
CASO CLINICO

*Hemorragia digestiva asociada a *Helicobacter pylori* en lactantes menores de 6 meses.*

Helicobacter pylori and gastrointestinal hemorrhagia

Drs.: Nelson Ramirez R.*, Indhira Alparo H.**

Resumen

Presentamos los casos clínicos de dos lactantes menores, de 5 y 3 meses de edad respectivamente; quienes fueron atendidos en el Hospital del Niño "Dr. Ovidio Aliaga Uría" por hemorragia digestiva alta asociada a enfermedad ulceropéptica por *Helicobacter pylori*.

Palabras Claves

Rev Soc Bol Ped 2006; 45 (1): 24-6: hemorragia digestiva, enfermedad ulceropéptica, *helicobacter pylori*.

Abstract

We report two unusual cases of upper gastrointestinal bleeding associated to *Helicobacter pylori* infection in infants younger than 6 months, in the Hospital del Niño "Dr. Ovidio Aliaga Uría" La Paz - Bolivia.

Key Words

Rev Soc Bol Ped 2006; 45 (1): 24-6: children, gastrointestinal bleeding, *helicobacter pylori*, gastritis.

Introducción

La hemorragia digestiva en niños se puede presentar en diferentes niveles del tubo gastrointestinal, siendo dividida en alta y baja, tomando como referencia al ángulo de Treitz de la unión duodeno yeyunal¹⁻⁵.

El origen de la hemorragia digestiva es variable y depende del grupo etario y la enfermedad ulcero péptica primaria asociada a *Helicobacter pylori*, debe ser considerada en niños. El servicio de gastroenterología del Hospital del Niño "Dr. Ovidio Aliaga Uría" de La Paz, con frecuencia recibe pacientes con datos de sangrado gastrointestinal activo, pero no es frecuente la ocurrencia de estos cuadros en lactantes.

A continuación se presentan dos casos de hemorragia digestiva alta asociada a enfermedad ulceropéptica por *Helicobacter pylori*, atendidos en el Hospital del Niño.

Caso clínico # 1

Lactante femenino de 5 meses de edad que ingresó al servicio en octubre de 2001, con antecedentes de 5 días de evolución caracterizado por deposiciones con estrías de sangre, sin otros datos clínicos de importancia, ni antecedentes patológicos.

En el examen físico de ingreso se destacó solamente piel y mucosas ligeramente pálidas, sin otros hallazgos anormales. Ingresó con los diagnósticos de: hemorragia digestiva alta?, disentería? y anemia.

Durante su internación presentó ocasionalmente deposiciones con estrías de sangre.

El hemograma fue normal y la esófago-gastro-duodenoscopia fue compatible con una gastritis erosiva aguda.

Se indicó tratamiento con Ranitidina, manifestando una mejoría clínica aparente; pero dos meses después fue hospitalizada nuevamente por episodios de sangrado digestivo, hematoquezia y vómitos

* Jefe del Servicio de Gastroenterología – Hospital del Niño "Dr. Ovidio Aliaga U."

** Pediatra Gastroenterólogo – Hospital del Niño "Dr. Ovidio Aliaga U."

Artículo recibido 14/2/06, fue aprobado para publicación 20/4/06

sanguinolentos. Se realizó nuevo estudio de esófago-gastro-duodenoscopia y se observó una úlcera de cuerpo gástrico con gastritis hiperémica focalizada, ver figura # 1. La biopsia de antro gástrico y duodeno informó gastritis crónica superficial erosiva y activa, con *Helicobacter pylori* positivo.

El tratamiento empleado fue triasociado utilizando: omeprazol, amoxicilina y claritromicina siendo la evolución clínica favorable.

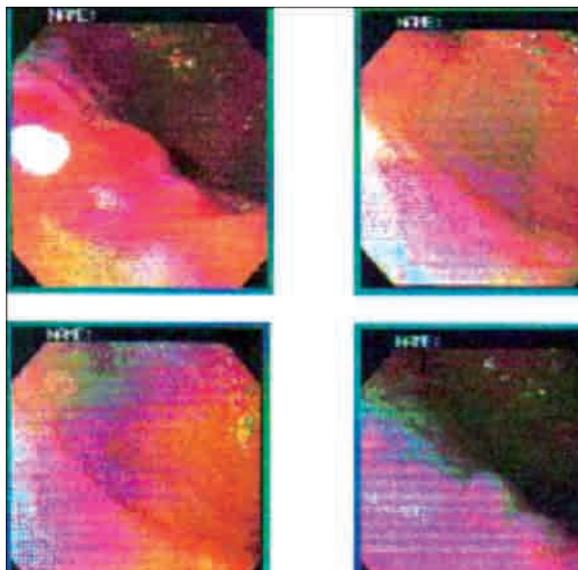


Figura # 1. Esofago-gastro duodenoscopia con hallazgo de sangrado activo y nodulaciones antrales.

