

Hemorragia Digestiva. Decisiones quirúrgicas en situaciones de emergencia



Dr Víctor Defagó



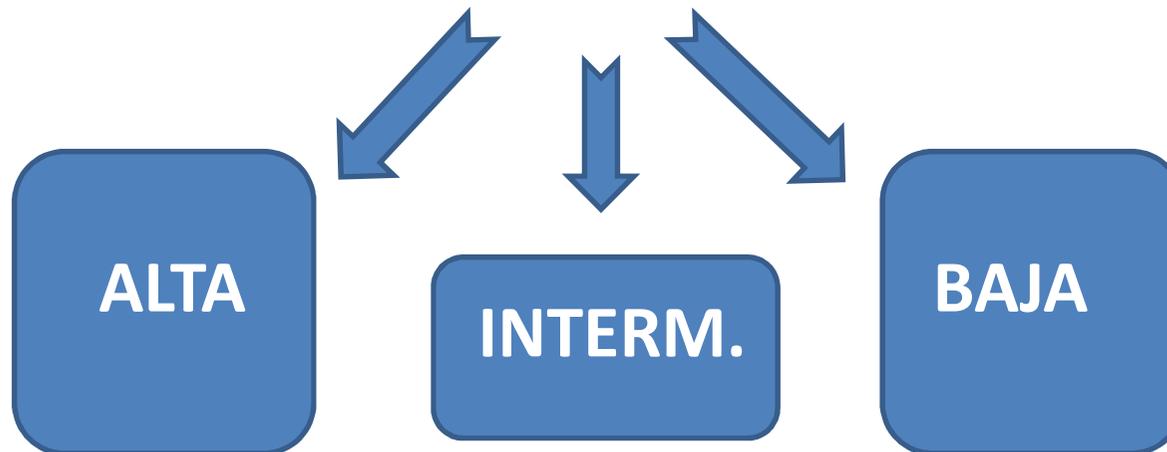
38º Congreso Argentino de Pediatría
Córdoba
27 se Septiembre de 2017

Hemorragia digestiva:

Neonatos

Lactantes 1 a 24 meses

Niños de 3 a 15 años



Hemorragia digestiva en Neonatos

ALTA

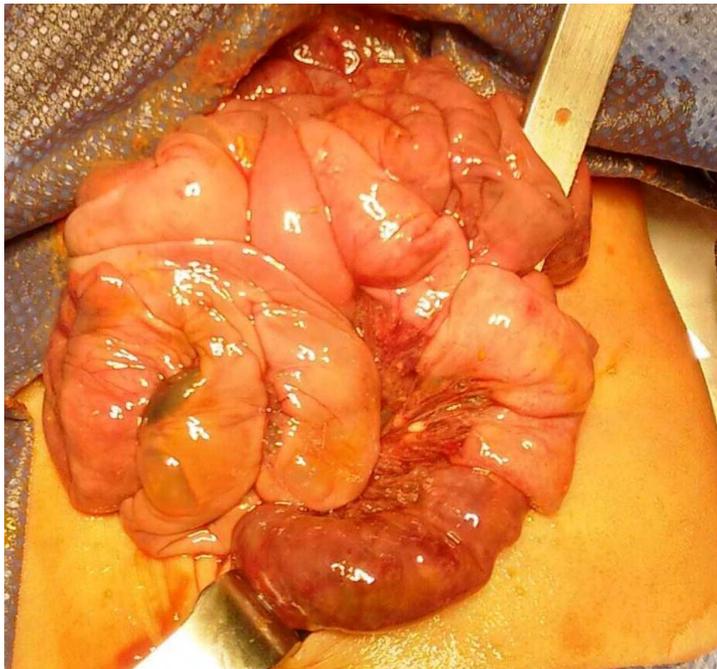
- Enf. Hemolítica del RN
- Sangre ingerida
- Gastritis
- Malf. Arterio-venosa

BAJA

- Fisura Anal
- Malf. Arterio-venosa
- **NEC** →
- **Vólvulo** →

NEC

- Emergencia Qx. más frecuente y grave en RN.
- Estadío I: Sospecha. Sangre oculta.
- Estadío II: Sangre oculta/ Hemorragia severa.
- Estadío III: Deterioro-shock. Hem. importante.



NEC

- Hemorragia rectal: 85%
- Sangrado importante: 25 -65%
- Hemorragia masiva : Rara

Hemorragia: pobre VPP (50%)

Hemorragia tardía: 5 a 13 años (úlceras).

Resección y probable recidiva.

