

HEMORRAGIA DIGESTIVA AGUDA

I CONGRESO DE MEDICINA INTERNA
Sociedad Argentina de Pediatría
Mesa Redonda: Urgencias Endoscópicas

3 de Noviembre de 2016

Dr. Federico Ussher
Gastroenterólogo Pediatra



Acreditado en calidad y seguridad
por la Joint Commission International



Hemorragia digestiva es la pérdida de sangre manifiesta u oculta, que se origina en cualquier segmento del tubo digestivo, primario o secundario a una enfermedad general.

El 80% de los casos no tiene consecuencias graves y se auto limita



ROL DEL PEDIATRA

- ✓ Evaluar si es realmente sangrado digestivo
- ✓ Evaluar la magnitud de las pérdidas y las consecuencias hemodinámicas.
- ✓ Identificar el origen y la etiología del sangrado.
- ✓ Instaurar un tratamiento efectivo.

La solución definitiva puede ser médica, endoscópica o quirúrgica



Es realmente una Hemorragia digestiva ?

ALIMENTOS



MEDICAMENTOS

- ✓ Rifampicina
- ✓ Ampicilina
- ✓ Sal de Bismuto
- ✓ Carbón activado
- ✓ Hierro

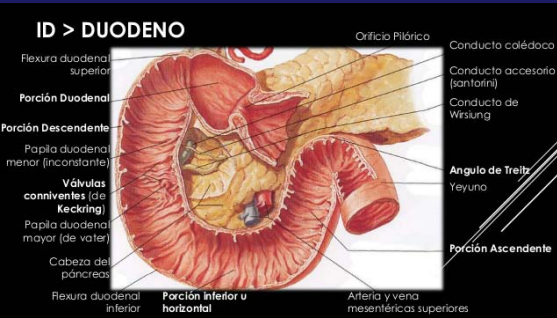
Colonización por
Serratia Marcerens

Es realmente una Hemorragia digestiva ?

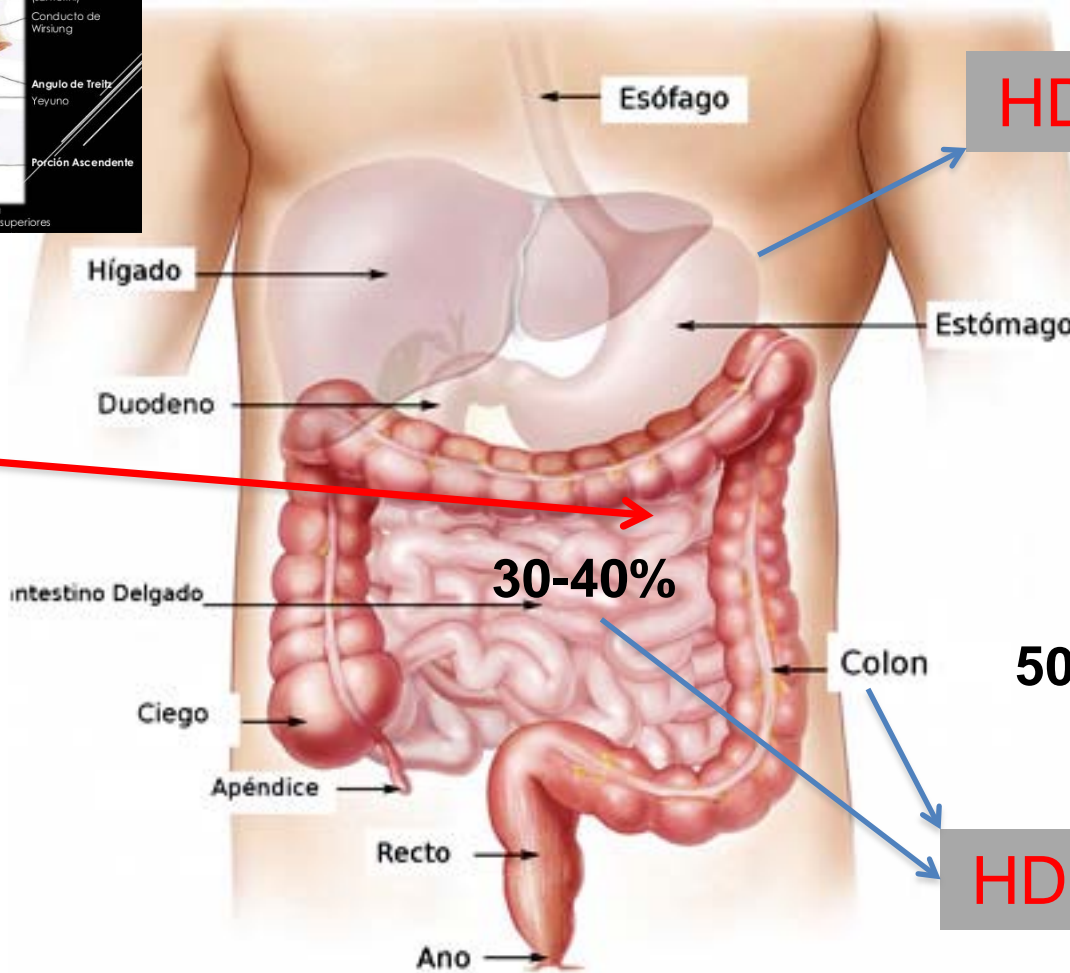
Sangrado Extradigestivo

- Aftas
- Amigdalitis
- Gingivitis
- Traumatismo dental o mucoso bucal
- Epistaxis: Traumatismo nasal.
- Menstruación / Hematuria





ANGULO DE TREITZ



HDA

10-20%

30-40%

50 %

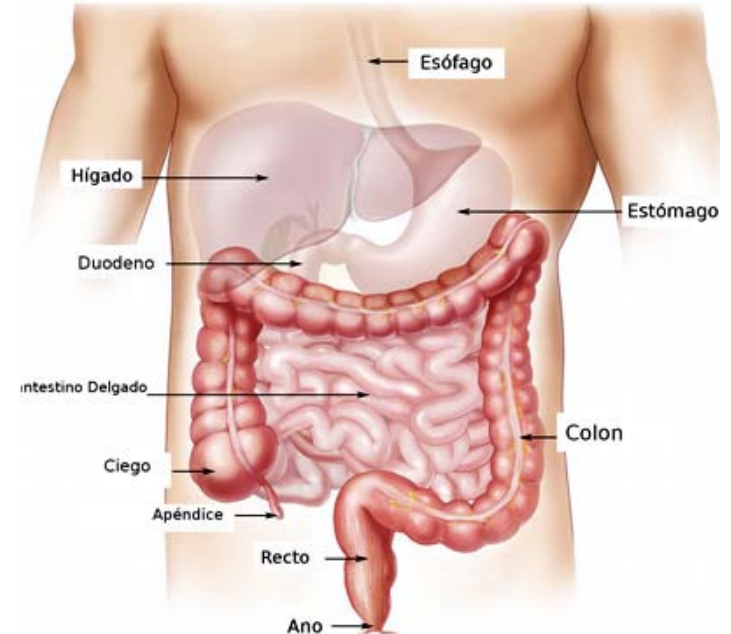
HDB

10% de los casos, la hemorragia es 2ria a una Enfermedad sistémica



FORMAS DE PRESENTACIÓN - DEFINICIONES

1. Hematemesis
2. Melena
3. Rectorragia
4. Hematoquezia
5. Hemorragia digestiva oculta
6. Hemorragia digestiva de origen oscuro



HEMORRAGIA DIGESTIVA ALTA

Erosiones
y/o
Úlceras
Gastroduodenales

Várices
Esofagogástricas



CAUSAS: HEMORRAGIA DIGESTIVA SEGÚN EDAD

Recién nacido / Neonato:

ALTAS

- Deglución de sangre materna.
- Déficit de vitamina K.
- Esofagitis.
- Gastritis.
- Úlcera péptica.

BAJAS

- Enteritis necrotizante.
- Infección intestinal.
- Invaginación.
- Sangrado alto.
- Alergia a la proteína leche de vaca.



CAUSAS: HEMORRAGIA DIGESTIVA SEGÚN EDAD

Lactantes de 1-12 meses:

- Esofagitis.
- Úlcera gastroduodenal.
- Ingesta de gastrolesivos y caústicos.
- Várices esofágicas
- Duplicación intestinal con mucosa gástrica.
- Divertículo de Meckel.
- Alergia a la proteína leche de vaca.
- Diarrea infecciosa.
- Malformaciones vasculares.
- Fisura anal.



CAUSAS: HEMORRAGIA DIGESTIVA SEGÚN EDAD

Escolar y adolescente

- Esofagitis.
- Várices esofágicas.
- Úlcera gastroduodenal.
- Desgarro de la mucosa esofágica.
- Enfermedad inflamatoria intestinal.
- Diarrea infecciosa.
- Pólipos.
- Hemorroides.
- Neoplasias.



EVALUACIÓN INICIAL

- Edad
- Tos o epistaxis
- Otros síntomas digestivos
- Aspecto de la sangre emitida
- Relación con las heces. Características de éstas
- Ingestión de fármacos gastrolesivos o cuerpos extraños
- Ingestión de fármacos, alimentos, aditivos y colorantes alimentarios
- Antecedentes de enfermedad digestiva o hepática, aguda o crónica
- Síntomas extradigestivos
- Antecedentes familiares



EVALUACIÓN INICIAL GRADO DE AFECTACIÓN HEMODINÁMICA

Grado I

- Pérdida sanguínea <15%
- PA normal
- Incremento del pulso 10-20%
- Relleno capilar conservado

Grado III

- Pérdida sanguínea 30-35%
- Signos del grado II
- Diuresis < 1ml/kg/hora

Grado II

- Pérdida sanguínea 20-25%
- Taquicardia >150 ppm
- Taquipnea 35-40 rpm
- Relleno capilar prolongado
- Disminución de la PA
- Hipotensión ortostática
- Diuresis > 1 ml/kg/h

Grado IV

- Pérdida sanguínea 40-50%
- Pulso no palpable
- Paciente comatoso



EVALUACIÓN INICIAL LABORATORIO

- Hemograma completo
- Estudio de la coagulación
- Función hepática (AST, ALT, FA, GGT)
- Estado ácido base e ionograma
- Glucosa, BUN, urea, creatinina.



EVALUACIÓN INICIAL

- Es útil confirmar sangrado con aspirado gástrico (SNG)



EVALUACIÓN ENDOSCÓPICA

Video Endoscopía Digestiva Alta (VEDA)

- ◆ Método de elección (evaluar origen).
- ◆ Ideal en primeras 24 horas del inicio de la HDA
- ◆ Identifica origen en el 90-95%
- ◆ Luego de las 72 horas, en el 48%.
- ◆ La perforación gástrica es la única contraindicación absoluta, y contraindicaciones relativas son:
 - trastornos de la coagulación, inestabilidad hemodinámica,
 - alteración de la conciencia y compromiso respiratorio.

EVALUACIÓN ENDOSCÓPICA

Cuando y a quién?

Pediatric gastrointestinal endoscopy: European Society of Gastrointestinal Endoscopy (ESGE) and European Society for Paediatric Gastroenterology Hepatology and Nutrition (ESPGHAN) Guideline Executive summary



Authors

Andrea Tringali^{1,*}, Mike Thomson^{2,*}, Jean-Marc Dumonceau³, Marta Tavares⁴, Merit M. Tabbers⁵, Raoul Furlano⁶, Manon Spaander⁷, Cesare Hassan⁸, Christos Tzvinikos⁹, Hanneke Ijsselstijn¹⁰, Jérôme Viala¹¹, Luigi Dall'Oglio¹², Marc Benninga⁵, Rok Orel¹³, Yvan Vandenplas⁴, Radan Keil¹⁵, Claudio Romano¹⁶, Eva Brownstone¹⁷, Štěpán Hlava¹⁵, Patrick Gerner¹⁸, Werner Dolak¹⁹, Rosario Landi¹, Wolf Dietrich Huber¹⁹, Simon Everett²⁰, Andreas Vecsei²¹, Lars Aabakken²², Jorge Amil-Dias⁴, Alessandro Zambelli²³

Endoscopy. 2016 Sep 12. [Epub ahead of print]



EVALUACIÓN ENDOSCÓPICA

Cuando y a quién?

