

Hemorragia digestiva alta en el niño

María Dolores García Novo y Miguel Calabuig

Definición

Se entiende como hemorragia digestiva alta (HDA) aquella que se origina en segmentos del tracto digestivo por encima del ángulo de Treitz.

Aunque en la mayoría de los casos su manifestación en la edad pediátrica suele limitarse a pérdidas de sangre que no comprometen la estabilidad hemodinámica del niño, no hay que olvidar que es una entidad que puede tener, potencialmente, consecuencias graves.

Su forma de presentación puede variar en función de determinadas circunstancias, como son el lugar de origen, rapidez de la pérdida y volumen de la misma, dando lugar a:

- Hematemesis: sangre expulsada por la boca, habitualmente con el vómito y que puede variar de color, desde rojo rutilante (indicaría sangrado proximal intenso) a sangre degradada por el jugo gástrico adoptando un color negro o negruzco (poso de café) y cuyo origen puede localizarse desde el esófago hasta el duodeno.
- Melena: expulsión por el recto, con las heces, de sangre negra, consistencia alquitranada y muy mal oliente. Indica hemorragia en tramos altos del tubo digestivo. Excepcionalmente, la sangre procedente de aquel origen puede ser de color rojo o rojizo, indicando que hemorragia puede ser importante y asociada a un tránsito intestinal acelerado.
- Sangre oculta: no visible por tanto. Es debida a la escasa cuantía de la hemorragia. Su detección requiere técnicas diagnósticas de laboratorio.

Etiología

Son varias las posibilidades de clasificar las causas de HDA en el niño. Una de ellas, de forma práctica, hace referencia a si el sangrado es agudo o bien oculto y crónico, como se refleja en la tabla I.

Las imágenes de la figura 1 muestran algunas de las causas de hemorragia mencionadas.

Diagnóstico de la hemorragia digestiva alta

En ocasiones se plantea la duda de si realmente es sangre lo emitido en el vómito o en las heces, y si lo es, valorar si su origen es digestivo o extradigestivo. Habrá, pues, que tener en cuenta estas situaciones que se reflejan en la tabla II.

Confirmación de la existencia de la hemorragia y localización del origen

Dentro del grupo de falsa hemorragia, la del recién nacido (RN) ocupa un lugar especial dado que puede presentar tanto melena franca como hematemesis; la procedencia de la sangre puede ser de origen extradigestivo, bien sea por haberla deglutido en el canal del parto o, en caso de ser lactado a pecho, por sangrado de una fisura en el pezón o areola.

En este caso, una prueba sencilla, el **test de Apt-Downey**, nos indicará si la sangre pertenece al niño o a la madre.

La prueba consiste en mezclar una parte de la sangre emitida (por ano o aspirado gástrico)

TABLA I	
Sangrado agudo	Sangrado crónico / oculto
Varices esofágicas	Esofagitis
Úlcus gastroduodenal	Ectasia antral vascular
S. de Mallory-Weiss	Gastritis de diversa etiología
S. de Dieulafoy	Tumores

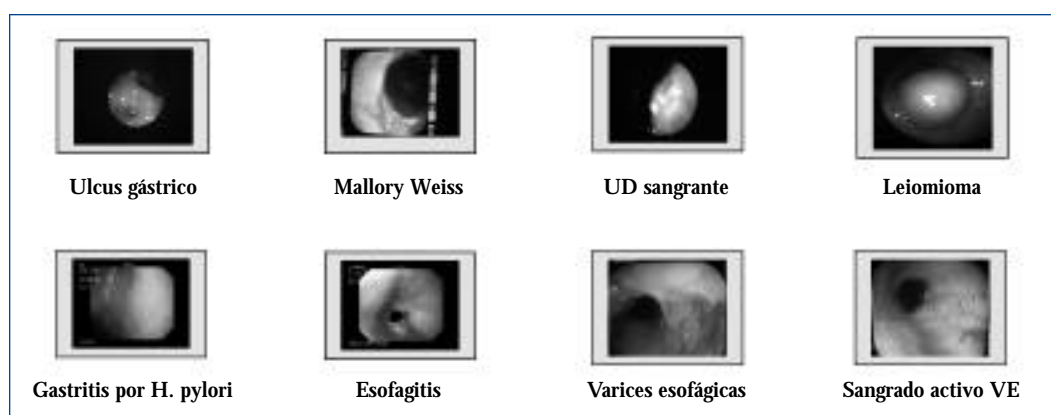


Figura 1.

