
CASO CLINICO

Hemorragia tardía del recién nacido, a propósito de un caso

Late form of hemorrhagic disease of newborn. A case report

Drs.: Edgar Rocha Ortuño*, Manuel A. Monroy Delgado, Martha Rocha Fuentes*****

Resumen

La hemorragia tardía del recién nacido es una entidad poco conocida, razón por la cual presentamos el caso de un lactante de 2 meses internado en el Centro de Pediatría Albina R. de Patiño, con el diagnóstico de hemorragia tardía del recién nacido. La importancia radica en las complicaciones que lleva este padecimiento y que es una enfermedad prevenible con la administración de 1 mg de vitamina K intramuscular al recién nacido.

Palabras claves:

Rev Soc Bol Ped 2008; 47 (3): 163-5: hemorragia tardía, recién nacido, vitamina K.

Abstract

The *Late Hemorrhage of the newborn* is a little known entity, which is why we present the case of an infant of 2 months admitted at the Pediatric Center Albina R Patiño, with the late diagnostic of *Late Hemorrhage of the newborn*. The importance lies in the complications that this entity brings and is a disease that is preventable with the administration of 1 mg of vitamin K intramuscular in the newborn.

Key words:

Rev Soc Bol Ped 2008; 47 (3): 163-5: late hemorrhage, newborn, vitamin K.

Introducción

La hemorragia tardía del recién nacido es una entidad muy poco conocida y que puede tener manifestaciones graves y dramáticas. Se puede prevenir con la administración de vitamina K como parte del manejo del recién nacido¹⁻⁵. Sin embargo se describe en la literatura que esta patología puede presentarse en 0,25 casos por 100.000 infantes que reciben profilaxis de vitamina K¹.

En el presente artículo reportamos el caso de un lactante de 2 meses de edad que ingresó al servicio del Centro de pediatría Albina R. de Patiño con el diagnóstico principal de hemorragia tardía del recién nacido cuya evolución tuvo varias complicaciones.

Caso clínico

Lactante menor masculino de 2 meses y 4 días de vida, que acudió a consulta de emergencia por un cuadro clínico de 21 días de evolución caracterizado por deposiciones líquidas amarillo verdosas con mucosidad sin sangre en número de más o menos 5 al día y un día antes a su ingreso incrementó la frecuencia de las deposiciones y se agregan estrías de sangre; por este motivo acudió a médico general quien prescribe: ampicilina, paracetamol, propinox clorhidrato y maleato de clorfeniramina y por la noche, se torna irritable, con llanto intenso y continuo, presenta rigidez de cuello y dorso y epistaxis. Ante la persistencia de llanto e irritabilidad acude al ser-

** Pediatra. Médico de guardia. Centro Pediátrico Albina R de Patiño. Cochabamba

** Pediatra. Cuidados intensivos pediátricos. Centro Pediátrico Albina R de Patiño. Cochabamba

*** Médico cirujano. Residente de gineco-obstetricia. Hospital Materno Infantil German Urquidí. Cochabamba

Artículo recibido 20/7/08 y fue aceptado 10/10/08

vicio de emergencia del centro de pediatría Albina R. de Patiño, donde se hospitaliza.

Antecedentes: embarazo sin complicaciones, parto cesárea por distocia de presentación a las 38 semanas de gestación, recibió vitamina K al nacer, peso nacimiento: 3.200 g y talla de nacimiento: 50 cm. Alimentación: lactancia materna exclusiva.

Al examen de ingreso destacó: irritabilidad, fiebre (38,8°C rectal), palidez mucocutánea, respiración de Kusmaul, signos de deshidratación moderada, fontanela abombada y tensa, cuello con rigidez de nuca, signo de Kernig positivo y Brudzinsky negativo.

Los diagnósticos de ingreso fueron: sepsis secundaria a meningitis y gastroenteritis, deshidratación moderada y acidosis metabólica secundaria y anemia.

En los exámenes de laboratorio destacan: hemoglobina: 6,53 g/dl, glóbulos blancos: 24.700 por mm³ con 46% de segmentados, plaquetas 619.000 mm³, proteína C reactiva 4.8 mg/dl, líquido cefalorraquídeo sanguinolento (LCR) con proteínas 502,3 mg/dl, glucosa 46,7 mg/dl, leucocitos 5 por mm³ y eritrocitos 13.2000 por mm³. Uroanálisis con hematuria microscópica. Tiempo de protombina (TP) y tiempo parcial de tromboplastina (TPTa) prolongados. Resto de los exámenes dentro de parámetros normales.

En las horas siguientes a su ingreso, se evidenció un sangrado profuso por los lugares de venopunción y presentó signos de choque hipovolémico, por lo que recibió solución fisiológica, sangre y plasma fresco congelado. Por una probable sepsis se inició cefotaxima, que se discontinuó al séptimo día cuando se recibió el cultivo del LCR y hemocultivo negativos.