VEDA < 12 hs en HDA

- que requiere soporte hemodinámico (Shock) / Hemorragia persistente.
- Hematemesis importante.
- Melena.
- Sospecha de Origen Variceal o lesiones potencialmente quirúrgicas.

EVALUACIÓN ENDOSCÓPICA

Cuando y a quién?

VEDA < 24 hs en HDA

- Requerimiento de transfusión por caída de Hb < 8 g/dl
- Disminución aguda de 2 g/dl en Hb
- Pacientes estables pero con Score en el límite para tratamiento endoscópico terapéutico.
- Antes del egreso de todo paciente con HDA y enfermedad hepática preexistente o HHTP.

EVALUACIÓN ENDOSCÓPICA Cuando y a quién?

ILEOCOLONOSCOPIA < 24 hs en HDB

- HABITUALMENTE NO ES NECESARIA
- Salvo en sangrado severo que genere compromiso hemodinámico (considerando Seguridad – practicidad)
- Indicada en casos de Hematoquezia y sangrado oculto sin causa demostrada
- Diagnóstico 40%
- Permite tomar biopsias
- Terapéutica: Polipectomía - Cauterización

EVALUACIÓN ENDOSCÓPICA

Score Predictivo de Requerimiento de Terapéutica Endoscópica

Acute Upper Gastrointestinal Bleeding in Childhood:
Development of the Sheffield Scoring System to Predict
Need for Endoscopic Therapy

Mike A. Thomson, Neme Leton, and Dalia Belsha

JPGN • Volume 60, Number 5, May 2015



EVALUACIÓN ENDOSCÓPICA

Score Predictivo: Requerimiento de VEDA

Historia Clínica	Condición clínica preexistente	1
	Melena	1
	Hematemesis	1
Evaluación clínica	FC > 20 de la FC media para la edad	1
	Llenado capilar prolongado	4
Laboratorio	Caída de Hb > 20 g / L	3
Gestión y reanimación	Necesidad de un bolo	3
	Necesidad de transfusión de sangre (Hb <80 g / L)	6
	Necesidad de otro producto de la sangre	4
Puntuación total 24		Corte 8

OTROS MÉTODOS DIAGNÓSTICOS

1. Rx Simple de Abdomen.
2. Estudio contrastado: Utilidad en sangrado Crónico
3. Ecografía Abdominal: limitado. Doppler para E. Hepática-malformaciones vasculares.
4. TAC/RMN
5. Métodos Isotópicos
6. Angiografía



OTROS MÉTODOS DIAGNÓSTICOS

Métodos Isotópicos

Escintigrafía con pertechnetato de Tecnecio 99

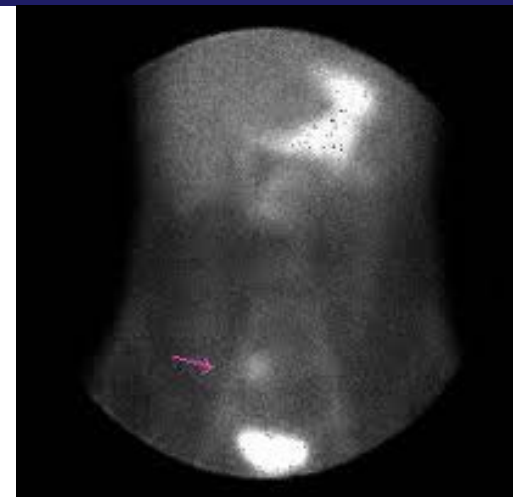
- detecta mucosa gástrica ectópica.

- hemorragia digestiva baja por divertículo de Meckel.

- hemorragia digestiva alta se limita a las duplicaciones gástricas.

– Escintigrafía con eritrocitos marcados con Tecnecio

99: Localiza sangrados intermitentes cdo volumen > 0.1ml/minuto y sirve de orientación para la endoscopia y la angiografía.



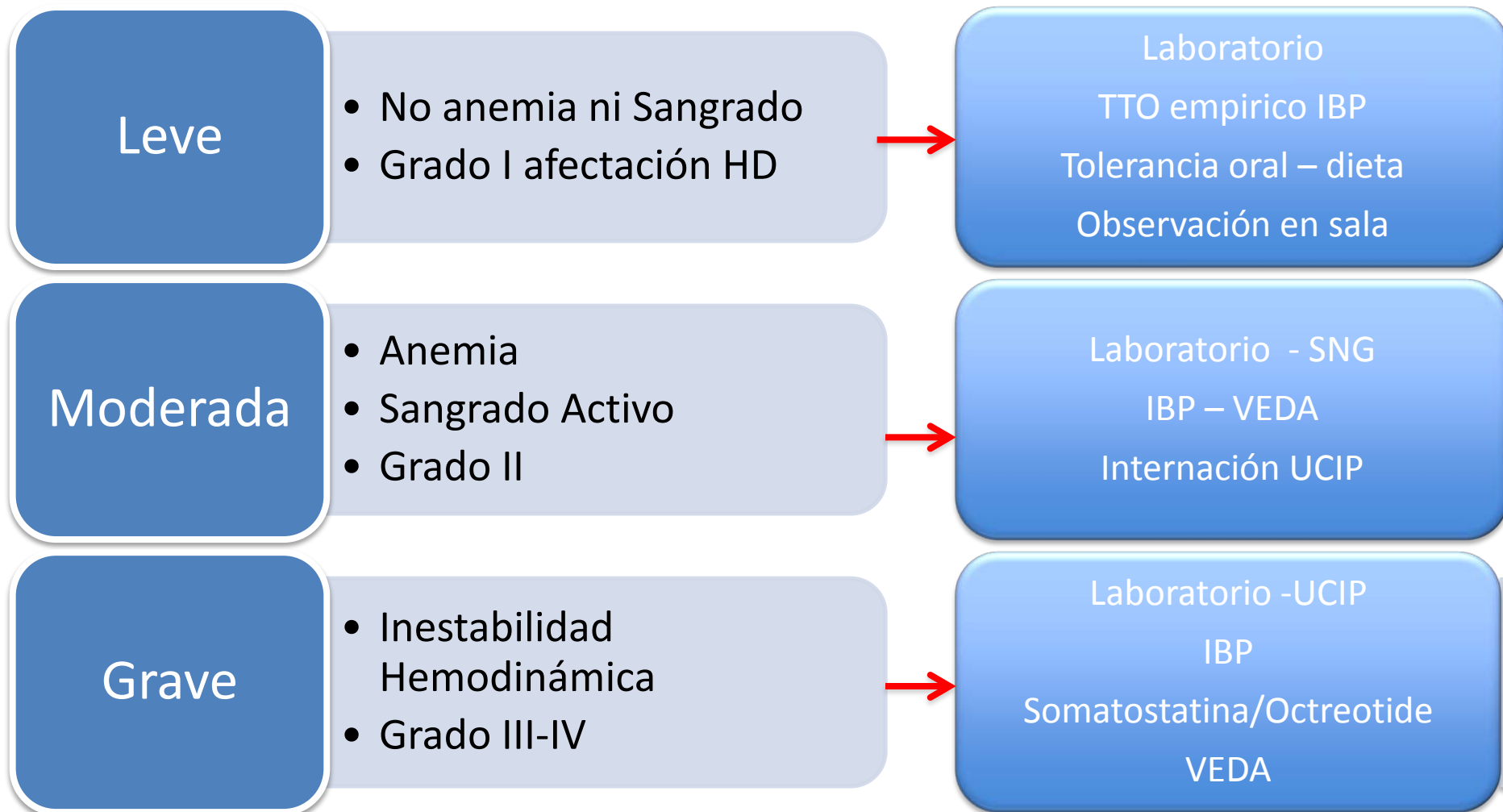
OTROS MÉTODOS DIAGNÓSTICOS

Angiografía

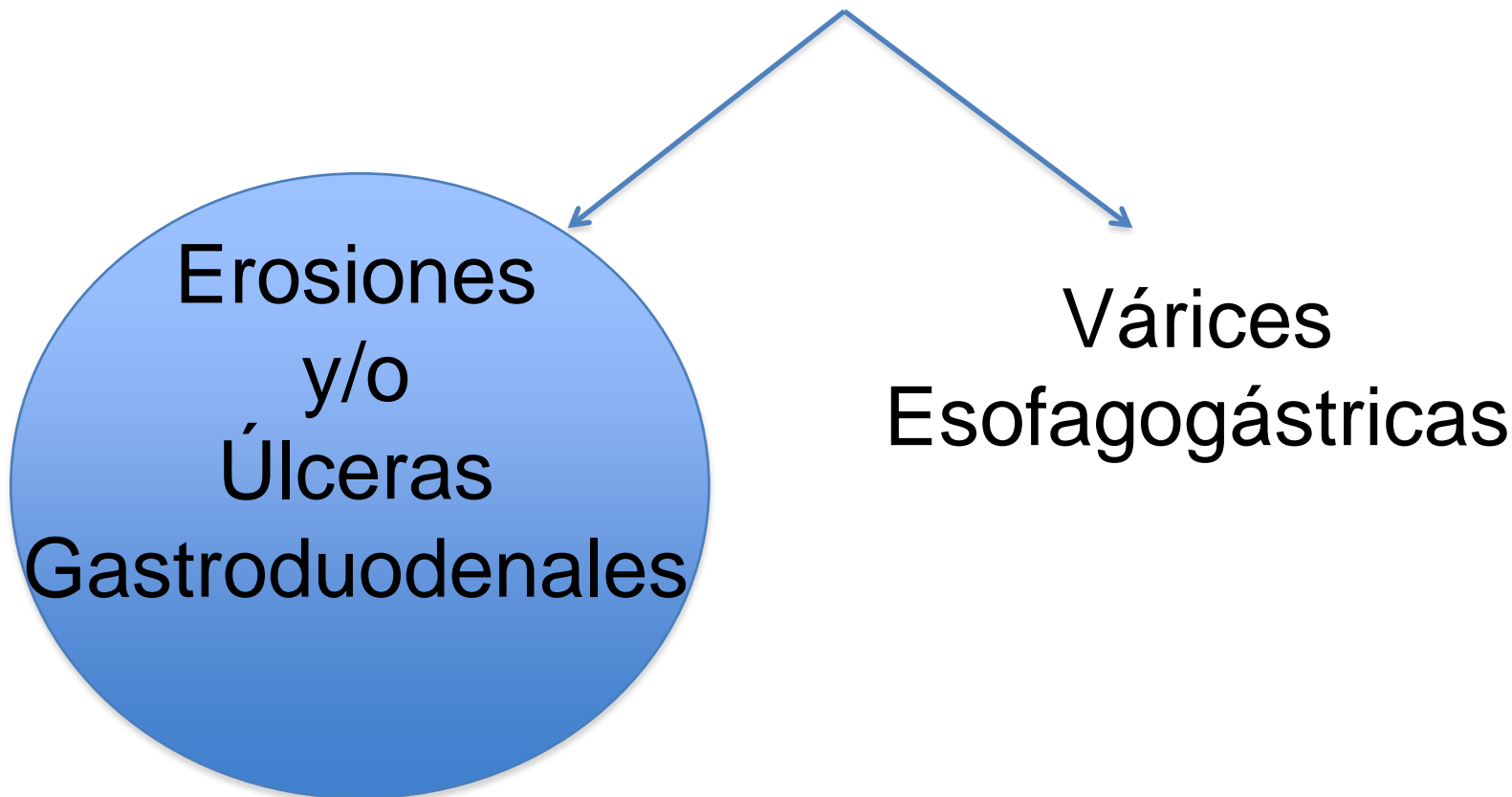
- Sangrado severo sin localización endoscópica precisa, activo o crónico recurrente.
- Identifica el punto de sangrado cuando la pérdida es superior a 0,5 ml/minuto.
- Sospecha de malformaciones vasculares.
- Invasiva – Falsos Negativos
- Ventaja: Terapéutica – embolización.