Vólvulo de intestino medio (agudo)

Primeros meses de vida

- Comienzo súbito. Vómitos biliosos.
- Vaciamiento colónico. Abdomen excavado.
- Compromiso vascular.
- Hemorragia intraluminal



recto



Hemorragia digestiva en Lactantes

ALTA

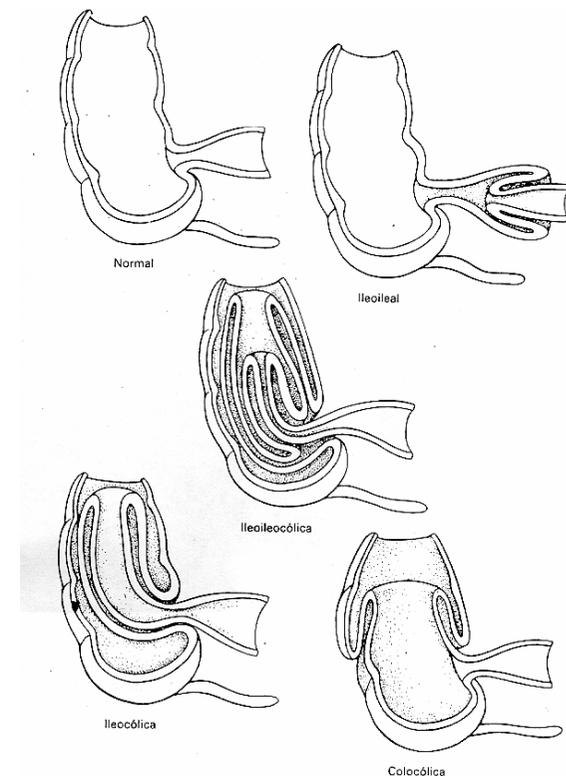
- Esofagitis
- Gastritis
- Estenosis H. de píloro
- Úlcera péptica !!!

BAJA

- Fisura anal
- Alergia alimenticia
- Duplicación intestinal
- **Invaginación intestinal** →
- **Divertículo de Meckel** →

Invaginación Intestinal

- Introducción del mesenterio
- Angulación de vasos y compresión venosa
- Edema local, congestión, estasis
- Secreción de moco y sangre.
- **Heces en jalea de grosella**
- Isquemia - necrosis



Invaginación Intestinal

- Dos síntomas:

Dolor abdominal

Vómitos



- Dos signos:

Masa abdominal

Hemorragia rectal (50-60%)



Divertículo de Meckel

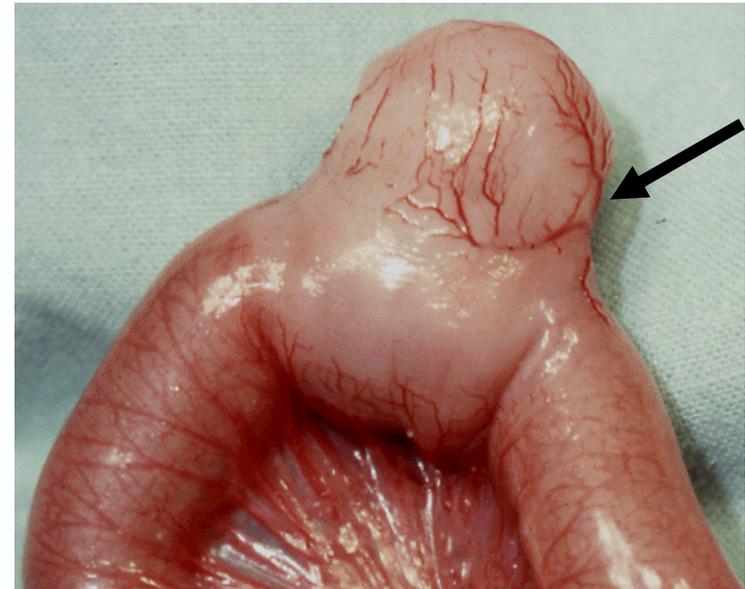
- Complicaciones 4,2 al 6,8%.
- Síntomas /signos más frecuentes:

Hemorragia

Inflamación

Obstrucción

- Presencia de mucosa gástrica.
- Úlceras muy pequeñas.
- 50% de las hemorragias bajas.
- Es indolora, silenciosa y masiva.
- **Color rojo brillante o ladrillo.**



Hemorragia digestiva en Niños mayores de 2 años

ALTA

- Malf. Vasc (3-5)
- Mallory-Weiss (3-5)
- **Varices esofágicas**
- **Úlcera péptica** →

