**HEMORRAGIA DIGESTIVA ALTA EN EL NIÑO**

**Dra. Daniela Maure Olivares.**

La hemorragia digestiva alta es aquella que se origina en el tubo digestivo localizado proximal al ligamento de Treiz. Es una entidad poco frecuente en pediatría sin embargo suele generar alarma y es potencialmente grave.

El papel del pediatra frente a este evento es evaluar y tratar las consecuencias hemodinámicas derivadas de la pérdida de volumen, intentar determinar el origen y etiología del sangrado y realizar un tratamiento efectivo.

La manifestación clínica más habitual es el sangrado a través de boca o ano y su presentación dependerá del lugar en que se origine, la cuantía del sangrado y el tiempo que permanezca la sangre en contacto con el tubo digestivo antes de alcanzar el exterior. De esta forma, distinguimos:

- Hematemesis: Sangre expulsada por boca en forma de vómito, de color rojo brillante, indicando origen proximal al ligamento de Treitz y cuantía importante.

- Vómito en posos de café: La sangre adquiere un color más oscuro, por la exposición de la hemoglobina al jugo gástrico o duodenal. Denota sangrado más lento.

- Melena: Sangre eliminada por recto en forma de deposiciones alquitranadas muy malolientesen que la hemoglobina ha sido expuesta por tiempo prolongado a secreciones digestivas y flora colónica siendo reducida mayoritariamente a hematina. No indica sangrado actual y se puede producir por volúmenes bajos (50 a 100 ml en el estómago).

- Rectorragia: Emisión sangre roja por ano independiente de su origen en el tracto digestivo.

- Hematoquezia: Salida de sangre roja mezclada con la deposición. Habitualmente denota sangrado distal al ángulo de Treitz pudiendo originarse por encima asociado a un tránsito intestinal acelerado.

- Hemorragia digestiva oculta: Hemorragia detectada a través de determinaciones de laboratorio sobre materia fecal. Puede denotar sangrado de cualquier parte del aparato digestivo.

**ETIOLOGÍA**

Es importante orientarse de acuerdo al grupo etáreo del paciente así como en relación a la magnitud del sangrado y datos de la historia que pueden acercar al diagnóstico, destacando el aspecto de la sangre emitida,su relación con las heces y características de éstas, el antecedente de enfermedad digestiva o hepática aguda o crónica,la presencia de otros síntomas digestivos (Dolor torácico o epigástrico, reflujo, vómitos, disfagia). Se debe descartar causas no digestivas como la presencia de sangre deglutida frente a historia de tos, epistaxis, desgarro hemoptoico, trabajo dental o síntomas extradigestivos, así como ingestión de cuerpos extraños, fármacos gastrolesivos, alimentos, aditivos y colorantes alimentarios que puedan confundirse con presencia de sangre como arándanos, espinacas, jaleas rojas, etc. En este caso se puede realizar test que permitan hacer esta diferenciación como el Test de Guayaco. Finalmente, siempre se debe investigar sobre antecedentes mórbidos familiares.

En el RN alimentado al pecho que se observa en buenas condiciones generales, sospechar la posibilidad de deglución de sangre materna proveniente de grietas del pezón. Se puede realizar el Test de Apt agregando Hidróxido de Sodio al 1% al vómito y leer a los 2 minutos, un cambio de coloración a amarillo indica presencia de hemoglobina materna que, a diferencia de la fetal, no es resistente al álcali.

También se debe tener en cuenta la alergia a la proteína de leche de vaca, si bien la manifestación más común es presencia de sangre en las deposiciones antes que la hemorragia digestiva alta.

Es importante averiguar sobre antecedentes del parto y la administración de vitamina K si se sospecha enfermedad hemorrágica del RN.

Durante el examen físico prestar atención a la presencia de hemangiomas u otras lesiones en la piel que puedan relacionarse con malformaciones vasculares a nivel del tubo digestivo.

Por otro lado, en el caso del RN enfermo aparecen otras posibilidades diagnósticas como las úlceras de estrés, coagulopatías, así como las lesiones traumáticas derivadas del manejo, como sucede con el uso de sondas nasogástricas.