HEMORRAGIA DIGESTIVA ALTA MANEJO



HEMORRAGIA DIGESTIVA ALTA



HEMORRAGIA DIGESTIVA ALTA NO VARICEAL

Clasificación de Forrest

Clase		Resangrado	Mortalidad	
I	Úlcus sangrante activo			
	Ia	Sangrado en jet	80%	
	Ib	Sangrado en sábana	35%	11%
II	Úlcus sin sangrado activo			
	IIa	Vaso visible	TERAPÉUTICA	
	IIb	Úlcus con coágulo	10%	7%
	IIc	Manchas rojas u oscuras	< 5%	2%
III	Úlcus con la base limpia			

HEMORRAGIA DIGESTIVA ALTA NO VARICEAL – TERAPÉUTICA ENDOSCÓPICA

➤ **Terapia de inyección:**

Acción de taponamiento por volumen: Solución salina normal y adrenalina diluida.

Trombosis con agentes esclerosantes: Etanol, etanolamina, y polidocanol.

Otros agentes inyectables son: Trombina, la fibrina y las gomas de cianoacrilato, para sellar el sitio de sangrado.

➤ **Terapia de cauterización o térmicos:**

Sondas de electrocauterio monopolar, o bipolar/multipolar

El Argón plasma: utiliza una corriente de gas ionizado de 60 watts para conducir la electricidad, sin contacto mecánico, lo que causa coagulación de tejidos superficiales, como malformaciones vasculares

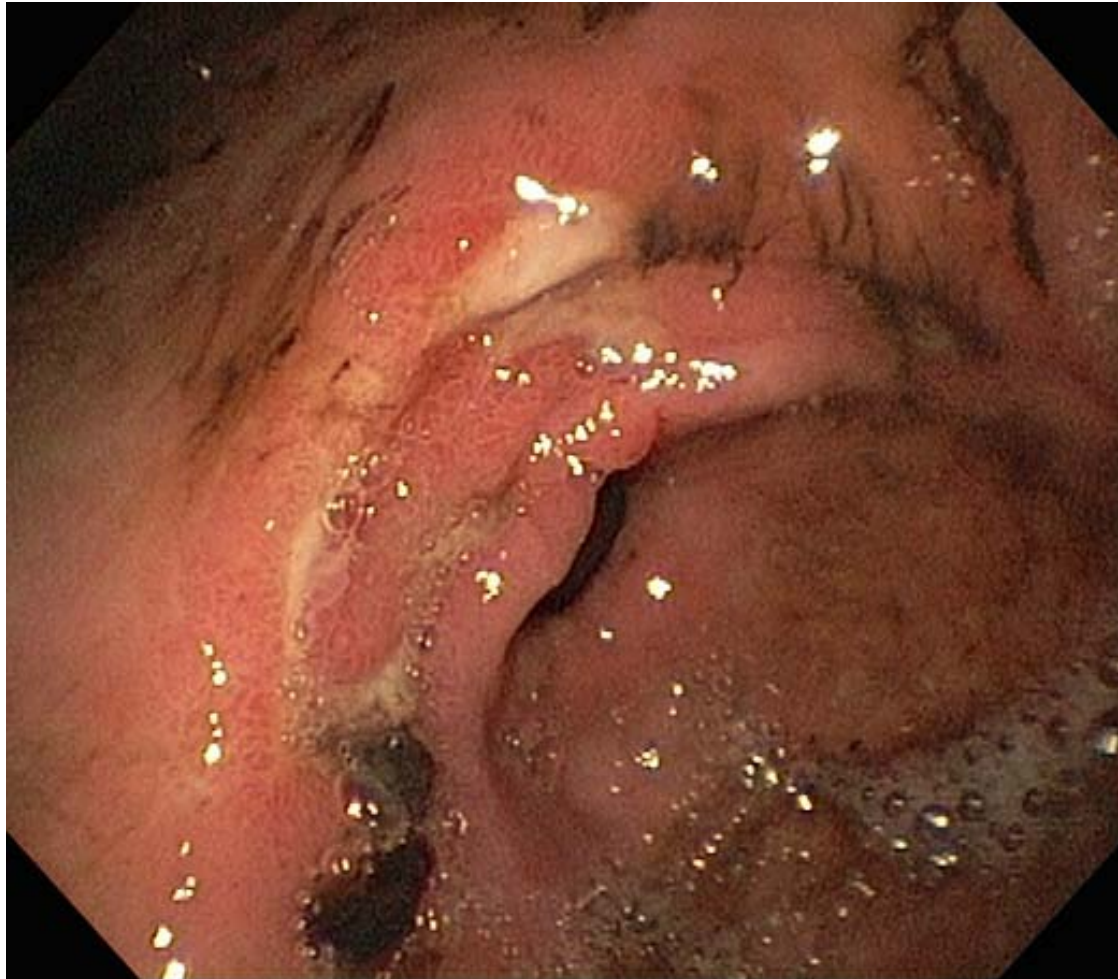
En caso de sangrado arterial activo, debe efectuarse terapia combinada (terapia inyección + terapia cauterización)

➤ **Terapia mecánica:**

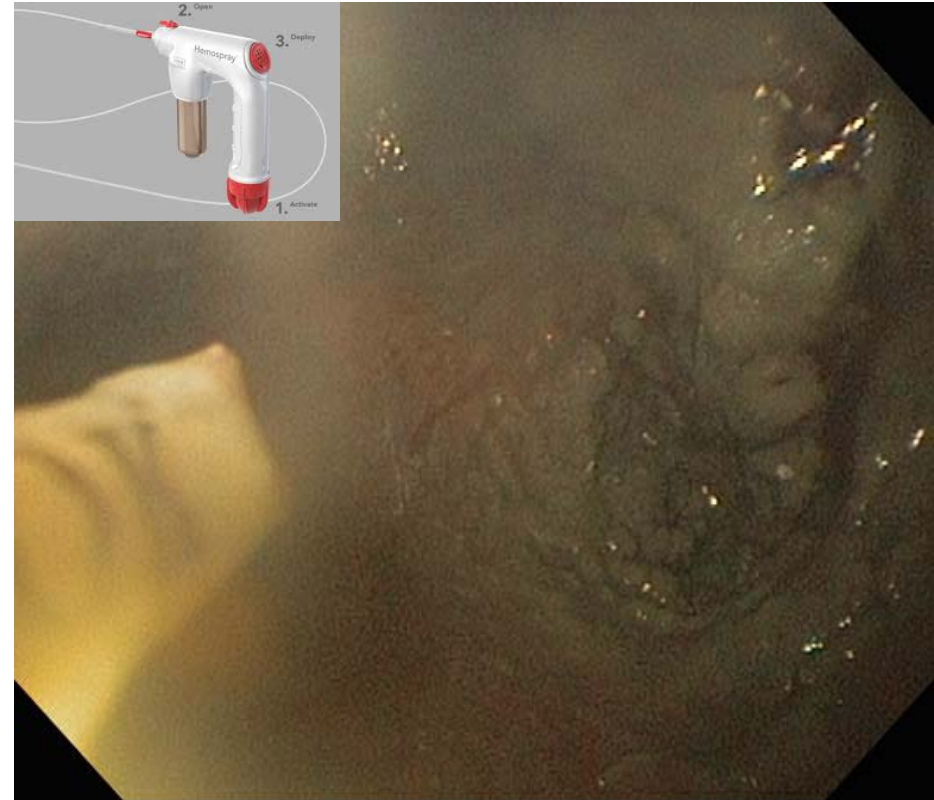
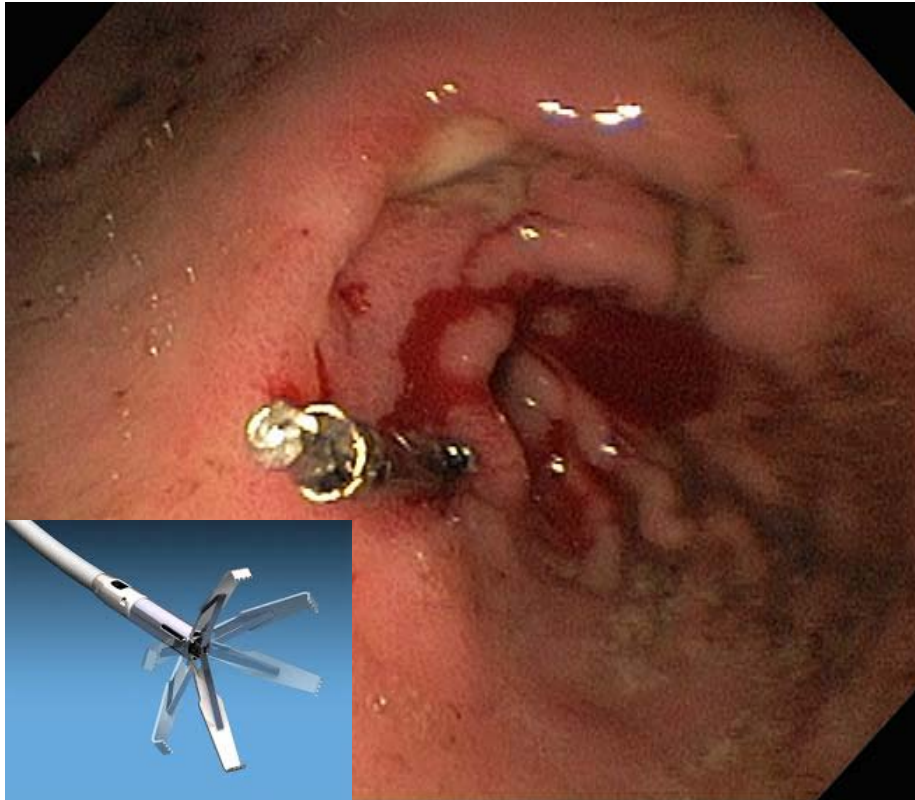
Dispositivos que provocan taponamiento físico del sitio de sangrado: Clips y las bandas de ligadura, y normalmente se desprenden días o semanas después de su colocación.



ÚLCERA PREPILÓRICA Forrest IB



TRATAMIENTO COMBINADO CON CLIP HEMOSTÁTICO Y HEMOSPRAY



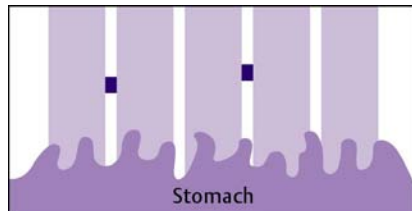
Lesión:
Úlcera antral

Paciente de 7 años de edad con antecedentes de hemorragia digestiva alta
Ingesta de ibuprofeno



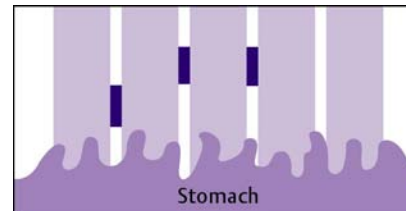
Calsificación de LOS ANGELES para la evaluación endoscópica de esofagitis por reflujo

Grade A



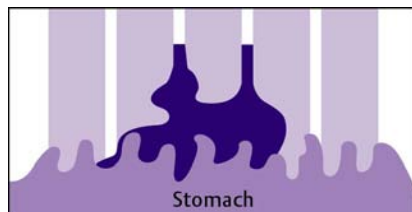
Una (o mas) lesiones mucosas, no mayor de 5 mm, que no se extiende entre dos pliegues mucosos contiguos

Grade B



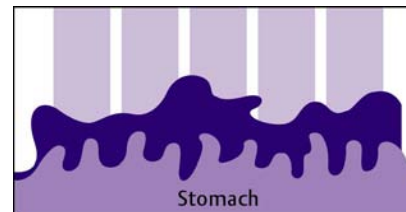
Una (o mas) lesiones mucosas mas de 5 mm long, que no se extiende entre dos pliegues mucosos

Grade C



Una o mas lesiones mucosas que se extienden desde dos o mas pliegues mucosos , pero que involucra menos de 75% de la circunferencia