TABLA II	
Verdadera hemorragia de causa extradigestiva	Falsa hemorragia
Cavidad oral	Alimentos
ORL (epistaxis)	Aditivos
Ginecológica	Fármacos
Alteraciones de la coagulación	Excipientes
	Deglutida de la madre (RN)

con cinco partes de agua. Centrifugar 1-2 minutos a 2.000 r.p.m. Decantar o filtrar el sobrenadante y mezclar 5 ml del mismo con 1 ml de hidróxido sódico al 0,25 N (1%). Tras esperar 2 minutos, observar la coloración. Si es rosada, la sangre procederá del niño (hemoglobina fetal). En caso contrario

será de color amarillo-marrón, indicando que se trata de hemoglobina adulta.

Esta prueba no debe realizarse con sangre desnaturalizada (melena o sangre en poso de café) ya que la oxihemoglobina ha sido convertida en hematina y puede ser falsamente interpretada como hemoglobina adulta.

Otra exploración que nunca debe ser olvidada al explorar a un niño con hemorragia digestiva es la realización de un **tacto rectal**, que pondrá en evidencia sangre en recto que no hubiera sido expulsada.

Consideración aparte merece la detección de **hemorragias ocultas**. En la actualidad se dispone de una técnica basada en anticuerpos monoclonales que detectan de forma exclusiva hemoglobina humana. Es fácilmente realizable a la cabecera del paciente, y con ella se obvian muchos de los inconvenientes de otras técnicas: tanto en la preparación del paciente como en la valoración de resultados (falsos positivos y negativos).

Otra de las formas de aproximación diagnóstica será la de comprobar mediante **aspirado gástrico** la presencia o no de sangre en el mismo.

La utilización de **la SNG** deberá limitarse a este fin, evitando aspiraciones vigorosas que

pudieran provocar lesiones de la mucosa o agravar una lesión preexistente.

La única indicación para lavado a través de la misma sería en la preparación previa a la endoscopia para dejar el campo libre de restos hemáticos, pero aun así debe hacerse con precaución. Evitarla en lactantes y sobre todo con soluciones de lavado frías.

Otra prueba que puede ayudar a discriminar el origen del sangrado es la relación BUN / creatinina. Mayor de 30 en la HDA y menor de 30 en la hemorragia digestiva baja.

Finalmente, dentro del apartado de exploraciones diagnósticas, la **endoscopia**, será la técnica que definitivamente nos proporcione la mayor y mejor rentabilidad diagnóstica. En más del 95% de los casos se podrá establecer el origen de la hemorragia.

La endoscopia proporcionará varias posibilidades diagnósticas, como las siguientes:

Signos directos

Lesión que sangra activamente, bien a chorro e intermitente, como ocurre en la arteria sangrante, o bien rezumante, como en el caso de las lesiones venosas

Visualización de signos de hemostasia reciente: coágulo sobre la lesión, indicativo de hemorragia reciente. ¡Precaución para no desprenderlo!

Diagnóstico falso

Por falsa interpretación de la lesión sangrante, por atribuir hemorragia a una lesión que no es la responsable

Diagnóstico no concluyente

En aquellos casos en los que por exceso de sangre o por fallos del instrumental no se estableció el origen del sangrado

Signos indirectos

Lesión que no es visualizada por el endoscopista, pero existen datos para señalar la localización del punto sangrante: reflujo de sangre por el píloro o gran coágulo que ocupa el bulbo, indicando que la lesión asienta en el duodeno

Diagnóstico por exclusión

Se establece cuando después de explorar el tramo gastroduodenal no se encuentra lesión sangrante
Indica que la lesión se encuentra más allá de la zona estudiada

Una vez establecido el diagnóstico endoscópico e identificada la fuente de la hemorragia, la posibilidad de una recidiva de la misma viene dada por los denominados criterios de Forrest (tabla III).