En el caso del lactante, entre las causas de hemorragia digestiva alta más frecuentes están los sangrados provenientes del esófago como en la esofagitis en la enfermedad por reflujo gastroesofágico que por lo general no tendrá manifestación evidente sino presencia de anemia ferropénica secundario a sangrado oculto, aunque podría ser evidente en presencia de vómitos repetidos que lesionan la pared esofágica como sucede en el Mallory Weiss, otra de las causas de sangrado a esta edad.

|  |
| --- |
| **Causas de hemorragia digestiva alta según edad** |
| Recién nacido (RN) |
| * Comunes |
| * + Sangre materna deglutida |
| * + Sensibilidad a proteína de leche de vaca |
| * + Trauma |
| * Poco frecuentes |
| * + Deficiencia Vitamina K |
| * + Úlcera o gastritis por estrés |
| * + Enfermedad ácido péptica |
| * + Anomalía vascular |
| * + Coagulopatía |
| Lactante |
| * Frecuentes |
| * + Esofagitis por reflujo |
| * + Mallory Weiss |
| * Poco frecuentes |
| * + Gastritis o úlcera estrés |
| * + Enfermedad ácido péptica |
| * + Anomalía vascular |
| * + Duplicación intestinal |
| * + Várices gastroesofágicas |
| * + Diafragma duodeno-gástrico |
| * + Obstrucción intestinal |
| Niño- Adolescente |
| * Frecuentes |
| * + Mallory- Weiss |
| * + Várices gastroesofágicas |
| * + Esofagitis |
| * + Enfermedad ácido péptica |
| * + Ingestión cáusticos o cuerpo extraño |
| * Poco frecuente |
| * + Úlcera de estrés |
| * + Vasculitis |
| * + Enfermedad de Crohn |
| * + Obstrucción intestinal |
| * + Trastornos coagulación |
| * + Lesión Dieulafoy |
| * + Hemobilia |

Las lesiones de la mucosa digestiva secundarias a estrés también pueden aparecer en el niño críticamente enfermo, gran quemado o trauma grave. Otras causas la constituyen la enfermedad ácido péptica con esofagitis, gastritis o úlceras y el sangrado de várices esofágicas en caso de daño hepático con hipertensión portal. Además, en el niño pequeño siempresospechar la presencia de malformaciones anatómicas del tubo digestivo que pueden manifestarse de esta manera.

En los niños mayores y adolescentes, la primera causa de sangrado es el Mallory Weiss en el contexto de arcadas y vómitos repetidos, con un sangrado de escaso volumen o estrías sanguinolentas, en cambio la presencia de várices esofágicas puede dar origen a un sangrado masivo aunque no exista el antecedente de hipertensión portal.

La enfermedad ácido péptica puede afectar desde el esófago al duodeno y producirse en forma aguda por el uso de AINEs e infección por *H pylori*.

No se debe olvidar tanto enlactantes comoniños mayoresla posibilidad de ingestión accidental o voluntaria de cáusticos así como de cuerpos extraños puntiagudos o alojados durante tiempo prolongado en el tubo digestivo que hayan provocado una erosión de la mucosa.

**EVALUACIÓN**

Lo más importante al enfrentarse a este paciente, es determinar el grado de repercusión hemodinámica que haya provocado esta hemorragia y estabilizar al niño.

Posteriormente,determinar si lahemorragia digestiva es real o se ha interpretado como sangre otros elementos como alimentos, medicamentos u otras sustancias ya mencionadas, así como descartar origen extradigestivo.

