

Hemorragia Digestiva Alta en lactante menor de 2 meses: reporte de un caso

Padilla Arancibia MC¹, Toapanta D¹, Sommaruga H², Quintana C³

Resumen

Se define como hematemesis a la emisión de sangre roja a través de la boca. Si el origen del sangrado se halla por encima del ángulo de Treitz, corresponde a hemorragia digestiva alta.

Estos cuadros son poco frecuentes en lactantes, pero más riesgosos, debido a que los mecanismos de compensación en este grupo etario son menos eficaces que en el adulto. Su manifestación clínica dependerá del lugar de origen de la lesión sangrante.

Se presenta el caso clínico de una paciente de 2 meses de edad que se interna con diagnóstico de hemorragia digestiva alta por gastritis hemorrágica secundaria al uso de Ibuprofeno.

Palabras clave: Hemorragia digestiva alta en pediatría, Gastritis Hemorrágica en lactantes, uso de Antiinflamatorios no esteroideos (AINEs) en pediatría, mecanismo de acción de los AINEs.

Abstract

Hematemesis consist in the elimination of red blood through the mouth. When this origins above the angle of Treitz it is denominated upper gastrointestinal bleeding.

It is rare in infants; compensation mechanisms are less effective than in adults, making them more vulnerable.

Its clinical expression depends on the place of origin. We report the case of a two months old patient that with diagnosis of upper gastrointestinal bleeding due to hemorrhagic gastritis secondary to the use of ibuprofen.

Key words: Upper gastrointestinal bleeding, use of non steroidal antiinflammatory drugs (NSAIDs), hemorrhagic gastritis.

Introducción

La hemorragia digestiva alta en lactantes es una patología poco frecuente, no se dispone de datos de incidencia en Argentina.

Un estudio prospectivo multicéntrico en niños, informa el porcentaje de hemorragia digestiva alta asociada a AINEs, correspondiendo al 73%, de los cuales el 95% había recibido Ibuprofeno en un lapso de 1-8 días previos al episodio¹.

Se denomina hemorragia digestiva alta cuando el sangrado ocurre por encima del ángulo de Treitz. La manifestación más habitual es la hematemesis que se define como la eliminación de sangre roja a través de las fauces^{2,3}.

La hemorragia puede provenir del esófago, estómago o duodeno, pudiendo ser continua o intermitente. Previo al diagnóstico se deben descartar causas no gastrointestinales, identificar el origen y su etiología, la magnitud de las pérdidas y sus consecuencias hemodinámicas en forma precoz, para realizar un tratamiento efectivo médico o quirúrgico^{3,4}.

La etiología según edad se describe en la tabla 1 y tabla 2.

Caso clínico

Paciente de 2 meses de edad, sexo femenino, nacida a término con peso adecuado para la edad gestacional, embarazo controlado, serologías maternas negativas.

Antecedentes familiares: hipotiroidismo materno.

Antecedentes personales: a los 47 días de vida fue internada con diagnóstico de fiebre de origen desconocido. Se realizó tratamiento 4 días con ceftriaxona a 100mg/kg/dosis, sin obtener desarrollo en cultivos se otorgó el alta al 4° día.

A los 58 días de vida se le diagnostica otitis media aguda e inicia tratamiento con Amoxicilina e Ibuprofeno.

A los 59 días de vida, presenta 1 episodio de hematemesis, y consulta en un centro de salud donde es evaluada y por encontrarse hemodinámicamente estable, se le indican pautas de alarma.

Veinticuatro horas después, se interna en Hospital de niños Pedro de Elizalde, con diagnóstico de hemorragia digestiva alta por el antecedente de hematemesis y melena en 2 oportunidades. Se realiza hemograma al ingreso a guardia que evidencia un hematocrito de 18% y hemoglobina

¹ Alumna de primer año del curso superior de Gastroenterología Pediátrica. Sede Elizalde.

² Médico de Planta del Servicio de Gastroenterología Pediatría Hospital Pedro de Elizalde

³ Jefe del Servicio de Gastroenterología Pediátrica del Hospital Pedro de Elizalde. Director de la Carrera de Médico Especialista en Gastroenterología pediátrica. Universidad de Buenos Aires. Sede Elizalde.

Dirección Postal: María del Carmen Padilla Arancibia. Terrero 1359 (CP 1416) CABA
E mail: mari-al@hotmail.es

TABLA N°1

Recién nacido:	Lactante
Sangre materna deglutida	Esofagitis
Úlcera por estrés	Gastritis
Gastritis hemorrágica	Ingesta de salicilatos
Enfermedad hemorrágica del recién nacido	Ingesta de ácidos/álcalis Úlcera por estrés
Infecciones	Uso de AINEs

de 5.9 g/dl, por lo cual se realiza transfusión de glóbulos rojos desplasmatisados a 15ml/kg, constatándose posteriormente hematocrito de 25,4% y hemoglobina de 8,1 g/dl.

Durante su internación no repite hematemesis y se constata un episodio más de melena. Inicia tratamiento con omeprazol a dosis de 1mg/Kg/día, con la suspensión de amoxicilina e ibuprofeno y se realiza Video Endoscopia Digestiva Alta bajo anestesia general. Los hallazgos de la misma fueron: esófago sin lesiones; estómago con lesión lineal erosiva en techo de 2cm junto al cardias, fundus y cuerpo gástrico con mucosa friable y lesiones erosivas, de menor tamaño. Antro gástrico sin lesiones. Bulbo y duodeno con mucosa pálida. La interpretación endoscópica fue considerada como Gastropatía Hemorrágica. Fig 1

Dada la buena evolución del paciente, sin nuevos episodios de hemorragia digestiva, se otorga el alta. En los controles posteriores hasta los 6 meses desde el inicio del cuadro, continuaba asintomática y con parámetros hematológicos recuperados.