Si no se llega a un diagnóstico y la hemorragia es grave, será necesario utilizar otras técnicas diagnósticas, tales como la arteriografía selectiva y gammagrafía con hematíes marcados con Tc 99. Si con ello tampoco se alcanza a determinar el lugar de sangrado, la laparotomía con o sin enteroscopia será la última solución para detectar el origen de la hemorragia.

Valoración clínica del paciente

Es prioritario ante todo paciente en que sea manifiesta, o refiera la existencia de una hemorragia, su valoración clínica, atendiendo fundamentalmente a su estabilidad hemodinámica.

La exploración clínica y la anamnesis pueden hacerse al mismo tiempo o de forma secuencial inmediata valorando los parámetros que se expresan en la tabla IV.

La afectación hemodinámica se puede valorar con arreglo a los 4 grados de shock definidos por el Colegio Americano de Cirujanos, Sub-

TABLA III. Criterios endoscópicos predictivos de recidiva

Tipo	Características	Pronóstico
Forrest Ia	Sangrado a chorro	Recidiva 80-90%
Forrest Ib	Sangrado babeante	Recidiva 60%
Forrest II, a, b, c	Vaso visible-coágulo-base negra	Recidiva variable 4-44%
Forrest III	Sin estigmas	No recidiva

TABLA IV

Exploración clínica	Anamnesis
— Estado general, color de piel, estabilidad hemodinámica	— Edad
— Exploración abdominal	— Tos o epistaxis
— Exploración anorrectal	— Otros síntomas digestivos
— Exploración área ORL	— Cantidad de sangrado
— Descartar hemorragia vaginal	— Relación con las heces. Características de éstas
— Examen en fresco de heces o contenido del vómito	— Ingestión de fármacos gastrolesivos
— Características de la sangre	— Antecedentes de enfermedad digestiva o hepática aguda o crónica
— Tacto rectal	— Síntomas extradigestivos
	— Antecedentes familiares

comité para la supervivencia del paciente traumático (tabla V).

Todo lo expuesto hasta ahora podría resumirse en el algoritmo de la figura 2.

Bibliografía

- Argüelles Martín, F, Quero Acosta L, Argüelles Arias F. Hemorragia digestiva alta. En: Argüelles Martín F (ed). Urgencias gastrointestinales en el niño. Prous Science, Barcelona, 2000.
- Bajador Andreu E. Protocolo diagnóstico y de reanimación del paciente con hemorragia digestiva alta. *Medicine* 1996; 7: 131-133.
- Faubion W A, Perrault J. Gastrointestinal bleeding. En: *Pediatric Gastrointestinal Disease*. Walker, Durie, Hamilton, Walker-Smith, Watkins (eds). 3rd. Ed. Mosby, Ontario, 2000; 164-178.
- Fox, VL. Gastrointestinal bleeding in infancy and childhood. *Gastroenterol Clin North Am* 2000; 29: 37-66.
- Gilger MA. Gastroenterologic endoscopy in children: Past, present an future. *Curr Opin Pediatr* 2001; 13(5): 429-34.
- Harewood GC, McConell JP, Harrington JJ, Mahoney DW, Ahlquist DA. Detection of occult upper gastrointestinal tract bleeding: perfomance differencies in fecal occult blood tests. *Mayo Clinic Proc* 2002;77(1):23-8.
- Junquera F. Hemorragia digestiva alta. En: *Protocolos diagnósticos terapéuticos en patología digestiva*. Prous science, Barcelona, 1988, 61-74.
- Prieto Bozano G, Carrasco Gandía S, Lama More R, Polanco Allué I. Evaluación y diagnóstico de las hemorragias digestivas en niños. *Acta Pediatr Esp* 1989; 47: 293-298.
- Squires RH, Jr. Gastrointestinal Hemorrhage. *Pediatr Rev* (ed. española) 1999; 20(5): 182-189.