Grade D



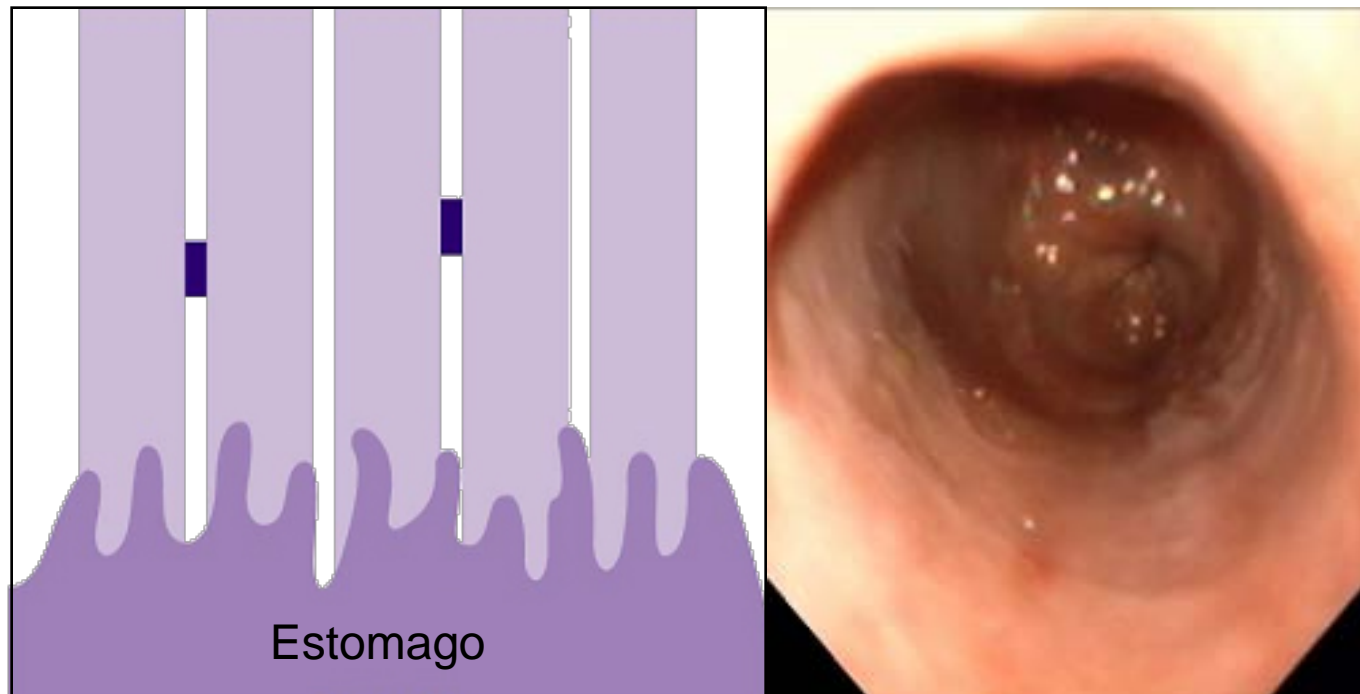
Una o mas lesiones mucosas que compromete por lo menos el 75% de la circunferencia esofagica

Lundell et al 1999



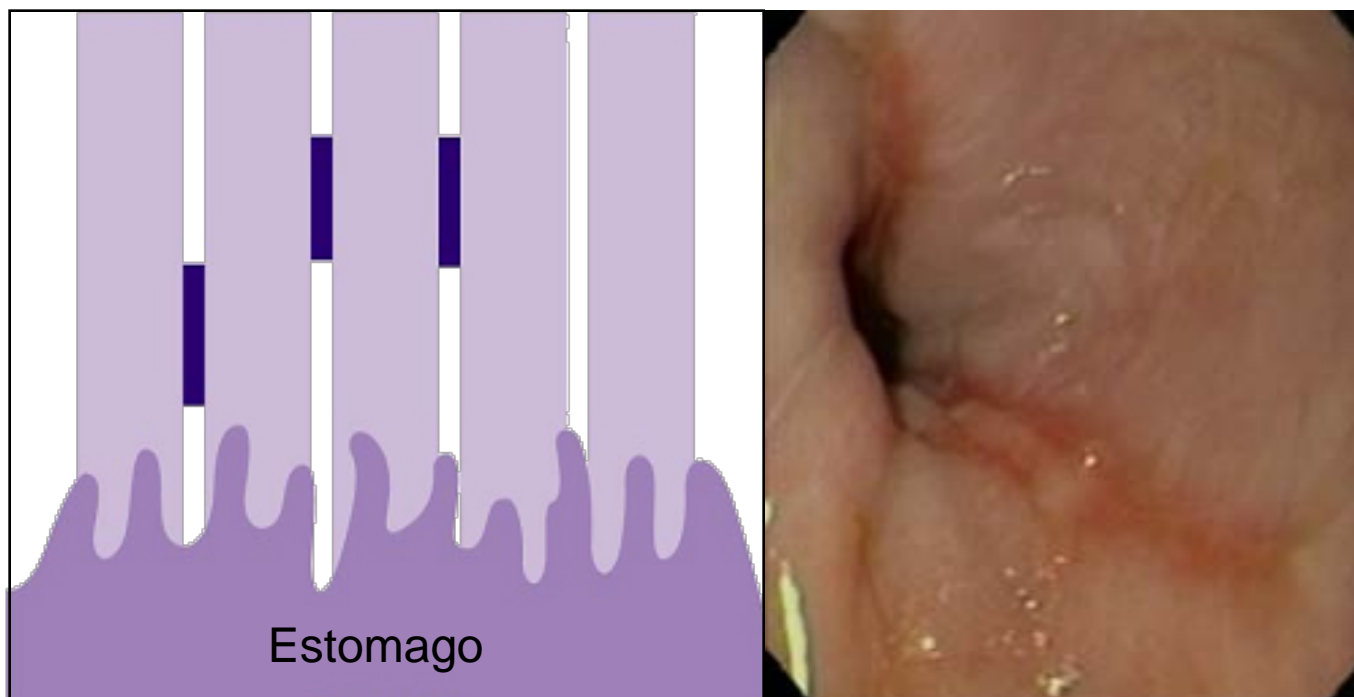
Esofagitis Grado A

Grado A: Una (o mas) lesiones de la mucosa no mayores a 5 mm que no se extiende entre dos pliegues de la mucosa.



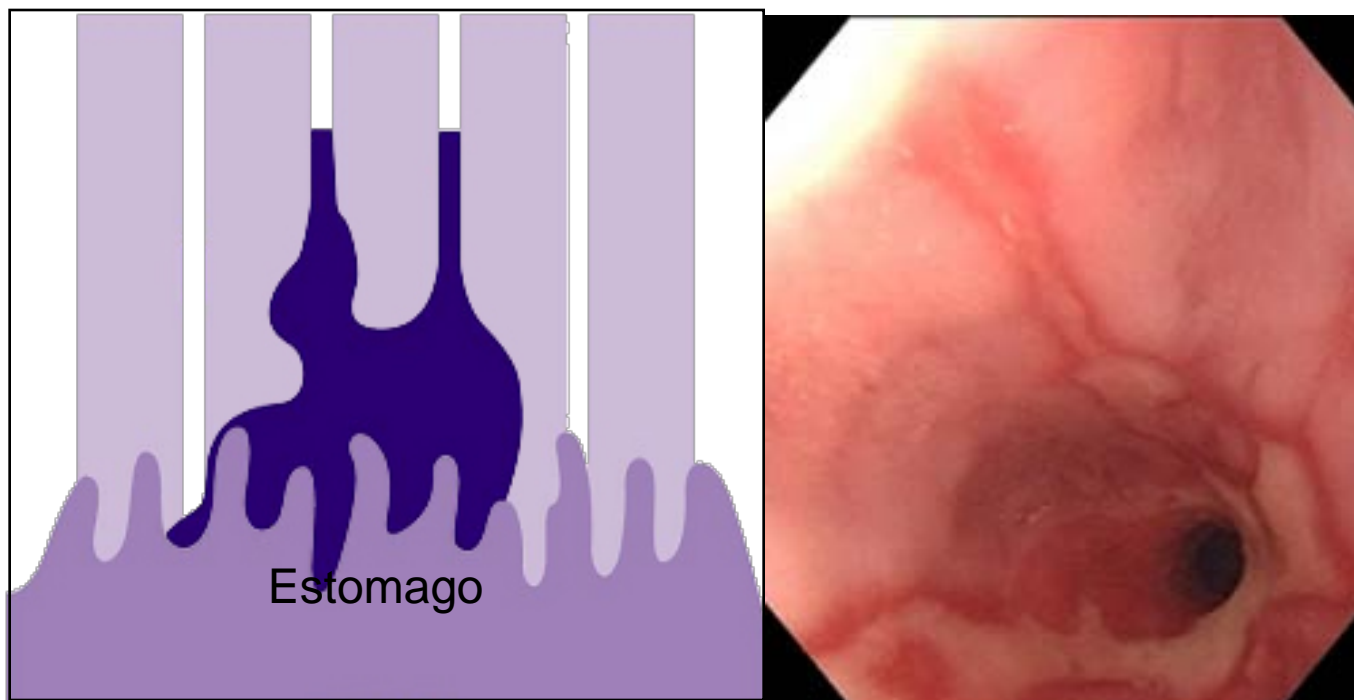
Esofagitis Grado B

Grade B: Una (o mas) lesiones de la mucosa, mas de 5 mm de longitud, que no se extiende entre dos pliegues.



Esofagitis Grado C

Grade C: Una (o mas) lesiones de la mucosa que son continuas entre dos o mas pliegues mucosos, pero que involucra menos del 75% de la circunferencia.

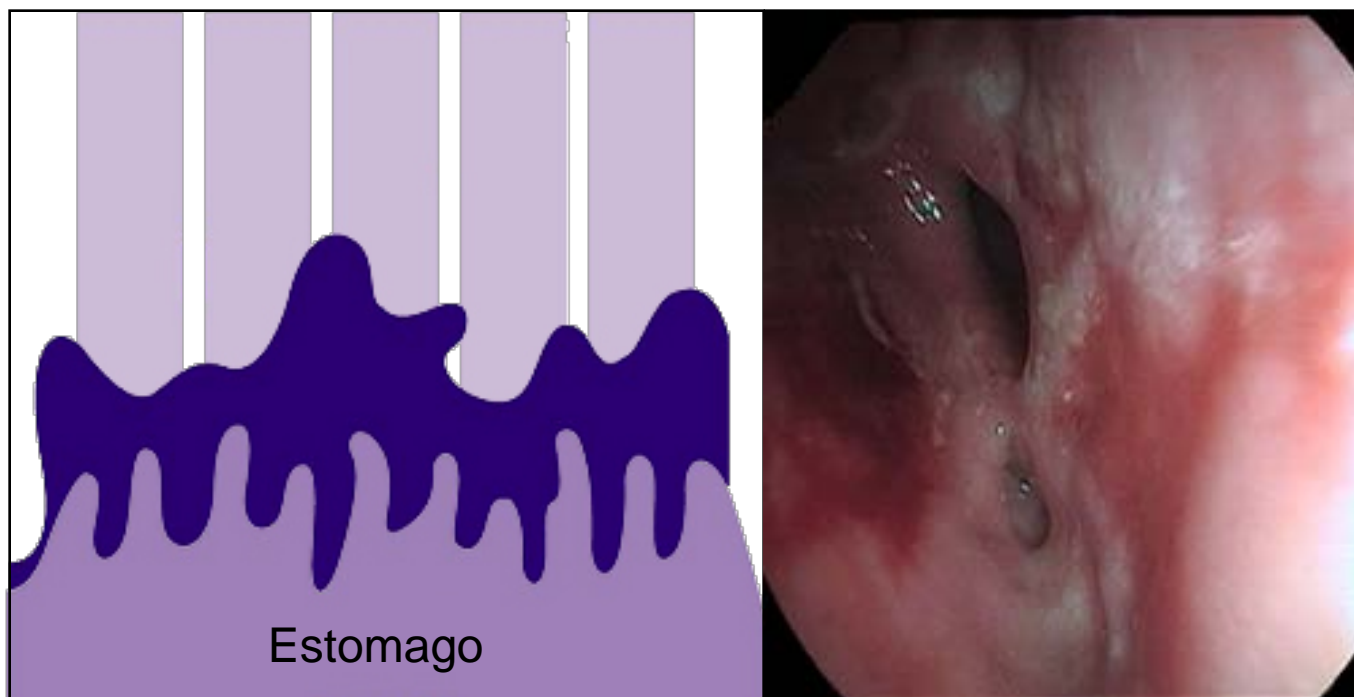


*Lundell et al 1999; published with permission
from Professor G Tytgat and Professor J Dent*