Caso clínico # 2

Lactante femenino de 3 meses de edad que ingresó en septiembre de 2005 por un cuadro clínico caracterizado por vómitos sanguinolentos de 6 días de evolución con frecuencia aproximada de 3 por día y sin otros datos clínicos relevantes, ni patológicos. En el examen físico de ingreso destacó: paciente activa, reactiva, febril (T. rectal 38 °C.) piel y mucosas ligeramente pálidas e hidratada. El resto del examen clínico sin hallazgos patológicos. La valoración nutricional fue: Peso: 4.600 kg, talla 53cm. P/T <-1DE, T/E >M, P/E <-1DE. Ingresó con los diagnósticos de: hemorragia digestiva alta, reflujo gastroesofágico probable e IRA sin neumonía (Resfrío común).

Durante su internación presentó vómitos de contenido lácteo que alternaron con vómitos de contenido hemático.

Los resultados de las pruebas básicas de laboratorio fueron: Hto 33%, GB 6.800 (S 42, E 1, L 56, Plaquetas normales), Na 138 mEq/L, K 4,5 mEq/L, Ac IgA anti-*Helicobacter pylori* (EIA) fue negativo.

Se realizó esófago-gastro-duodenoscopia donde se observó una gastritis difusa erosiva de etiología no determinada y duodenitis nodular, ver figura # 2. La biopsia de antro gástrico y duodeno indicó una úlcera péptica activa asociada a gastritis crónica superficial erosiva con *Helicobacter pylori* positivo y duodenitis crónica inespecífica.

El diagnóstico de egreso fue hemorragia digestiva alta secundaria a gastritis por *Helicobacter pylori*.



Figura # 2. Esofago-gastro-duodenoscopia con hallazgo de gastritis nodular antral y duodenitis.

El tratamiento empleado fue un esquema tetrasociado con bismuto coloidal, ranitidina, claritromicina y amoxicilina; se eligió este esquema terapéutico debido a la dificultad para el empleo de bloqueadores de bomba de protones y por su presentación farmacológica no adecuada para este caso. La evolución fue favorable sin registro de nuevos episodios de sangrado con seguimiento ambulatorio.

Discusión

La hemorragia digestiva en el lactante es poco frecuente y es a su vez un evento inusual, por estos motivos merece atención especializada para determinar su verdadero origen y respectivo tratamiento.

El lactante menor puede presentar hemorragia digestiva alta secundaria a: úlceras duodenales, úlceras gástricas, erosiones gástricas y petequias

gástricas por estrés; esofagitis; Síndrome de Mallory Weiss, Síndrome de Dieulafoy y enfermedad hemorrágica del recién nacido^{4,7}.

Resulta inusual la presencia de sangrado gastrointestinal en etapa de la lactancia temprana sin embargo es menos frecuente considerar inicialmente como etiología del sangrado a la infección por *Helicobacter pylori*; no existen publicaciones en la literatura médica en este grupo etario y se debe considerar además que la seroconversión ocurre en edades posteriores⁴. En un estudio realizado en población rural de Santa Cruz - Bolivia en menores de 6 años muestra rangos de seroconversión anual de 18%, evento que ocurre entre los 2 y 3 años de edad, con sero-incidencia anual de 8% y 26% respectivamente⁸.

Referencias

1. Ahmed N, Sechi L. Review Helicobacter pylori and gastroduodenal pathology. New thralls of the old friend. *Annals of clinical microbiology and antimicrobials* 2005;4:2-10.
2. Bytzer P, Morain C. Treatment of Helicobacter pylori. *Helicobacter* 2005;10:40-6.
3. Ortiz-Godoy A, Ribeiro M, Borges Y, Vitiello L, Carvalho M. Analysis of antimicrobial susceptibility and virulence factors in Helicobacter pylori clinical isolates. *BMC Gastroenterology* 2003;3:4-6.
4. Rowland M, Daly L, Vaghan M, Higgins A, Bourke B. Age specific incidence of Helicobacter pylori. *Gastroenterology* 2006;130:65-72.
5. Elitsur Y, Yahar J. Helicobacter pylori Infection in Pediatrics. *Helicobacter* 2005;10:47-53.
6. Feeman M. Value of stigmata in decision making in gastrointestinal hemorrhagia. *Baillieres Clinical Gastroenterology* 2000;14:411-25.
7. Calabuig M. Hemorragia digestiva alta, protocolo diagnóstico y terapéutico. *An Esp Pediatr* 2002;57:466-79.
8. Glynn MK, Friedman CR, Gold BD, Khanna B, Hutwagner L, et al. Seroincidence of Helicobacter pylori infection in a Cohort of Rural Bolivian Children: Acquisition and Analysis of possible risk factors. *CID* 2002;35:1059-65.