

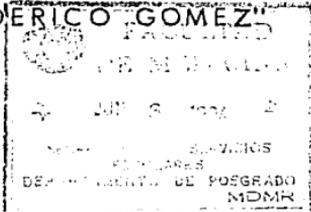
11237

121
Zeje.



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE MEXICO

HOSPITAL INFANTIL DE MEXICO
"FEDERICO GOMEZ"



SANGRADO DE TUBO DIGESTIVO EN EL ADOLESCENTE PRESENTACION DE CASO CLINICO Y REVISION DE LA LITERATURA

TESIS PROFESIONAL
QUE PARA OBTENER EL TITULO DE:
P E D I A T R A
P R E S E N T A
ADRIAN NICOLAS PAREDES FLORES



TESIS CON FALLA DE ORIGEN

Director de Tesis:
DRA. ENRIQUETA SUMANO AVENDAÑO



MEXICO, D. F.

SUBDIRECCION DE ENSEÑANZA

1994



Universidad Nacional
Autónoma de México



UNAM – Dirección General de Bibliotecas Tesis Digitales Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS © PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

Todo el material contenido en esta tesis está protegido por la Ley Federal del Derecho de Autor (LFDA) de los Estados Unidos Mexicanos (México).

El uso de imágenes, fragmentos de videos, y demás material que sea objeto de protección de los derechos de autor, será exclusivamente para fines educativos e informativos y deberá citar la fuente donde la obtuvo mencionando el autor o autores. Cualquier uso distinto como el lucro, reproducción, edición o modificación, será perseguido y sancionado por el respectivo titular de los Derechos de Autor.

A MIS PADRES:
CON PROFUNDO AMOR,
YA QUE SIN SU APOYO INCONDICIONAL_
NO HUBIERA SIDO POSIBLE REALIZARME
COMO PROFESIONISTA POR QUE ELLOS -
ME HAN ENSEÑADO EL CAMINO EN QUE -
EL ESTUDIO Y EL TRABAJO SON LOS ME
DIOS PARA LLEGAR A LA META DESEADA.

A ANGELICA, QUE CON SU -
GRAN PACIENCIA Y AMOR HA
SEGUIDO FIELMENTE MI CA-
MINO, MOTIVANDOME A - -
SEGUIR ADELANTE PARA --
CULMINAR UN SUEÑO.

A LA DOCTORA SUMANO
POR SU VALISO TIEMPO Y AYUDA
EN LA REALIZACION DE ESTE --
TRABAJO.

A TODA LA NIÑEZ
CON PROFUNDO RESPETO Y ADMIRACION
YA QUE SU PROPIO DOLOR ME HA BRIN
DADO ENSEÑANZA QUE RETRIBUIRE CON
SALUD Y BIENESTAR.

I N D I C E

| | PAGS. |
|-----------------------------------|-------|
| INTRODUCCION..... | 1 |
| JUSTIFICACION..... | 4 |
| OBJETIVOS..... | 5 |
| PRESENTACION DE CASO CLINICO..... | 6 |
| COMENTARIO..... | 11 |
| CONCLUSION..... | 22 |
| SUGERENCIAS..... | 22 |
| BIBLIOGRAFIA..... | 24 |

INTRODUCCION

El sangrado de tubo digestivo es una entidad patológica - relativamente frecuente como causa de consulta tanto para el - pediatra como para el gastroenterólogo. Su presentación no es_ privativa de neonatos o preescolares, aunque la literatura mun_ dial le dá mayor énfasis a estos grupos etareos, el grupo de - adolescentes sufre igualmente por esta patología. (1)

Una posible explicación de ello es que en los grupos de - neonatos, lactantes y preescolares, el sangrado de tubo diges- tivo representa un factor asociado con mortalidad elevada, si- tuación que para el adolescente principalmente es causa de mor_ bilidad más que de mortalidad.

El grupo de adolescentes permanece para la literatura mun_ dial relativamente olvidado, dado que podemos conocer las cau- sas de mortalidad en este grupo como son los accidentes, enfer_ medades degenerativas e infecciosas, sin embargo poco sabemos_ sobre la morbilidad del adolescente, solo se mencionan aspec-- tos de desarrollo, conducta, comportamiento sexual y problemas de abuso de sustancias prohibidas mas no de patología especifi_ ca incluyendo el tema a abordar en la presente revisión. (1, 2)

Las causas de sangrado de tubo digestivo, son diferentes_ en su etiología de acuerdo a la edad en que se presente; en el grupo de neonatos puede ser ocasionado por: deficiencia de vi- tamina K, ingestión de sangre materna, diarrea infecciosa aso-

ciada a septicemia, vólvulos, duplicación intestinal pero la causa más frecuente para este grupo es la enterocolitis necrosante. En el caso de lactantes hasta los 2 años se mencionan como causantes de sangrado de tubo digestivo a las fisuras anales, divertículo de Meckel, colitis por proteínas lácteas, invaginación, úlcera péptica, malformaciones vasculares siendo la causa más frecuente para este grupo la diarrea infecciosa (4,5).