Esofagitis Grado D

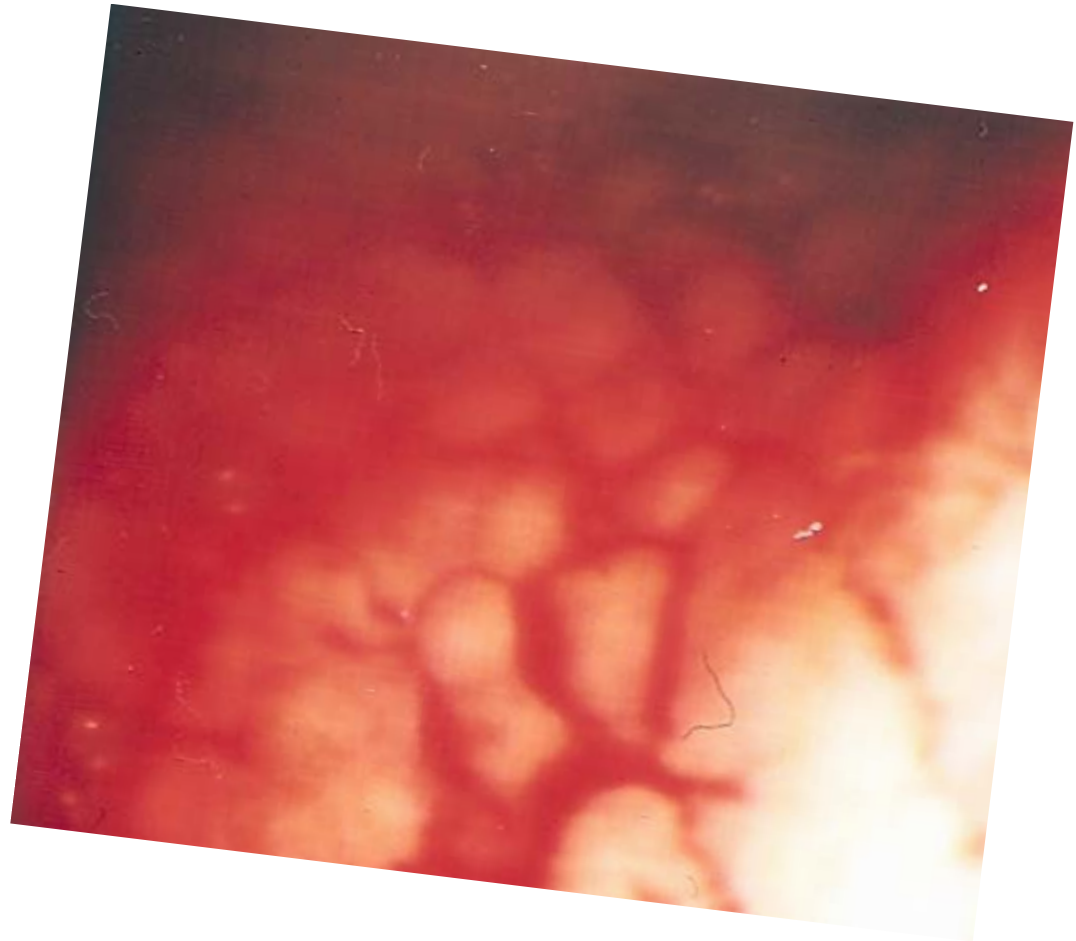
Grade D: Una (o mas) lesiones de la mucosa que involucra al menos 75% de la circunferencia esofagica.



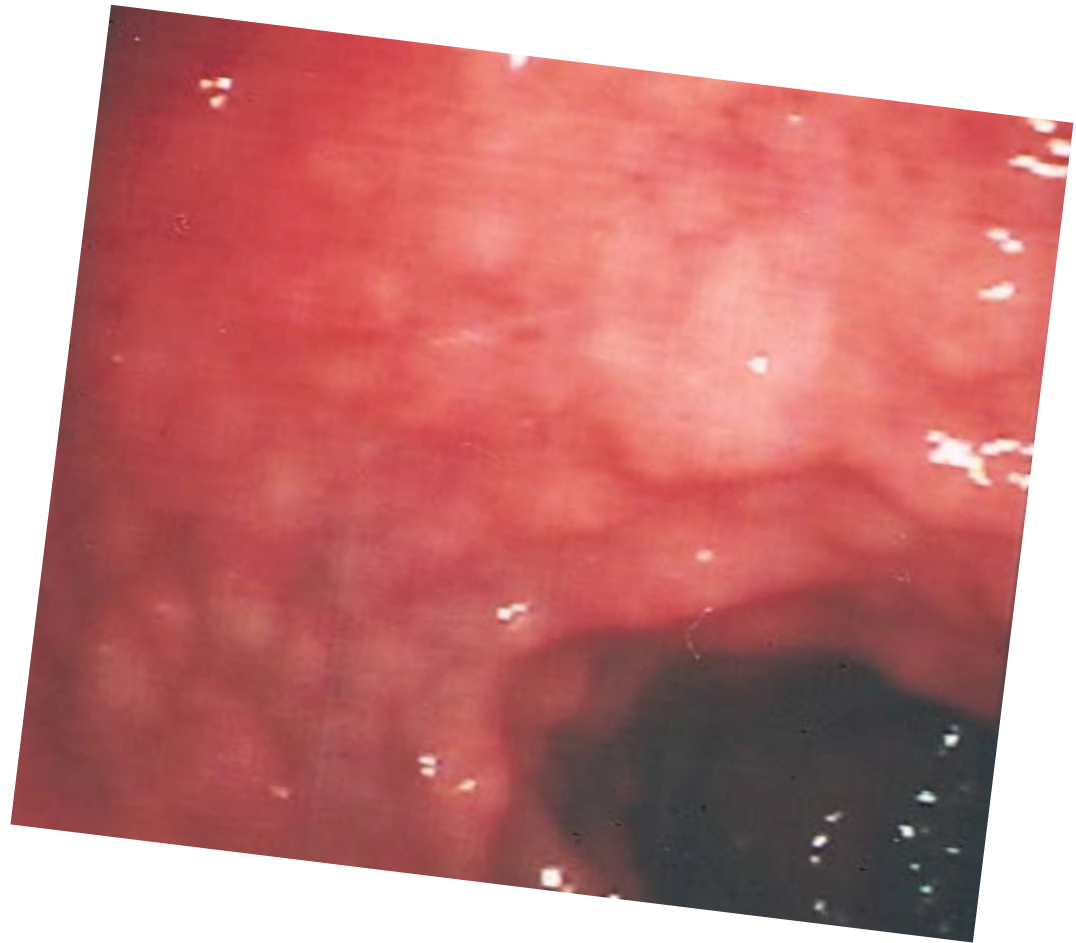
*Lundell et al 1999; published with permission
from Professor G Tytgat and Professor J Dent*

Gastritis nodular

Enfermedad de Kawasaki
Hemorragia digestiva con
AAS
Helicobacter Pylori (+)



