treitz. Es una entidad poco frecuente en pediatría, pero que genera gran preocupación a los padres. Su forma de presentación puede ser como hematemesis y/o melena. ⁽⁷⁾

En la tabla 1 se resumen las principales etiologías de HDA según grupo etario. ⁽⁸⁾

Tabla 1: Principales etiologías de HDA según grupo etario

	Causas más frecuentes	Menos frecuentes
Recién nacido	Sangre materna deglutida APLV Trauma	Deficiencia de vitamina K Úlcera o gastritis por estrés Enfermedad ácido-péptica Anomalía vascular Coagulopatía
Lactantes	Esofagitis por RGE Sd. Mallory Weiss	Gastritis o úlcera de estrés Enfermedad ácido-péptica Anomalía vascular Duplicación intestinal Várices gastroesofágicas Diafragma duodeno gástrico Obstrucción intestinal
Niños/ adolescentes	Sd. Mallory Weiss Hipertensión portal y várices esofágicas Esofagitis Enfermedad péptica Ingestión de cáusticos o cuerpos extraños	Úlcera de estrés Vasculitis Enfermedad de Crohn Obstrucción intestinal Trastornos de coagulación Lesión de Dieulafoy Hemobilia

Fuente: Elaboración propia a partir de referencias citadas

La tabla 2 resume algunas estrategias para orientar el diagnóstico diferencial de un niño con una HDA:

Tabla 2: ¿Cómo orientar el diagnóstico diferencial de un niño con una HDA y cómo actuar?:

Condición	Edad y clínica del paciente	¿Qué hacer?
Deglución sangre materna	RN, regurgitación de contenido hemático, deposiciones sin contenidos patológicos, buen estado general, alimentado con LM.	Mejorar la técnica de lactancia.
Gastritis por AINE	Cualquier edad. Dolor abdominal epigástrico, que cede con alimentos y se exacerba con ayuno. Antecedentes de consumo de AINE.	Evaluación hemodinámica del paciente. Suspender AINE.
Síndrome Mallory Weiss	Más frecuente en lactantes. Vómitos frecuentes que producen laceración de mucosa esofágica.	No suelen repercutir en hemodinamia
Varices esofágicas	Paciente con antecedentes de cirrosis hepática que comienza con hematemesis y melena. Ascitis, hepatoesplenomegalia	Estabilización.

Fuente: Elaboración propia a partir de referencias citadas

4.2 Hemorragia digestiva baja (HDB)

Es el sangrado bajo el ángulo de Treitz. Es un hallazgo frecuente en pediatría. Se manifiesta como hematoquecia o rectorragia. ^(4,8)

Las causas más frecuentes de HDB se resumen en la tabla 3. ⁽⁸⁾

Tabla 3: Principales etiologías de HDB según grupo etario:

Recién nacido	Lactantes	Preescolares	Escolares/ adolescentes
Fisuras anorrectales Enterocolitis necrotizante Enfermedad hemorrágica del RN Malformaciones vasculares (angiodisplasias), Malrotación intestinal	Fisuras anales Colitis infecciosa Colitis por APLV Invaginación intestinal Divertículo de Meckel complicado Quiste de duplicación gastrointestinal Hiperplasia linfonodular	Fisuras anales Pólipos juveniles Invaginación intestinal Divertículo de Meckel Colitis infecciosa Síndrome hemolítico urémico (SHU) Púrpura de Schönlein Henoch	Fisuras anales Colitis infecciosa Pólipos juveniles, Divertículo de Meckel, Enfermedad inflamatoria intestinal Púrpura de Schönlein Henoch.

Fuente: Elaboración propia a partir de referencias citadas

La tabla 4 resume algunas estrategias para orientar el diagnóstico diferencial de un niño con una HDB:

Tabla 4: ¿Cómo orientar el diagnóstico diferencial de un niño con una HDB y cómo actuar?:

Condición	Edad y clínica del paciente	¿Qué hacer?
Enterocolitis necrotizante	Recién nacido en malas condiciones, vómitos, distensión abdominal. ⁽⁸⁾	Radiografía abdomen simple □ gas intestinal alterado, neumatosis intestinal y gas en el sistema porta. Estabilización. Si hay perforación requiere tratamiento quirúrgico.