Con respecto a los preescolares y escolares, la diarrea infecciosa continúa siendo de las causas más frecuentes de sangrado de tubo digestivo, además se mencionan los pólipos intestinales, invaginación intestinal, síndrome hemolítico-urémico, úlcera péptica, púrpura de Henoch-Schönlein, colitis ulcerativa y várices esofágicas como predominantes de este grupo (6, 7).

En la etapa de adolescencia, que de acuerdo a la Organización Mundial de la Salud está comprendida entre los diez y 19 años, se mencionan causas tales como la enfermedad inflamatoria del intestino (11), diarrea infecciosa, úlcera péptica, várices esofágicas y pólipos. Las causas menos frecuentes abarcan las fisuras anales, hemorroides, y enfermedades hemorrágicas como el síndrome hemolítico-urémico, la púrpura de Henoch-Schönlein, leucemias, etc. Por otra parte dentro de las causas menos estudiadas de sangrado de tubo digestivo en esta edad -- se refieren a problema de alcoholismo, consumo de drogas, - -

variantes de la conducta sexual como es elhomosexualismo y la_ ingestión de sustancias diversas que como parte de una proble- mática psicológica pueden recurrir en un intento suicida (3).

JUSTIFICACION

Siendo una entidad relativamente frecuente el sangrado de tubo digestivo, la literatura menciona poco al grupo adolescente, por tal motivo, el fundamento del presente trabajo es el efectuar una revisión bibliográfica sobre el tema, partiendo de la base de la presentación de un caso clínico.

Por otra parte la metodología en el abordaje diagnóstico del problema se encuentra poco sistematizado, dado que el instrumental disponible para el estudio del tubo digestivo abarca principalmente Endoscopios pediátricos y de adulto. Así mismo el adolescente representa un grupo especial desde el punto de vista psicológico, por lo que primeramente habrá que situarlo en un contexto determinado, no tratándolo como niño, pero tampoco como adulto, sino como un individuo en período de desarrollo, que necesita de un manejo especial.

El presente trabajo de revisión además propone el abordaje del paciente a través de un flujograma o esquema de toma de decisiones que simplifica la determinación del sitio de sangrado, así como del manejo del mismo.

OBJETIVOS

- Revisión de la literatura para determinar las causas que producen sangrado de tubo digestivo en el grupo de adolescentes en base a sus aspectos etiológicos así como a su frecuencia.
- Elaborar un flujograma o esquema de toma de decisiones en el abordaje diagnóstico del sitio de sangrado del tubo digestivo, así como en el establecimiento de la causa predisponente del mismo.
- Mencionar los métodos diagnósticos determinantes en el abordaje del estudio del sitio de sangrado, así como las pautas_ generales de tratamiento y los lineamientos de prevención.
- Identificar la problemática del adolescente en vista de que_ varias de las causas de sangrado de tubo digestivo se rela--cionan con factores emocionales, de desarrollo y conductua--les que intervienen en la génesis del problema.

PRESENTACION DE CASO CLINICO Y REVISION DE LA LITERATURA

M.V.N., paciente masculino de 14 años de edad, procedente de Tenayuca, Edo. de México.

ANTECEDENTES HEREDO-FAMILIARES: Madre de 32 años sana, - padre de 34 años desempleado, alcohólico, no convive con la - familia desde los 2 meses previos al ingreso del paciente, cu - tro hermanos sanos, abuela paterna diabética bajo control médi - co, abuelo paterno fallecido por infarto agudo al miocardio.

ANTECEDENTES PERSONALES NO PATOLOGICOS: Originario del - Distrito Federal, radica en el Edo. de México, proviene de me- - dio socioeconómico bajo, habitación construida con tabique, - techo de lámina de asbesto, carece de drenaje, cuenta con agua potable y luz eléctrica, negó convivencia con animales.