Duodenitis nodular



14 AÑOS EII



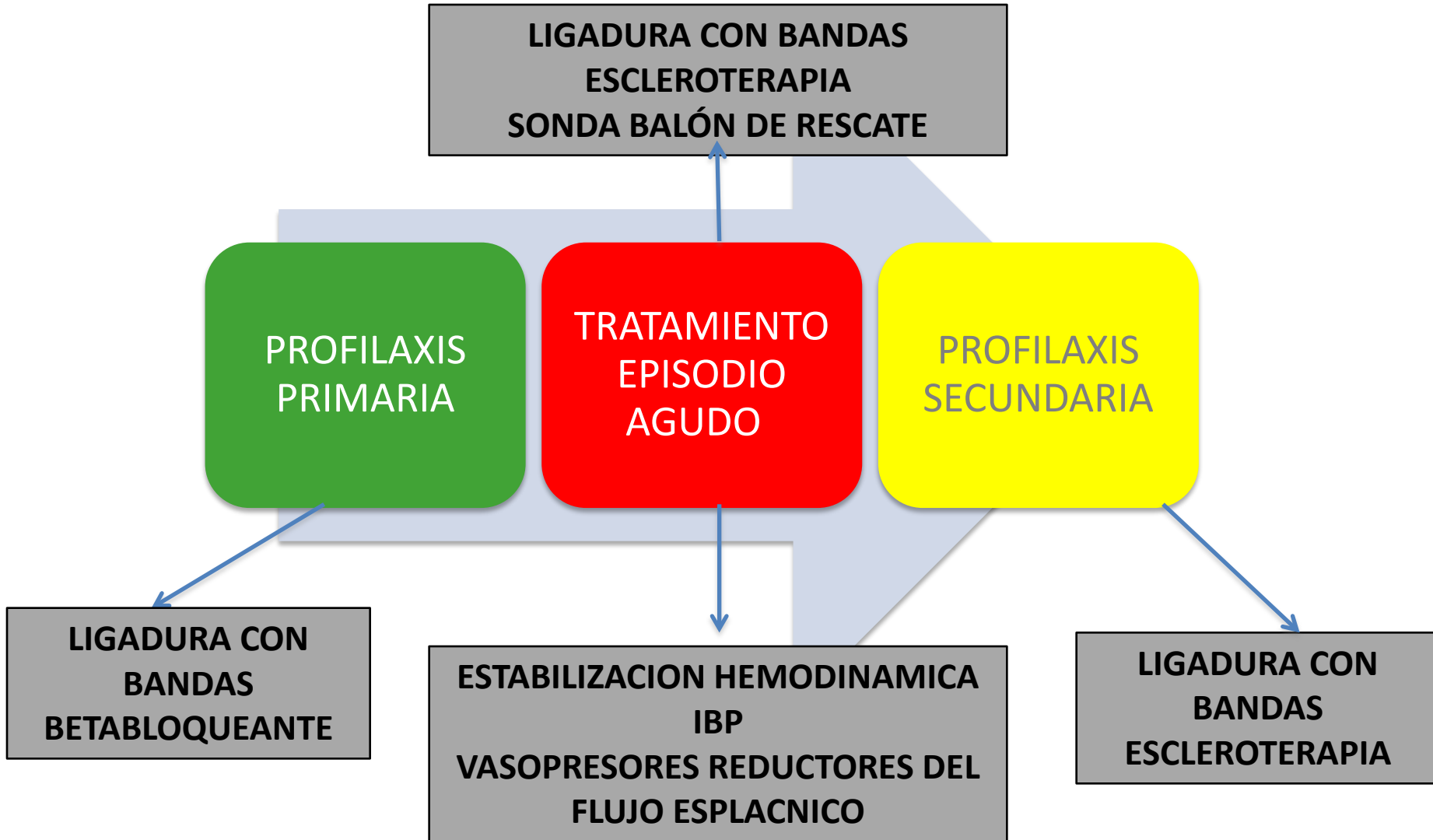
HEMORRAGIA DIGESTIVA ALTA

Erosiones
y/o
Úlceras
Gastroduodenales

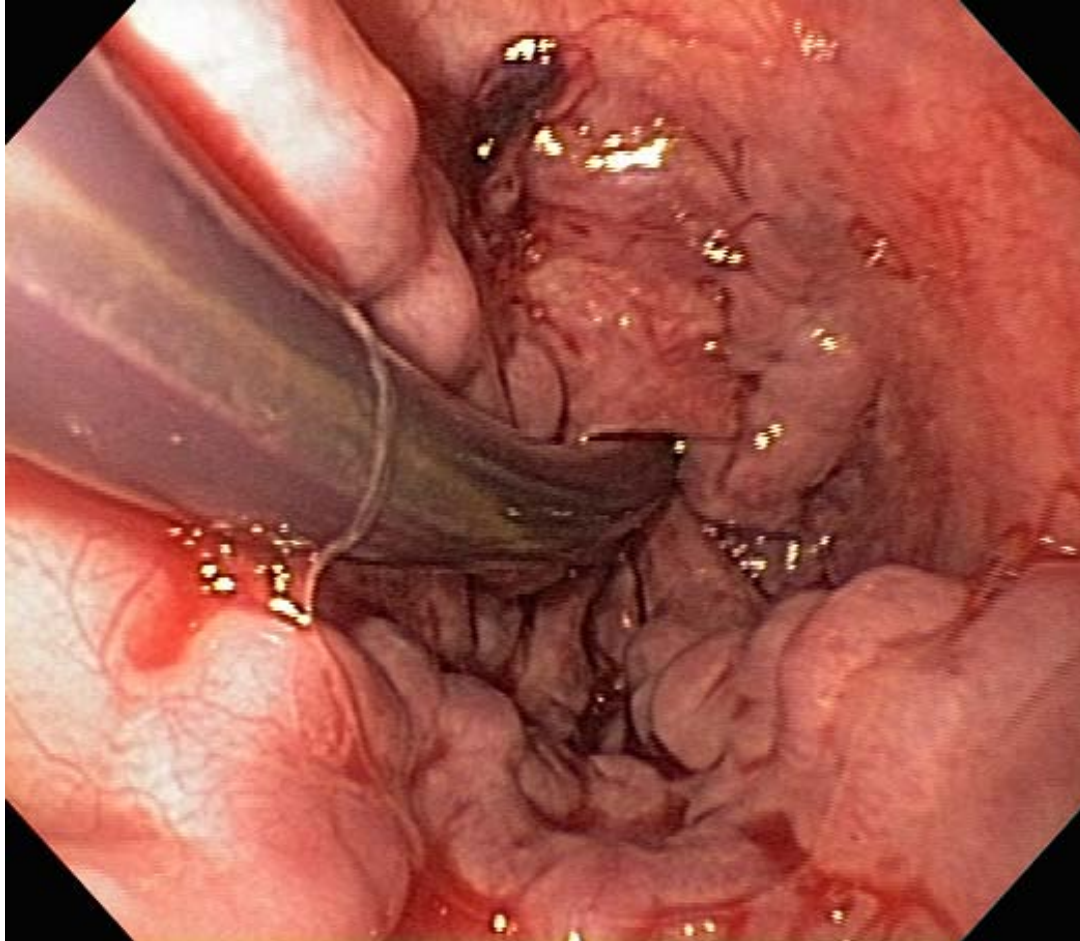
Várices
Esofagogástricas



HEMORRAGIA DIGESTIVA ALTA DE ORIGEN VARICOSO



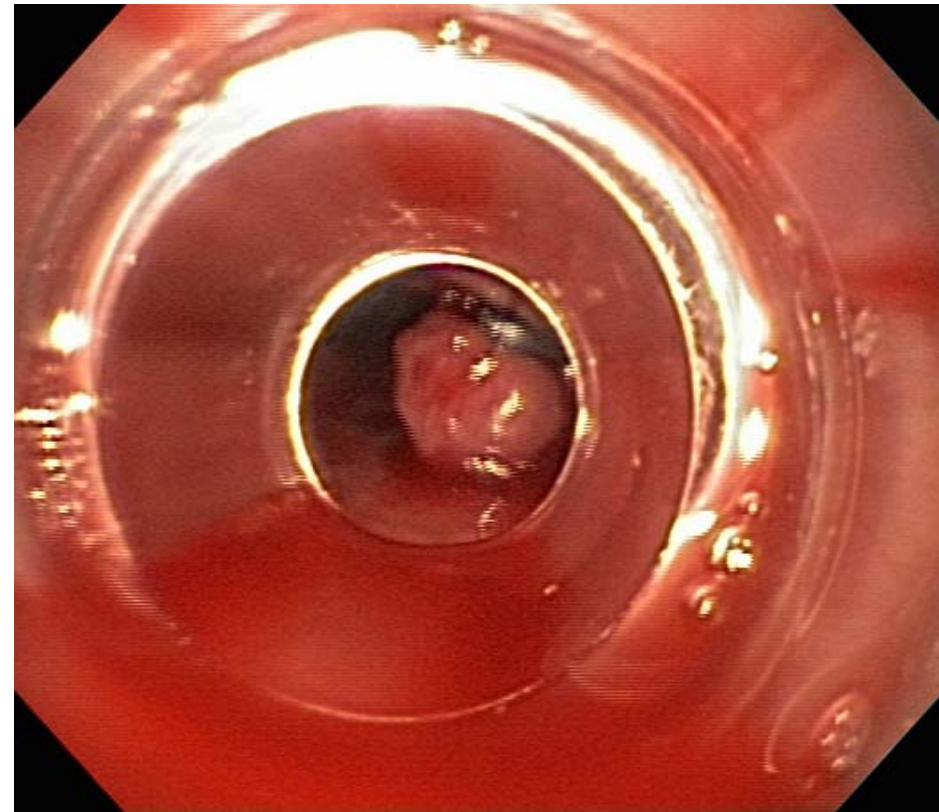
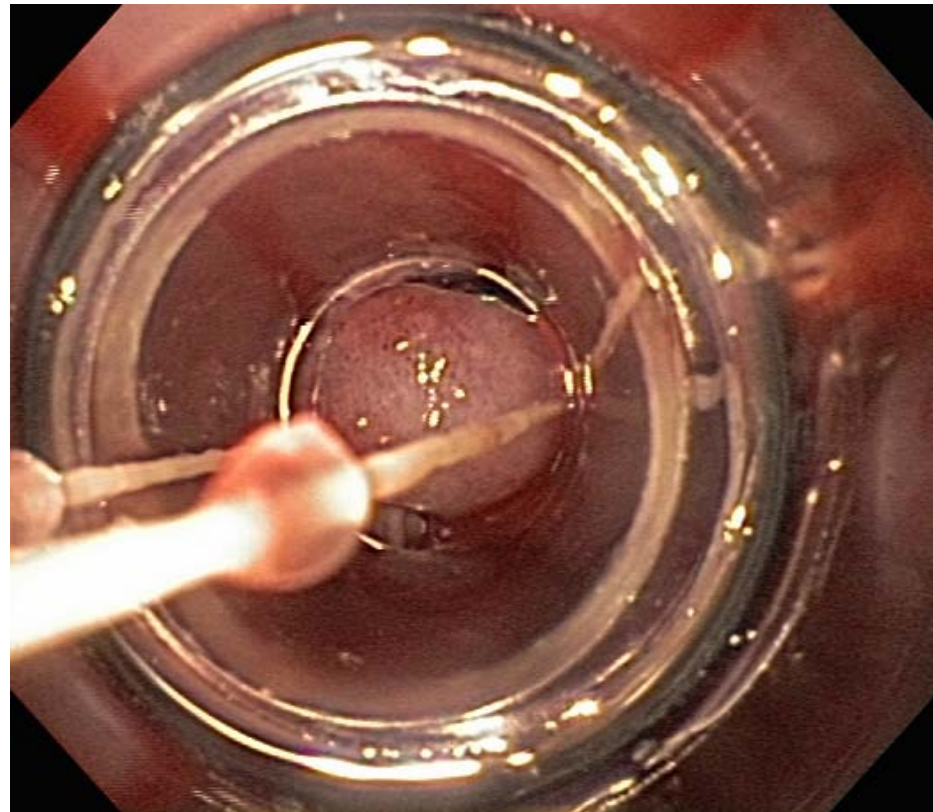
Varices Esofágicas



Esófago Normal



Varices Esofágicas: Tratamiento con Ligadura - Banding



OTROS MÉTODOS ENDOSCÓPICOS

Cápsula endoscópica:

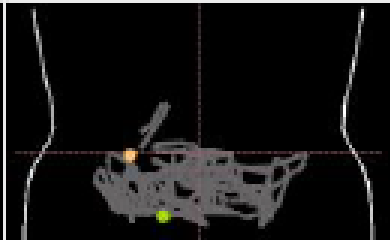
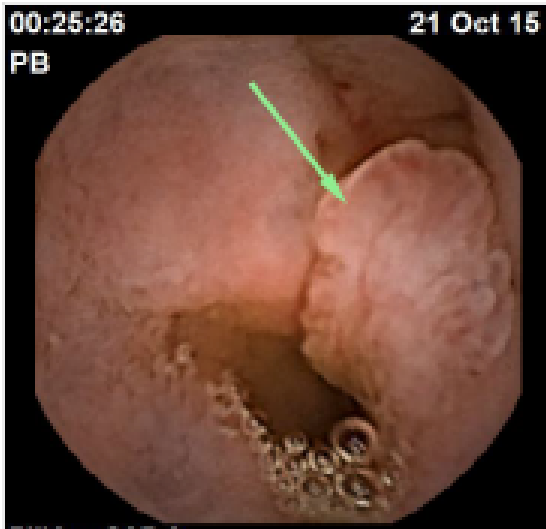
Hemorragia digestiva a nivel del intestino medio

Sensibilidad Dx 55 al 76%

➤ 2 años

➤ La cápsula endoscópica puede visualizar lesiones sangrantes, pero no ofrece opciones terapéuticas ni permite toma de biopsias.





CÁPSULA ENDOSCÓPICA

OTROS MÉTODOS ENDOSCÓPICOS

Enteroscopia con balón:

Este procedimiento, ofrece la posibilidad de una visualización directa e intervenciones terapéuticas a nivel de Intestino Medio.

Laparoscopia y laparotomía exploradora:

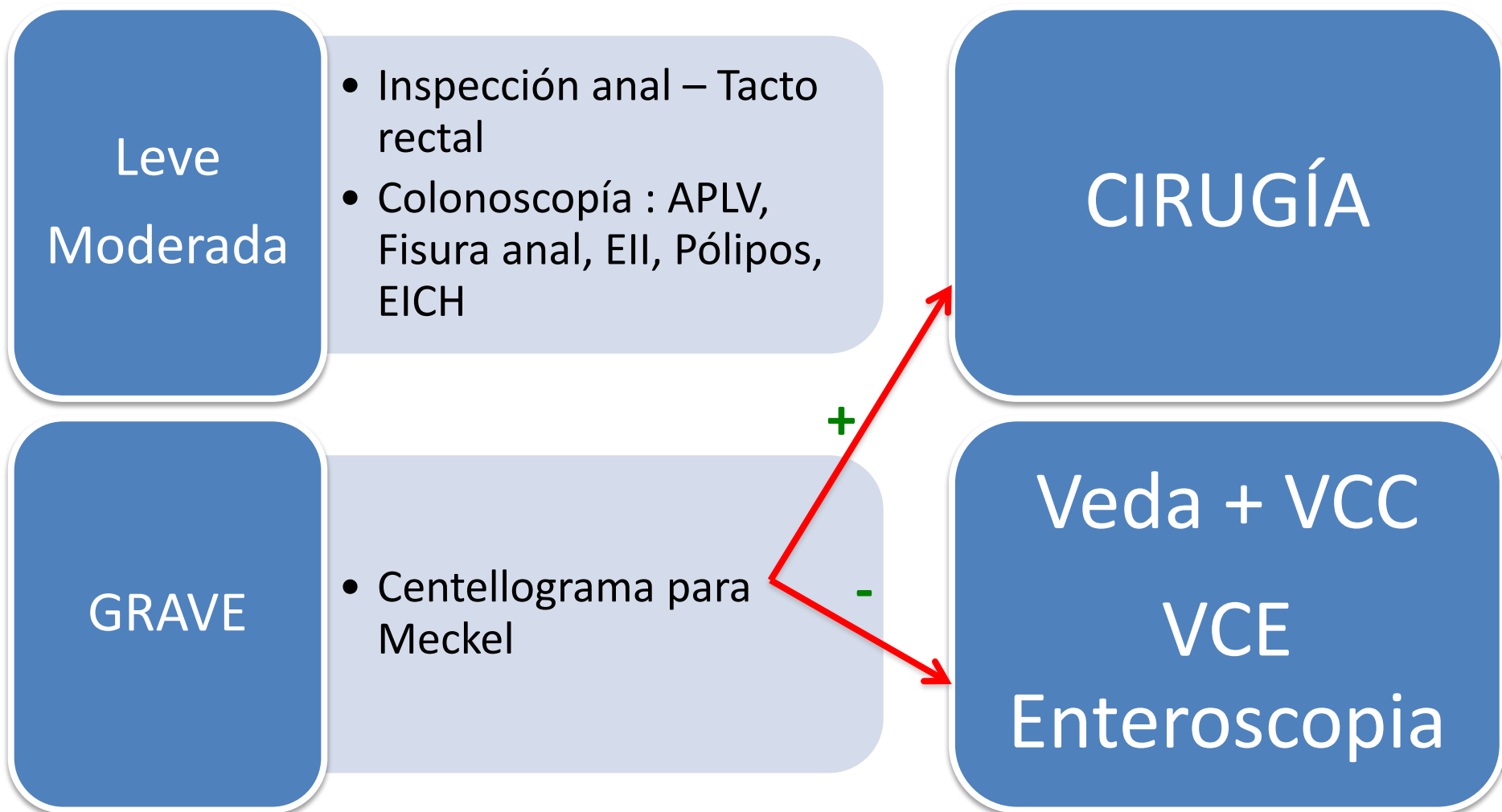
Hemorragia masiva

Perforación

Sospecha una hemorragia media no identificada por estudios anteriores

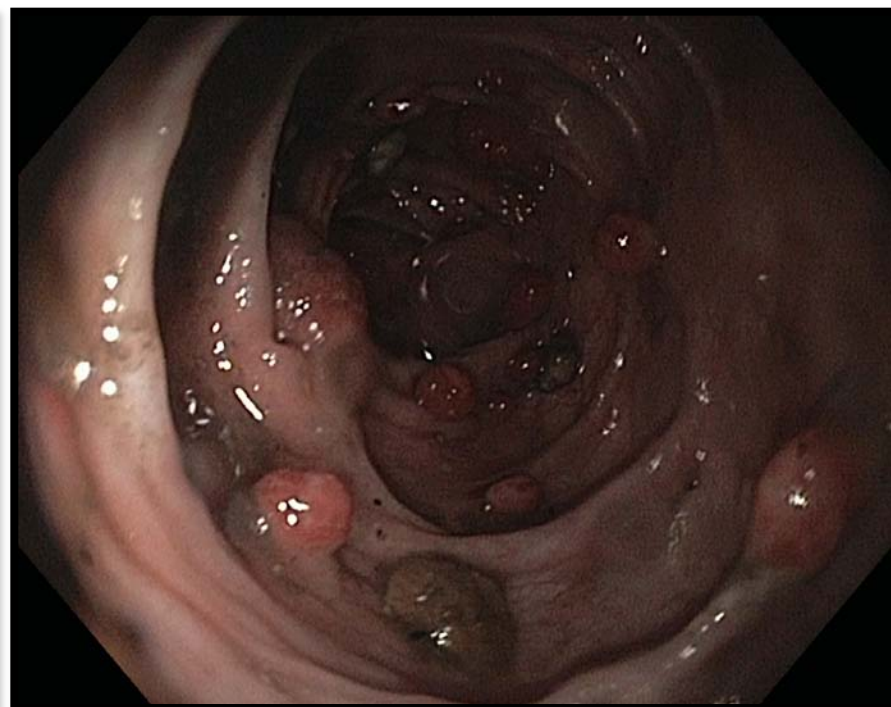
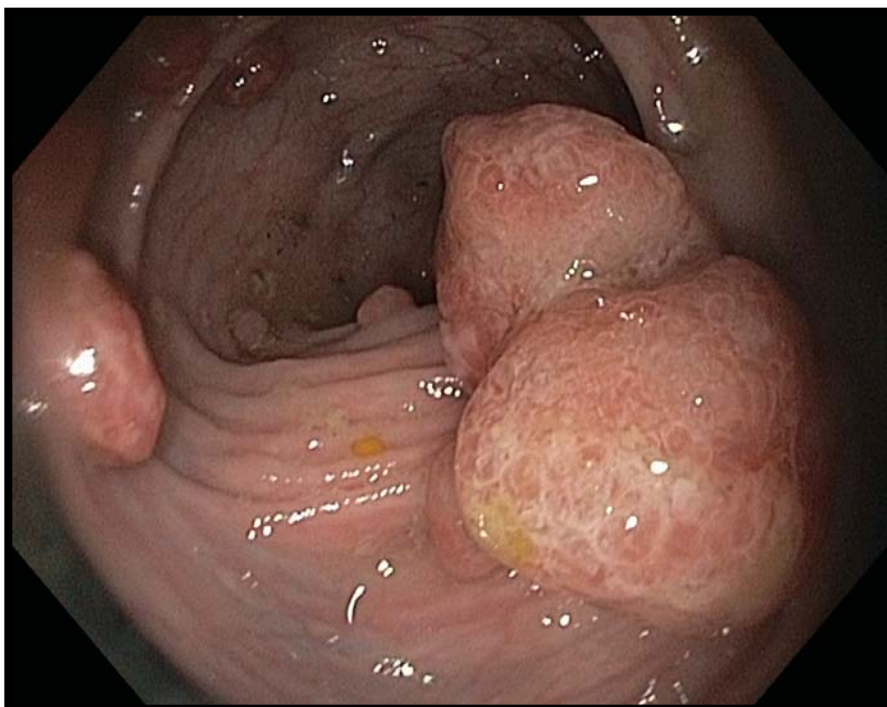


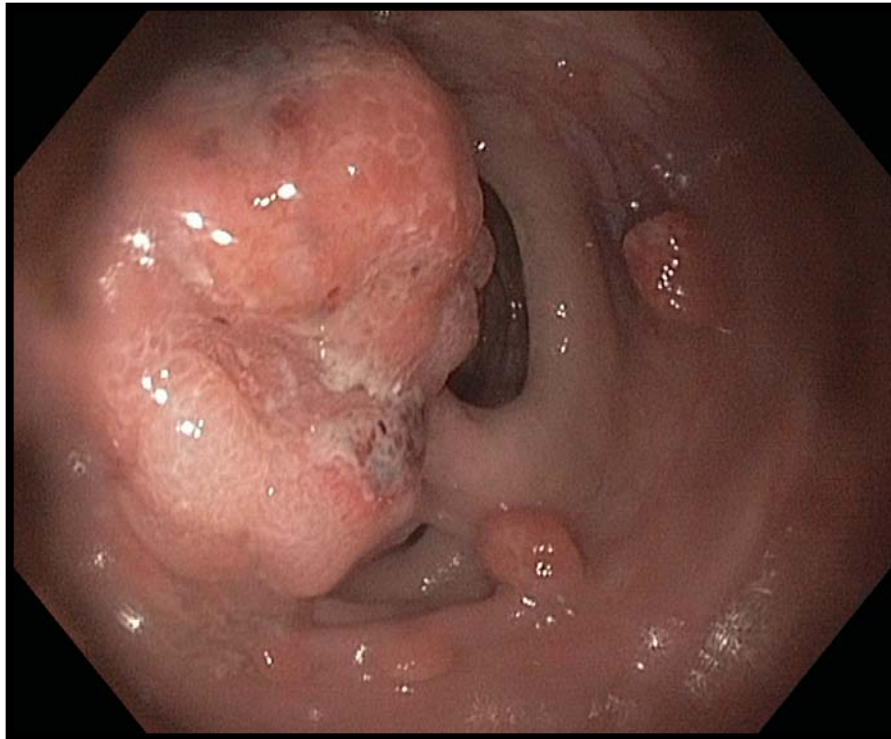
HEMORRAGIA DIGESTIVA BAJA MANEJO



SINDROME DE POLIPOSIS JUVENIL MULTIPLE

Paciente femenina de 3 años con antecedente de sangrado digestivo, anemia severa e hipoalbuminemia. Enteropatía perdedora de proteínas. Recuperación de valores de hematocrito y albúmina luego de sesiones de polipectomías múltiples.





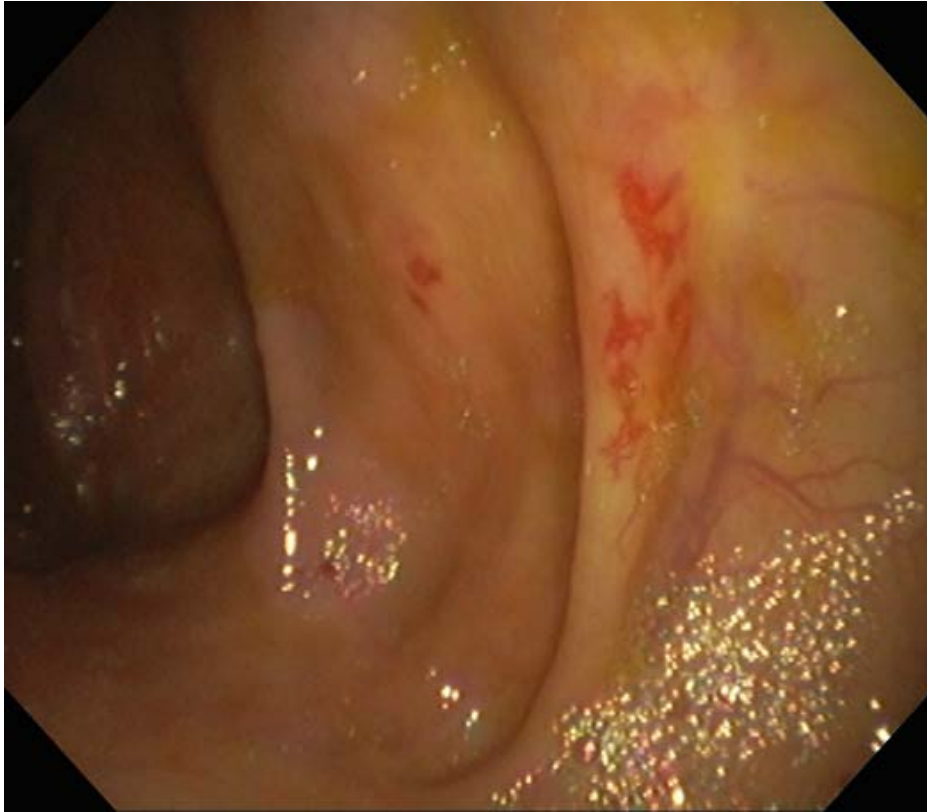
POLIPO LOBULADO Y PEDICULADO



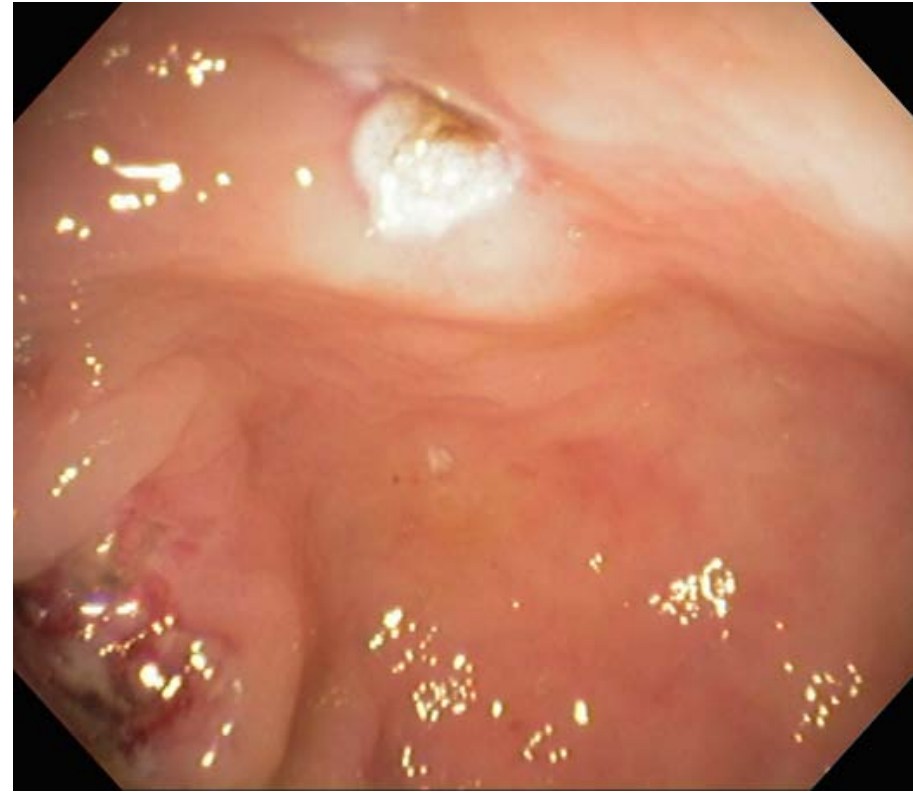
NBI
(Narrow band imaging)