Colitis infecciosa	Cualquier edad. Disentería, dolor abdominal, fiebre. ^(4,8)	Solicitar cultivo de deposiciones + tinción campylobacter. Manejo de deshidratación. Tratar si: disentería y/o diarrea acuosa severa con etiología bacteriana o parasitaria documentada
Fisura anal	Es la causa más frecuente de HDB en todas las edades. Se manifiesta con dolor que acompaña la defecación, esfuerzo defecatorio, rigidez de las piernas o arqueamiento de columna, y estrías de sangre en las deposiciones o en papel higiénico. ^(4,11)	Diagnóstico: examen físico. Manejo: baños de asiento caliente, ungüento analgésico (nifedipino) y ablandador de heces (PEG)
Invaginación intestinal	Más frecuentes en lactantes y preescolares. Dolor abdominal súbito, intenso, deposiciones como mermelada de grosella.	Diagnóstico: eco abdominal ⁽¹²⁾ Tratamiento médico: reducción neumática por vía rectal. Quirúrgico: perforación, peritonitis, shock, fracaso tratamiento médico.
Vólvulo intestinal/ malrotación	Más frecuente en RN. Vómitos biliosos o verde oscuro, dolor abdominal cólico, rectorragia. ^(4,12)	Diagnóstico: Radiografía Esófago-estómago/duodeno (EED). Tratamiento quirúrgico.
Proctocolitis alérgica	Más frecuente en lactantes. Deposiciones con estrías sanguinolentas y/o con mucosidad. Pueden tener cólicos, reflujo gastroesofágico, vómitos, diarrea o dolor con la defecación. ⁽⁶⁾ (Andres Gonzalez)	Dg: dieta exclusión de alimento que produce reacción. Más frecuente la proteína de la leche de vaca.

RESUMEN

La hemorragia digestiva es una patología poco frecuente en niños. El diagnóstico diferencial se debe orientar de acuerdo con la edad del paciente.

Es clave un abordaje que integre las 4 preguntas clave en la evaluación en estos casos: ¿cómo está la hemodinamia del paciente?; ¿es sangre?; ¿es sangrado digestivo?; ¿Es una HD alta o baja?; y de esta manera guiar nuestro actuar clínico.

REFERENCIAS

1. González A., García N., Esteban S.; Hemorragia gastrointestinal; Protocolos diagnóstico-terapéuticos de Urgencias Pediátricas SEUP-AEP
2. E. Ramos; (2015); Gastritis, úlcera y hemorragia digestiva; *Pediatr Integral* 2015; XIX (2): 83-91
3. Calabuig M., Polo P., Ramírez F.; Hemorragia digestiva alta en el niño; Protocolos diagnóstico-terapéuticos de Gastroenterología, Hepatología y Nutrición Pediátrica SEGHP-AEP
4. Patel N., Kay M.; (2020) Lower gastrointestinal bleeding in children: Causes and diagnostic approach; UpToDate
5. Kasirga E.; (2019); The importance of stool tests in diagnosis and follow-up of gastrointestinal disorders in children. *Turk Pediatri Ars.* 2019 Sep 25;54(3):141-148.

6. Concha S., Cabalín C., Iturriaga C., et al; (2018); Estudio de validez diagnóstica de la prueba de hemorragia oculta fecal en lactantes con proctocolitis alérgica inducida por proteína alimentaria; *Rev Chil Pediatr.* 2018;89(5):630-637
7. Villa X., ;(2020); Approach to upper gastrointestinal bleeding in children, UpToDate
8. Manual de gastroenterología infantil; 2015; pág 86-90.
9. Cardile S., Martinelli M., Barabino A.; (2016); Italian survey on non-steroidal anti-inflammatory drugs and gastrointestinal bleeding in children; *World J Gastroenterol* 2016 February 7; 22(5): 1877-1883;
10. Cevik, M., Boleken, M.E., Koruk, I. *et al*; (2012); A prospective, randomized, double-blind study comparing the efficacy of diltiazem, glyceryl trinitrate, and lidocaine for the treatment of anal fissure in children. *Pediatr Surg Int* **28**, 411–416
11. Concha I., Hirsch T.; Manual de Urgencias Pediátricas; Ediciones UC; pág. 223-224