El paciente es el producto de la Gesta III de embarazo de término, con control prenatal regular, complicado con amenaza_ de parto prematuro al 5o. mes de gestión por caída, manejado _ con reposo y medicamentos no especificados. Parto en medio hog pitalario, trabajo de parto de cuatro hroas, ruptura de membra nas intraparto, eutócico sin datos de hipoxia neonatal. Peso - al nacimiento de 4.200Kg. Se niegan complicaciones dentro del_ período neonatal. Alimentado al seno materno por 18 meses, pos - teriormente leche entera a dilución normal hasta la fecha. -- Ablactado desde los tres meses con papillas de frutas y verdu- ras. Integrado a la dieta familiar al año. Alimentación en el_

momento de ingreso deficiente en calidad y cantidad por pobre ingesta de parte del paciente. Desarrollo Psicomotor: Sosten cefálico: 3/12, sedestación 6/12, bipedestación: 9/12, marcha: 11/12, control de esfínteres: 18 meses. Acude al segundo año de secundaria con regular aprovechamiento escolar.

ANTECEDENTES PERSONALES PATOLOGICOS: Sarampión a los cuatro años, Parotiditis a los diez años. Niega antecedentes traumáticos de importancia, quirúrgicos, transfusionales. Inmunizaciones: completas.

PADECIMIENTO ACTUAL: Referido de 5 meses de evolución -- con: DOLOR ABDOMINAL: De tipo ardoroso, difuso, sin predominio de horario intermitente, sin ritmo ni periodicidad, con exacerbaciones y remisiones espontáneas. De tres meses a la fecha de ingreso intensidad había ido en incremento progresivo tendiendo a localizarse en epigastrio; VOMITO: 5 meses de evolución -- de contenido gástrico, postprandial inmediato, los primeros -- dos meses se refiere de aparición intermitente. De tres meses a la fecha se refirió diario, precedido de estado nauseoso e -- independiente de la ingesta alimenticia. ATAQUE AL ESTADO GENERAL: De dos meses de evolución caracterizado por astenia, adinamia, hiporexia y pérdida de peso en forma progresiva y cuantificada de 12 kg; PALIDEZ: dos meses de evolución de inicio -- en cara con carácter progresivo hasta la fecha de su ingreso; DAIRREA: cinco meses de evolución en número de una -- tres al -- día, aguadas de color negro, se acompañan de moco, por lo que --

se consideraron de tipo melánico dada además la fetidez exacerbada respecto a las evacuaciones habituales en el paciente.

EXPLORACION FISICA: Los datos positivos a su ingreso fueron: peso de 37 kg (Ideal de 41 Kg en la percentila 50), talla 1.57 (Percentil 50), cráneo normal, faringe hiperémica, cuello con adenomegalias cervicales y submaxilares de dos cm de diámetro, así mismo en cadenas ganglionares axilares e inguinales - mismas características. Cardiopulmonar sin compromiso, abdomen sin visceromegalias, peristaltismo presente. Extremidades con disminución evidente tanto del pánfculo adiposo como de la -- masa muscular. Piel con palidez generalizada, neurológicamente íntegro.

Dentro de los exámenes de laboratorio a su ingreso se reporto TP de 39% con TPT de 40.7 seg Vs 32.3 seg del testigo. - Anemia por Hb de 8.8g%, Hto: 29, Leucocitos: 3304 con frotis - con poiquilocitosis, células en lágrima, ovalocitos, y plaquetopenia. La serie esófago gastroduodenal de ingreso solo reportó trabeculación de la mucosa del bulbo duodenal.

Dentro de su evolución y reinterrogando a la madre se refirió que el paciente tenía hábitos de consumo de alcohol y - de tabaco, refiriéndose en cuanto al hábito etílico lo realiza en compañía de sus amigos de igual edad (tanto de escuela como con vecinos), la frecuencia e intensidad no se establece con - exactitud solamente refiriéndose que se verifica de manera ocasional. respecto al hábito tabáquico se refiere por lo menos -

fumando de uno a tres cigarros cada 3er día. El 16-I-89 es -- visto por el Servicio de Hematología por la pancitopenia periferica, sospechando proceso de tipo infección por Virus de la Inmunodeficiencia Humana (SIDA), sin embargo el resultado fue Negativo. Este estudio se solicitó por el antecedente del inicio temprano de la vida sexual activa (No estableciéndose por interrogatorio la persona o personas con quien desarrolló este tipo de actividad). El 19-I-89 se reportó resultado de aspirado de médula ósea encontrándose cambios megaloblásticos y disritropoyéticos en serie mieloide. No encontrándose evidencia de proceso maligno. Se toma ultrasonografía abdominal cuyo reporte es ultrasonografía normal.