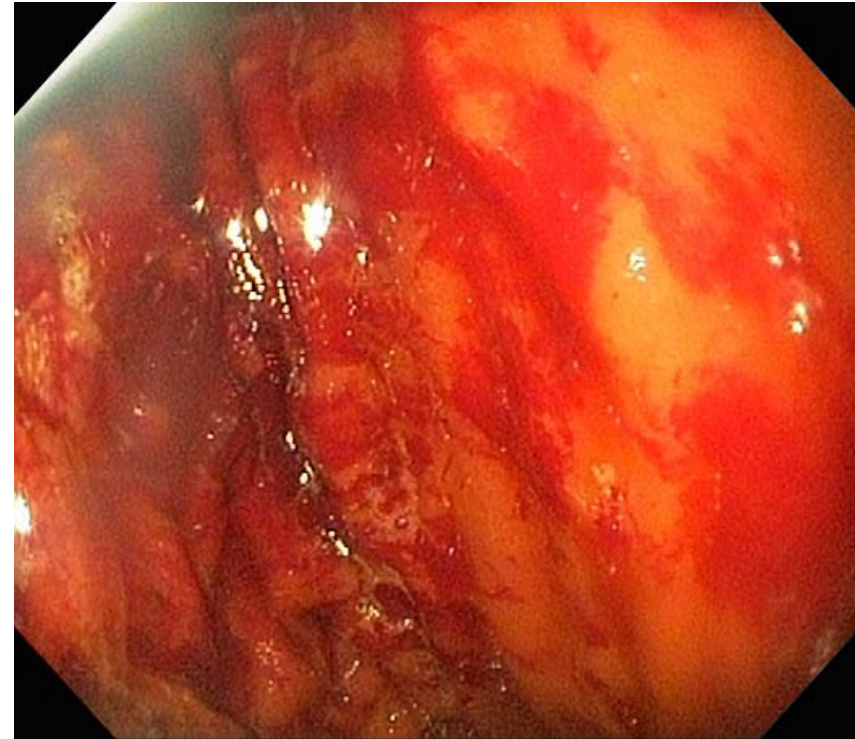
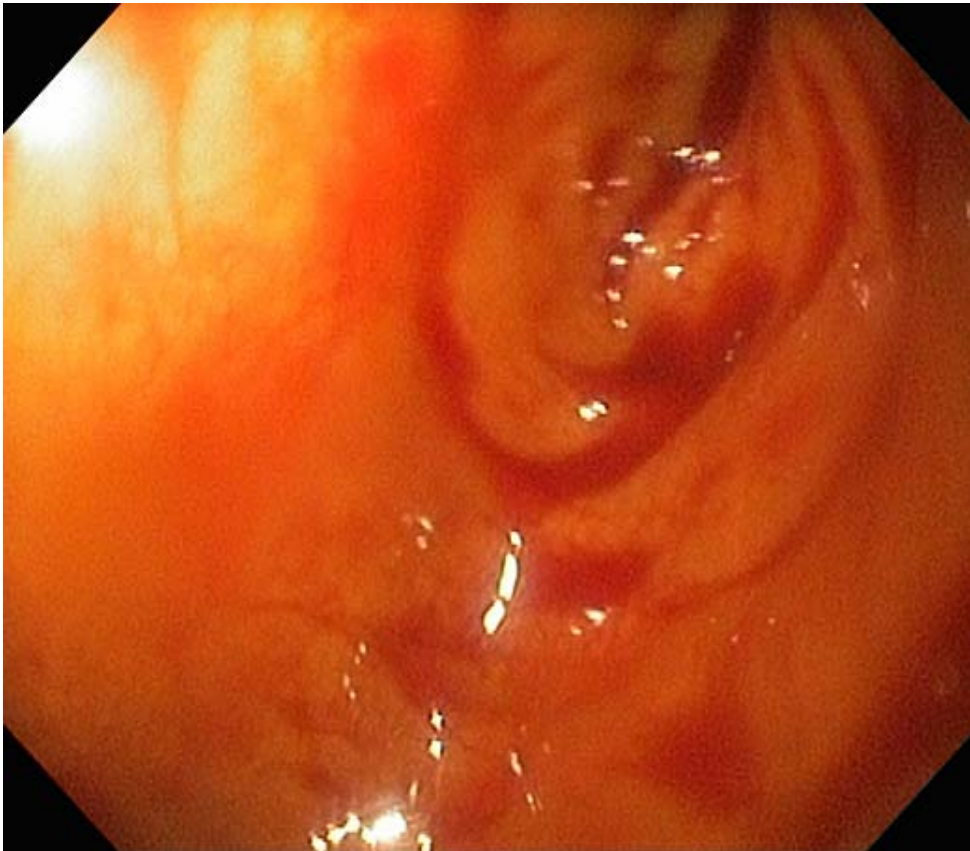
COLON: Angiodisplasias – Tratamiento con Argón Plasma



COLON: Angiodisplasias – Tratamiento con Argón Plasma

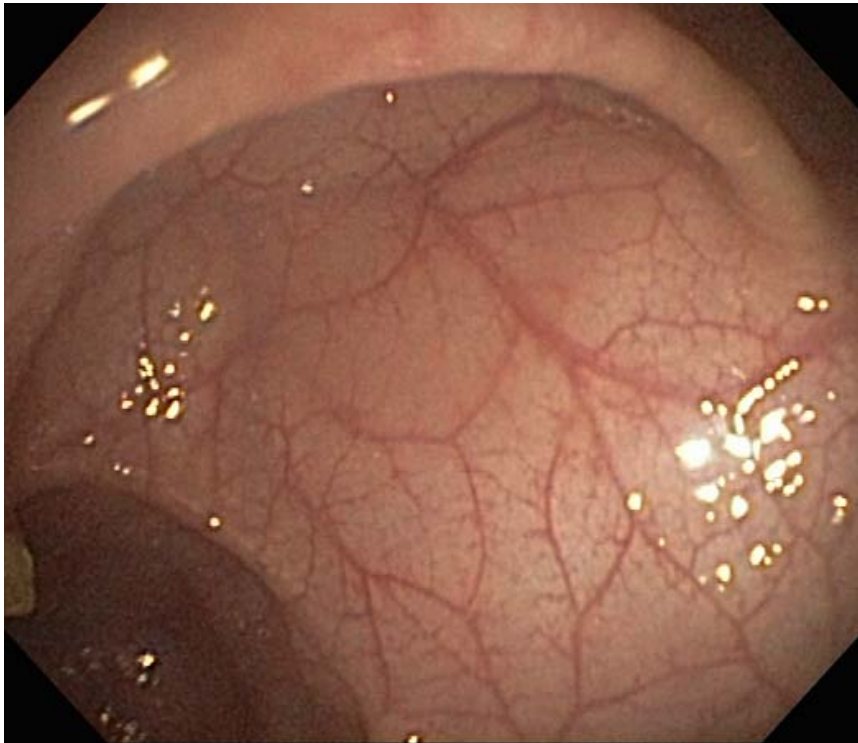


EICH – 4 años Post TAMO.



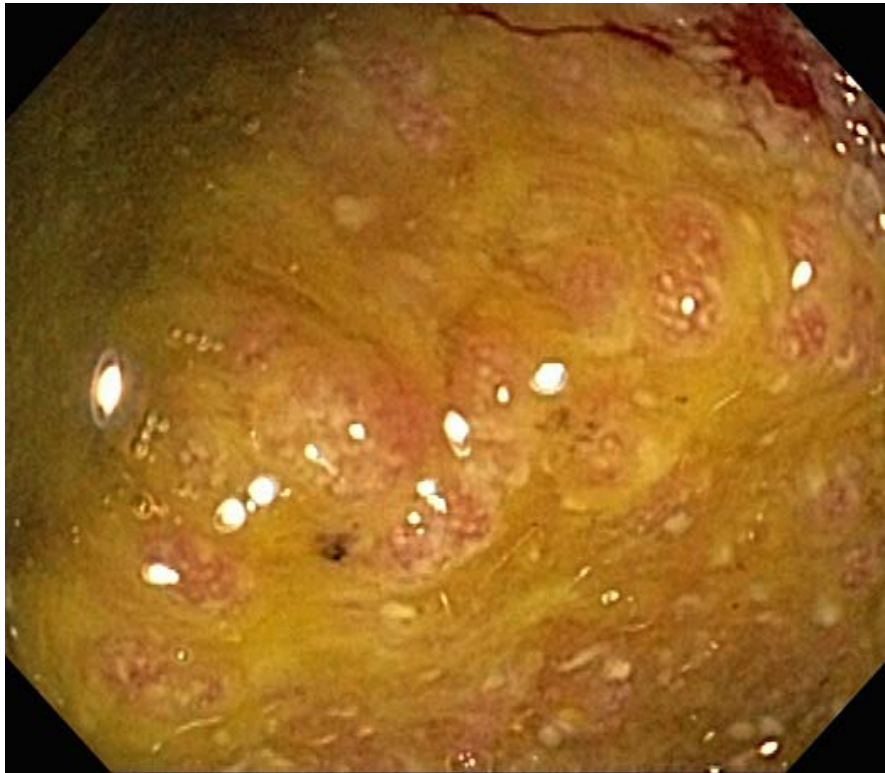
14 años EII – Colitis Ulcerosa

Patrón vascular conservado



Colitis Ulcerosa





RECOMENDACIONES

- ❖ Todo niño con HDA debe ser internado y estudiado.
- ❖ La HD baja con característica de sangrado rectal, deben ser estudiados pero sin carácter de emergencia.
- ❖ En las HD los estudios contrastados son poco útiles para el diagnóstico.
- ❖ La HD baja con característica de melena y/o hematoquezia, excepto en el neonato, descartar divertículo de Meckel.



RECOMENDACIONES

- ❖ Recordar que en los sangrados masivos, la hemorragia de origen alto puede manifestarse como hematoquezia (SE recomienda aspirar el contenido gástrico)
- ❖ Ante un cuadro de HDA o Media, la derivación al especialista debe ser inmediata, no así las bajas que habitualmente no comprometen la volemia.



URGENCIAS ENDOSCOPICAS

GUIAS DE DIAGNOSTICO Y TRATAMIENTO

Comite Nacional de Gastroenterologia Infantil
Sociedad Argentina de Pediatria

Autores :

Coordinación: Dras Ines S Ninomiya y Carolina Riga.

Dres.: Fernando Vinuesa , Gustavo Aliverti , Federico Ussher, Jorge Villarruel , Sofía Paz, José Vásquez, Gustavo Aliverti, María Ángeles Suarez Valdez, Valeria Taire, Lucio González, Jorge Rubin.

Participaron en la Discusión y confección de estas Guías :

Dres.: Iolster Thomas, Andrés Villa de Villafañe, Leonardo De Lillo, Ingrid Waisman, Liberto Daniel.

Comité Nacional de Emergencias y Cuidados Críticos, Comité de Medicina Interna, Comité de Prevención de Lesiones, Asociación Civil Argentina de cirugía infantil Infantil.

MUCHAS GRACIAS!

Dr. Federico Usher

Gastroenterólogo Pediatra

fusser@cas.austral.edu.ar

federico.usher@hospitalitaliano.org.ar