El primer día de internación presentó convulsión tónico clónico generalizada por lo que se sospechó en una hemorragia intracerebral; la ecografía transfontanelar mostró una hemorragia intraventricular grado III y en tomografía axial computarizada de

cráneo se vio una hemorragia parenquimatosa frontotemporal derecha y subaracnoidea en surco interhemisférico posterior, que provoca un efecto de masa y asimetría ventricular con dilatación del lado izquierdo.

El TP y TPTa se normalizaron luego de la administración de vitamina K y plasma fresco congelado y la anemia se corrigió con transfusiones sanguíneas. El paciente evolucionó favorablemente, no volvió a presentar convulsiones y el control ecográfico al cuarto día mostró disminución del sangrado a nivel de matriz germinal y fue dado de alta en buenas condiciones generales con el diagnóstico de hemorragia intracerebral e intraventricular secundario una enfermedad hemorrágica del recién nacido por deficiencia de vitamina K, tardía.

Discusión

La enfermedad hemorrágica del recién nacido por deficiencia de vitamina K se refiere a cualquier sangrado en niños menores de 12 semanas de edad²⁻⁵. La vitamina K actúa sobre los precursores de los factores II, VII, IX y X para generar procoagulantes activos. Los recién nacidos normales tienen niveles bajos de las proteínas precursoras al momento de nacer³.

La Enfermedad hemorrágica del recién nacido (EHRN) por deficiencia de vitamina K se clasifica en: temprana, clásica y tardía^{2,4}. La EHRN temprana ocurre en las primeras 24 horas de vida y se presenta en hijos de madres que están recibiendo medicamentos que interfieren con el metabolismo de la vitamina K como algunos anticoagulantes orales warfarina, anticonvulsivantes como fenitoína o fenobarbital o antifímicos como rifampicina e isoniazida^{2,4}. La EHRN Clásica se presenta en la primera semana de vida, mas frecuentemente en el segundo o tercer día y se manifiesta con equimosis, sangrado umbilical o tubo digestivo¹⁻⁴. La EHRN Tardía (EHRNT) se presenta en lactantes previamente sanos entre la segunda a décima segunda semana de

edad y puede presentarse en la mitad de los casos con hemorragia cerebral súbita^{1,2,4}.

La deficiencia de vitamina K en la EHRNT se desarrolla con mayor frecuencia en niños alimentados exclusivamente con lactancia materna exclusiva, ya que el aporte de la vitamina K es casi nulo en la leche materna, además influyen otros factores como diarrea persistente, fibrosis quística, función hepática alterada con colestasis, disminución en la absorción, intoxicación o infección hepática^{1,2,4}.

La frecuencia de EHRNT varía de 4,4 a 7,2 por 100.000 nacimientos en Europa y Asia pero en países menos desarrollados se desconoce la incidencia real y se espera que sea mayor por su relación con la falta de asistencia médica en el parto, en zonas rurales donde son atendidos por parteras empíricas y no reciben profilaxis con vitamina K^{2,5}.

En el estudio realizado en el Hospital del Niño Morelense de México¹, en 46 lactantes con diagnóstico de enfermedad hemorrágica tardía del recién nacido, los signos y síntomas más frecuentes fueron: irritabilidad, palidez mucocutánea, fontanela anterior abombada, vómitos, convulsiones, sangrado de mucosas (nasal, paladar, conjuntivas) y en los sitios de venopunción, como el caso de nuestro paciente.

El tratamiento de los niños con deficiencia de vitamina K es la administración de vitamina K y simultáneamente plasma o concentrados de factor IX⁴.

La importancia de la EHRNT radica en las consecuencias graves y fatales secundarias a hemorragias del sistema nervioso central^{1,2,4}.

Los requerimientos de vitamina K en lactantes de 0 a 6 meses es de 5 mg y la leche materna contiene bajos niveles de vitamina K de 1 a 3 µg/litro, que no cubren esos requerimiento y por ello puede ocurrir una EHRNT. En razón de ello, el comité de expertos de la Academia Americana de Pediatría recomienda la administración de vitamina K₁ intramuscular en dosis de 0,5 a 1 mg, a todos los recién nacidos⁵.

Referencias

1. Newton SOA, Basurto CG, Richardson MC, Belkind GJ. Resurgimiento de enfermedad hemorrágica del recién nacido. Implicaciones para su prevención. Salud Pública Mex 2002;44:57-9.
2. Palacios BB. Hemorragia tardía del recién nacido. Archivos de investigación pediátrica de México 2001;4:8-11.
3. Shannon K, Phibbs R. Problemas hematológicos. En: Klaus, Fanaroff, eds. Cuidados intensivos del recién nacido. 5ª ed. México: Mac Graw Hill; 2002.p.501-2.
4. Natal A, Javier G, Coroleu W, Bel J. Síndromes hemorrágicos en el recién nacido. An Esp Pediatr / publicación periódica en línea / disponible en: <http://www.aeped.es/protocolos/neonatologia/sdr-hemorragico.pdf>
5. Committee on Fetus and Newborn. Controversies concerning vitamin k and the newborn. Pediatrics 2003;112:191-2.