TABLA V

Grado I	Grado III
Pérdida sanguínea < 15% PA normal Incremento del pulso en 10-20% Relleno capilar conservado	Pérdida sanguínea 30-35 % Signos de la clase II Diuresis < 1ml/kg/hora
Grado II	Grado IV
Pérdida sanguínea 20-25% Taquicardia > 150 puls./min Taquipnea 35-40 respiraciones/min Relleno capilar prolongado Disminución de la PA Hipotensión ortostática Diuresis > 1ml/kg/hora	Pérdida sanguínea 40-50 % Pulso no palpable Paciente comatoso

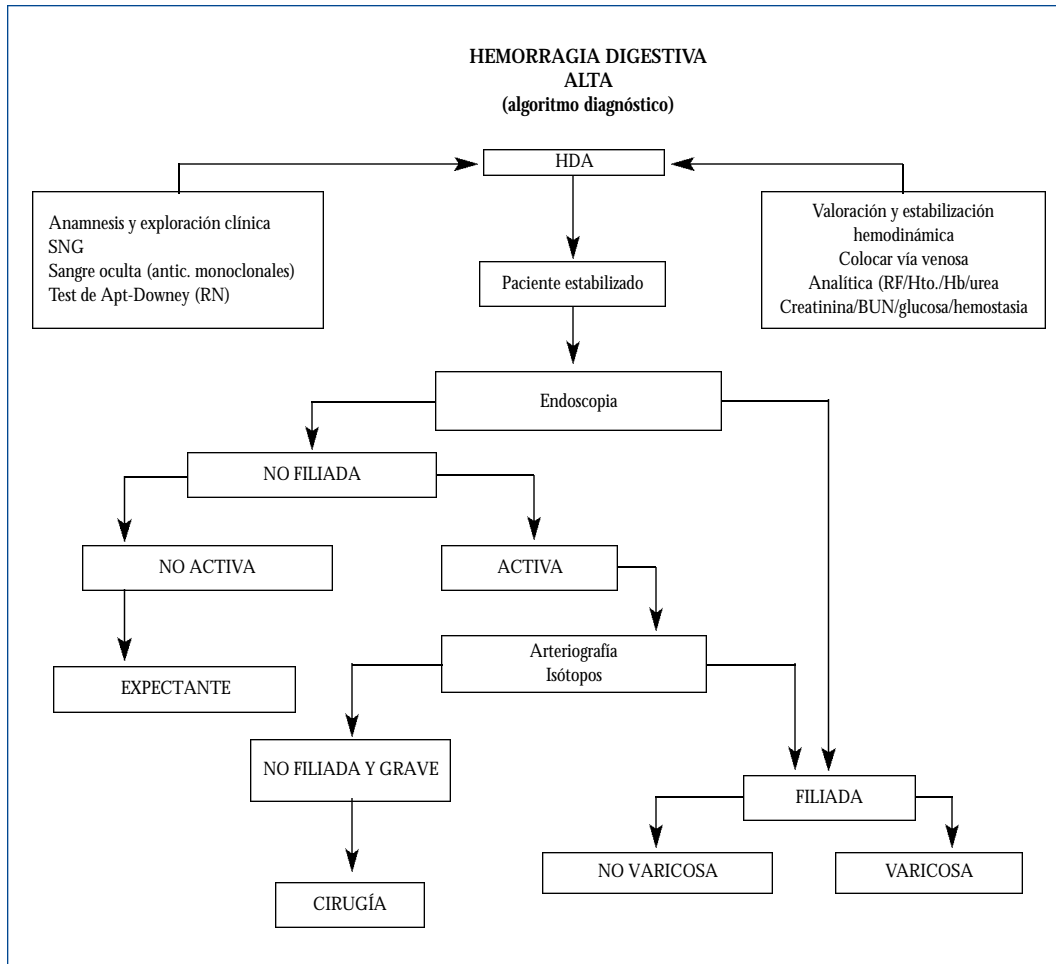


Figura 2. Hemorragia digestiva alta (algoritmo diagnóstico).

NOTAS