El 22-I-89 se establece el diagnóstico de sinusitis maxilar además de otitis media derecha, por lo que maneja con ampicilina a 100mg/k/día por vía parenteral para evitar problema local de irritación. El 24-I-89 se reportan subpoblaciones de linfocitos dentro de límites normales. El 1-II-89 se reportó prueba de Folatos bajos en 3 nanogramos/ml (Nl de 6-10/ng/ml), Vitamina B-12: 150 picogramos/ml (Nl de 150-900pcg/ml). La prueba de Schilling sin factor intrínseco: 6.9, con 10U de Factor Intrínseco 7.4 siendo normal mas de 8.

Con lo anterior se concluye:

ANEMIA MEGALOBLASTICA SECUNDARIA A INGESTA ETILICA.

Así mismo el sangrado de tubo digestivo alto por irritación crónica, condicionaba las manifestaciones de melena y la

deficiente absorción de Vit B-12 condicionó los cambios a nivel de médula ósea y a la pobre absorción de nutrientes condicionando desnutrición.

COMENTARIO

EL paciente del caso clínico citado ingresa por patología referida de cinco meses de evolución por vómito, diarrea, melena ocasionalmente hematemesis y dolor abdominal. Además se encontró pérdida de peso importante con adelgazamiento. Dentro de las causas de sangrado de tubo digestivo para el grupo de adolescentes, se descartaron razonablemente las que por su mayor frecuencia pudieran ser las responsables de la patología dado que no solo se manifestó como un síndrome hemorragiparo con manifestación por aparato digestivo, sino que se apreció repercusión a nivel de médula ósea. esta situación es secundaria a la ingesta etílica referida, que como en el adulto produce anemia megaloblástica por deficiencia de Vitamina B-12 y -- factor intrínseco por efecto directo del alcohol sobre la mucosa gástrica, interfiriendo con los procesos de digestión y absorción (3).

Por otra parte era importante el esclarecimiento de si la actividad sexual del paciente tenía que ver con la sintomatología que motivó su ingreso, llegando a descartarse problema de enfermedad por el virus de la inmunodeficiencia humana.

Por todo lo anterior no sólo fue necesario hacer -- diagnóstico diferencial con las causas conocidas y frecuentes de sangrado de tubo digestivo, sino que teniendo en cuenta las características del ambiente social en que se desenvuelven los adolescentes, se hace necesario tener en cuenta que desde me--

diados de los años 70's se registró un ascenso importante en el consumo de drogas entre los jóvenes, tanto de las consideradas "legales" (alcohol y tabaco), como las ilegales (marihuana, cocaína, heroína, ácido lisérgico, anfetaminas y opiáceos); la incidencia de patología relacionada al consumo de las sustancias mencionadas ha ido en incremento desde esa época, no siendo el sangrado de tubo digestivo la excepción (3,4,7).

Nuestro paciente parte de una problemática importante derivada de una disrupción en la dinámica familiar, propiciada por alcoholismo en el padre.

El adolescente de nuestra época enfrenta dificultades para la aceptación de su propia imagen, así como de adaptación a su medio ambiente familiar y social. Además se espera de él que tome decisiones, forme hábitos y conductas que tendrán repercusión en su vida adulta.

La literatura comunica que el sangrado de tubo digestivo es una situación relativamente común para el grupo de edad pediátrica. Por fortuna la posibilidad de que se trate de algún problema de tipo maligno es muy escasa, a diferencia del adulto en quien se piensa primero en este tipo de etiología para el abordaje del paciente con esta patología (4).

Para diferenciar el sitio de sangrado inicialmente hay que observar las características de la sangre. Si es por hematemesis habrá que observar si es sangre fresca, lo que habla-

ría de sangrado de várices esofágicas. La sangre parcialmente digerida hablaría principalmente de gastritis 6 ulcera péptica, la hematoquezia, hablaría de divertículo de Meckel, mientras - que la rectorragia representaría sangrado por pólipos, fisuras anales, hemorroides y diátesis hemorrágicas (3,4,15,18).

En cuanto a las diferentes causas de sangrado de tubo digestivo en las diversas edades, en el período neonatal; una de las causas de sangrado de tubo digestivo es la enfermedad hemorrágica del recién nacido, dada una deficiencia de factores de la coagulación dependientes de Vitamina K; otras causas son - las fisuras anales, diarrea infecciosa, enfermedad de Hirshprung siendo las causas mas comunes tanto la enterocolitis necrosante como la ingestn de sangre materna (1,4). Cuadro 1.