Úlcera péptica

**Perforación
Obstrucción
Dolor intratable**

**Hemorragia Masiva
45% Volemia**

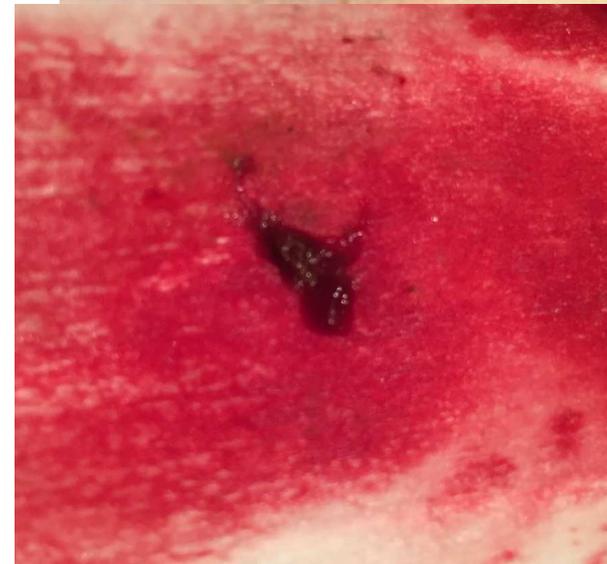
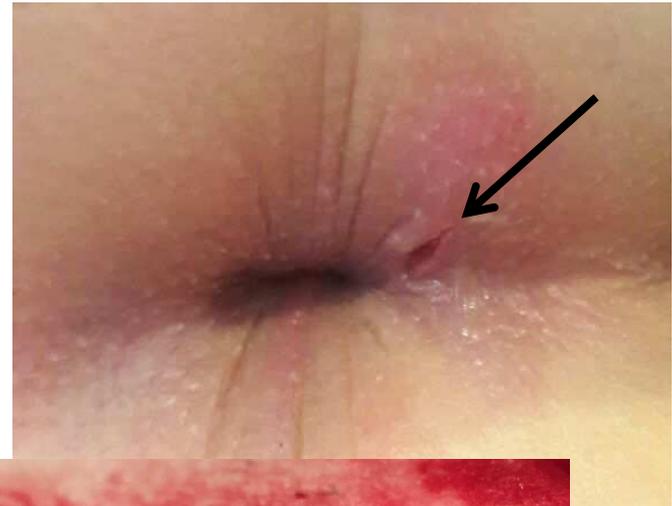
**Intervencionismo
Cirugía**

**No hay recuperación sin
intervencionismo/cirugía cuando la pérdida es
mayor al 60% de la volemia en 24 hs**

Hemorragia digestiva en Niños mayores de 2 años

BAJA

- Diarrea infecciosa
- Hiperplasia D. Nodular (3-5)
- Fisura anal
- Hemorroides - Duplicaciones
- Malf. Vasculares - Angiomas
- Colitis pseudomembranosa
- EII
- **Divertículo de Meckel**
- **Pólipos** →



Pólipos Juveniles (aislados)

- 80% de los pólipos infantiles (hamartomas).
- Pico incidencia 3 – 5 años.
- 50% casos solitarios, pedunculados.
- Muchos se autoamputan.
- ***Hemorragia en el 93% de los casos.***
- 40% se localizan en el recto.
- Tratamiento: colonoscopia y resección .

Otras Poliposis

- Poliposis Juvenil Difusa de la lactancia : pan intestinal: resección quirúrgica. Fatal
- Poliposis juvenil difusa: polipectomía y resección segmentaria.
- Poliposis Juvenil Poli: polipectomía y resección segmentaria.
- S. de Peutz Jeghers: Hamartomas. Laparotomía enteroscópica.
- Poliposis adenomatosa familiar: Colectomía, mucosectomía rectal con anastomosis ileo-anal.

Las Hemorragias no son de gran magnitud y responden a un componente inflamatorio.

Caso 1

Niña de 12 años

Anteced.: gastritis, epigastralgia y vómitos por 10 días.

Ex. físico: Decaimiento, astenia, coluria. Punto cóstico +.

Ecografía: Colelitiasis con dilat. VB intra y extra hepática.
Lito de 5,9mm . Cond. colédoco de 10,8mm.

Trat: Colecistectomía + colangio. intraoperatoria. Alta

Reingreso: a las 48 hs por dolor abdominal, vómitos y coluria:

ERCP + papilotomía + extracción de lito.

48hs: vómitos porráceos y melena. Hematoquezia

Endoscopia: hemorragia en borde de papila mayor.
Colocación de clip metálico. Alta

Caso 2

- Niño de 2 años con cuerpo extraño (moneda) atascado en esófago inferior.
- Extracción de moneda con esofagoscopio rígido provocando perforación esofágica que se reparó. Drenaje, ATB y alta sin complicaciones.
- A los 2 meses: reingresa con cuadro de HDA: Hematemesis y descompensación clínica.
- Endoscopía : salida de sangre con cada bombeo cardíaco a nivel de vieja lesión esofágica.
- Sospecha: fístula aorto-esofágica. Se reparó. Alta.
- A los 2 meses, reingreso a Emergencia con HDA Masiva → Toracotomía → PCR.



**Muchas
Gracias**