El estudio necesario para determinar la etiología y ubicación más probable del sangrado, se debe orientar de acuerdo a la sospecha según laedad,examen físico y la disponibilidad de exámenes complementarios entre lo que destacan

1. Radiografía: Habitualmente poca utilidad excepto en caso de cuerpo extraño radiopaco, aire libre en perforación tubo digestivo y obstrucción intestinal.
2. Ecografía: En hipertensión portal o anomalías vasculares de gran tamaño.
3. Angiografía: Sangrado masivo con flujo mayor a 0,5ml/min. Permite la instalación de dispositivos para embolización.
4. Endoscopía: Método preferido en evaluación HDA. Rendimiento 90%. Contraindicada frente a paciente inestable, sin embargo frente a un sangrado a una velocidad amenazante para la vida podría evaluarse su realización por parte de un endoscopista experto.

Objetivos:

* + - Determinar el foco de sangrado
    - Diagnosticar causa específica
    - Realizar intervención terapéutica

El momento de realizarla puede ser

* 1. Precoz en el caso de compromiso hemodinámico de causa no clara
  2. Electivo en situaciones de hematemesis recurrente, evidencia de déficit de hierro de causa desconocida, sospecha de úlcera péptica persistente a pesar de tratamiento o sospecha de hipertensión portal.

Entre los hallazgos endoscópicos se encuentran

* + - 20% Inflamación esofágica
    - 17% Anomalías mucosa gástrica
    - 6% Úlcera péptica
    - 6% Várices gastroesofágicas
    - 2% Mallory Weiss
    - 8% Lesiones inespecíficas en la mucosa

**MANEJO**

Dependerá de las condiciones generales del paciente

1. En paciente estable
   1. RN en buenas condiciones realizar test Apt. Si resulta negativo, screening por coagulopatía, PTI materno y enfermedad von Willebrand
   2. Niños con sangrado en posos de café o vómitos con estrías sanguinolentas, evaluación general de laboratorio, manejo ambulatorio con bloqueadores ácido y seguimiento
   3. Supresión ácida si se sospecha enfermedad péptica
2. En caso de compromiso hemodinámico se debe estabilizar al niño con instalación de accesos venosos, aporte de volumen, transfusión de glóbulos rojos, plaquetas o factores de coagulación de acuerdo al caso. Para evaluar sospecha de sangrado activo instalación sonda nasogástrica y aspiración (no descarta origen duodenal)
3. Laboratorio
   1. Hemograma con recuento plaquetas y reticulocitos. El hematocrito no reflejará inmediatamente la pérdida de sangre, sin embargo la presencia de anemia microcítica puede sugerir hemoragia crónica.
   2. Pruebas de coagulación
   3. Grupo de sangre
   4. Función hepática
   5. Función renal para diferenciar HDA (UN/Creatinina)
   6. Otros según necesidad
4. Corrección alteraciones coagulación o metabólicas detectadas
5. Hospitalizar
   1. Menores de 1 año o historia pérdida sangre significativa
   2. Hematemesis con test hemorragias ocultas (+)
   3. Evidencia clínica o de laboratorio de hipertensión portal para observación y evaluación uso de agentes vasoactivos que reduzcan flujo esplácnico
   4. Pacientes con indicación quirúrgica
      * Exploración de emergencia de mantenerse inestable luego transfusión sangre volumen 85ml/kg
      * Úlcera duodenal posterior con sangrado arterial
      * Perforación intestinal
      * Sangrado várices gastroesofágicassin respuesta a tratamiento médico (TIPS, shunt portosistémico, Sugiura, etc.)

**BIBLIOGRAFÍA**

1. Chawla S, Seth D, Mahajan P, Kamat D. Upper gastrointestinal bleeding in children. Clinical Pediatrics 2007;46 (1):16-21
2. Boyle J. Gastrointestinal bleeding in infants and children. Pediatr Rev 2008;29(2):39-52.
3. Neidich G, Cole S. Gastrointestinal bleeding. Pediatr Rev 2014;35(6):254.
4. Fox V. Gastrointestinal bleeding in infancy and childhood. Gastroenterol Clin North Am 2000;29(1):37-66.
5. Calabuig M, Polo P, Ramírez F. Hemorragia digestiva alta en el niño. En Protocolos diagnóstico terapéuticos de gastroenterología, hepatología y nutrición. AEPED (Asociación española de pediatría) Editorial Ergon, 2010;99-110