Discusión

La hemorragia digestiva alta en niños es una entidad poco frecuente y más aún en lactantes menores de 2 meses.

En el caso clínico presentado, se describe una paciente previamente sana con diagnóstico clínico de otitis, por lo que requirió medicación antibiótica y antiinflamatoria.

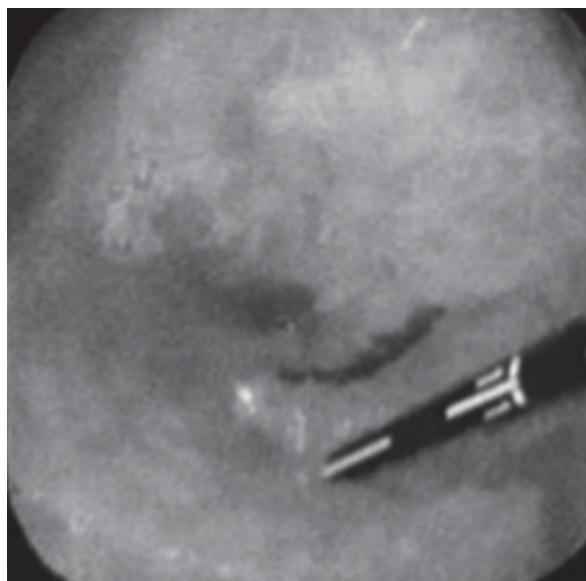
Entre las causas de gastritis hemorrágica se describe el uso de antiinflamatorios no esteroideos como antitérmicos y analgésicos. Estos fármacos actúan bloqueando la síntesis de prostaglandinas, al inhibir con mayor o menor potencia y especificidad la Ciclooxygenasa 1 y Ciclooxygenasa 2 (COX 1 y COX2). La COX 1 y 2 tienen el mismo peso molecular y son muy similares en su estructura, lo cual explica que sus productos (prostaglandinas)

TABLA N°2

Preescolar	Escolar y Preadolescente:
Esofagitis	Las causas anteriores en la edad preescolar
Gastritis/Duodenitis	Malformaciones vasculares
Ingesta de ácidos/álcalis	Ectasia vascular antral
Varices esofágicas	Ectopias de mucosa gástrica en esófago
Úlcera por estrés	Desgarros de la mucosa gastroesofágica
Úlcera duodenal	Trastornos de la coagulación
Desgarros de la mucosa gastroesofágica	Vasculitis
Sind. Mallory Weiss	Ingesta de antiinflamatorios no esteroideos
Trastorno de la coagulación	Infecciones
Vasculitis	
Ingesta de antiinflamatorios no esteroideos	
Infecciones	

FIGURA N°1

Lesión lineal erosiva en techo de 2cm junto al cardias



sean los mismos, el sitio activo y canal de entrada de la COX 1 es más pequeño que la COX 2, esto significa que todos los AINEs que inhiben la COX1 también inhiben la COX 2 y que muchos bloqueantes de la COX 2 tengan un poder de acción escaso sobre la COX 1.

Al actuar sobre la síntesis de Prostaglandinas, se inhibe la secreción de Prostaglandina I 1 y Prostaglandina E 2 (PGI 1 y PGE 2) que habitualmente inhiben la secreción ácida, mejoran la corriente sanguínea mucosa y estimula la secreción de moco protector.

Los que simultáneamente inhiben a la COX1 tie-

nen la capacidad de causar hemorragia digestiva, lo cual explicaría la gastropatía por AINEs⁵.

En la población pediátrica su uso y consecuente efecto de morbilidad está en estrecha relación a la edad y dosis utilizada⁶.

Conclusión

Según la experiencia en relación al caso clínico presentado y su etiología, se debe tener precaución frente al uso de AINEs en pacientes pediátricos, administrar la dosis correcta y el antiinflamatorio correspondiente. En caso de uso prolongado tener presente la protección gástrica para evitar lesionar la mucosa.

Bibliografía

1. **Biancioto M, Chiampini E, Raffaldi I, Et al:** Drug use upper gastrointestinal complications in children: a case study. *BMJ; Arch Dis Child* 2013 March; 98(3):218-221.
2. **Boyle, T J.** Gastrointestinal Bleeding in Infants and Children; *Pediatrics in Review*. 2008; 29:39-52
3. **Ramos Espada J M, Calabuig Sánchez M, García Burriel J I, Polo M:** Hemorragia digestiva, Ergon, España 2011.,123- 136. En Argüelles F.: Tratado de gastroenterología hepatología y nutrición pediátrica de la SEGHNP.
4. **Villa X.,** Approach to upper gastrointestinal bleeding in Children: *Wolters Kluwer; UpToDate* 2009;14
5. **Fernández P L, Moreno G A,Leza J C ,Lizasoain H I, Moro M A, Potolés P Antonio:** Fármacos y antiinflamatorios no esteroideos y otros analgésicos-antipiréticos. Hemorragia digestiva, Ergon, España 2011.,123- 136. En: Ramos Espada J M, Calabuig Sánchez M, García Burriel J I, Polo M. Editorial Médica Panamericana, Buenos Aires- Madrid 2008, 513.
6. **Risser A, Donovan D, Heintzman J, et Al** D Prescribing Precautions, *American Family Physician*. 2009;80(12): 1371-1378.