El sangrado de tubo digestivo en el período que abarca -- desde la lactancia hasta la edad preescolar es representado -- por la diarrea infecciosa como la etiología mas significativa_ en este grupo de edades. Otras entidades importantes son el - Divertículo de Meckel, la invaginación intestinal, y pólipos - (que producen sangrado en menor cantidad). Así mismo las enfer_ medades sistémicas con repercusión a distintos niveles como la Prpora de Henoch-Schnlein o el síndrome hemolítico-urmico_ se manifiestan como sangrado importante a través del recto y - por lo tanto deben de considerarse en el diagnóstico diferen-- cial. Otras causas menos frecuentes son malformaciones vascula_ res, várices esofágicas y úlcera péptica (1,5,6,7), Cuadro 2.

CUADRO 1
CAUSAS DE SANGRADO DE TUBO DIGESTIVO
EN EL PERIODO NEONATAL

CAUSAS FRECUENTES:

- * Deficiencia de vitamina K
- * Ingestión de sangre materna
- * Diarrea infecciosa
- * Enterocolitis Necrosante
- * Enfermedad de Hirshprung

CAUSAS MENOS FRECUENTES:

- * Vólvulus
- * Duplicación intestinal
- * Malformación vascular
- * ULceras de Stress

** Fuente: Hillemeier Craig, Rectal Bleeding in Child hood.
Pediatrics in Review. 5(2) 1983; 35-41.

CUADRO 2
CAUSAS DE SANGRADO DE TUBO DIGESTIVO
EN LACTANTES

CAUSAS FRECUENTES:

- * Fisuras anales
- * Diarrea infecciosa
- * Diverticulo de Meckel
- * Invaginación
- * Alergia a proteínas de la leche
- * Pólipo rectal

CAUSAS MENOS FRECUENTES:

- * Duplicación intestinal
- * Úlcera péptica
- * Malformación vascular

** Fuente: Hillemeier Craig, Rectal Bleeding in Childhood.
Pediatrics in Review. 5(2) 1983; 35-41.

En el grupo de adolescentes, las principales causas de -- sangrado de tubo digestivo se deben a enfermedad inflamatoria_ intestinal, como la enfermedad Crohn o la colitis ulcerativa - (9-14).

Dentro de las causas menos frecuentes se encuentran las - fisuras anales, las hemorroides (6), las discracias sanguíneas como la Púrpura de Henoch-Shöenlein, el síndrome urémico-hemo- lítico (18), leucemias y las causas aún menos conocidas como - responsables de sangrado de tubo digestivo, como son: Alchoh-- lismo, consumo de drogas y variantes en la conducta sexual (1, 4,5). Cuadro 3.

Estas últimas causas revisten un interés especial, prime-- ramente por el desconocimiento general de ser una de las mani- festaciones por el abuso en el consumo de drogas, alcohol y -- por la gran extensión en la variedad de conductas desde el -- punto de vista sexual que originan la patología. Otra razón es que el paciente, motivo de la presentación de la revisión, -- tuvo el origen de su patología en el consumo de alcohol y taba-- co, lo que se consideró fue derivado de la problemática fami-- liar reinante.

En el caso del alcohol, produce incremento en los niveles de gastrina, disminuyendo la secreción de pepsina. Por otra - parte actúa directamente irritando a la mucosa gástrica. Estos efectos conducen a la aparición de gastritis. Así mismo, de --

CUADRO 3
CAUSAS DE SANGRADO DE TUBO DIGESTIVO
EN EL ADOLESCENTE

CAUSAS FRECUENTES:

- * Enfermedad inflamatoria intestinal
- * Diarrea infecciosa
- * Ulcera péptica
- * Várices esofágicas
- * Póipiro rectal

CAUSAS MENOS FRECUENTES:

- * Fisuras anales
- * Hemorroides (Hábitos defecatorios)
- * Síndrome Uremico-Hemolítico
- * Púrpura de Henoch-Schöenlein
- * Leucemias
- * Ingestión de Alcohol
- * Tabaquismo
- * Consumo de drogas
- * Variante en la conducta sexual

*** Fuente: Hillemeier, Craig. Rectal Bleeding in Childhood.
1983. Ped in Review 5(2); 35-51.

manera crónica afecta la función hepática por alteración de -- los múltiples sistemas enzimáticos, incluyendo la función mitocondrial que a la larga originan un cuadro de cirrosis alcohólica que secundariamente origina varices esofágicas y crecimiento de paquetes hemorroidarios secundarios a hipertensión -- porta (6,10).

Aunado al alcoholismo, el consumo del tabaco en nuestro -- paciente conlleva a pensar que por la estimulación ejercida -- sobre los receptores H1 a nivel de fondo gástrico, existió -- hipersecreción de gastrina potenciando el efecto del alcohol -- en la génesis de la gastritis en el paciente (15).

Otros autores abordan el problema enfocándolo desde un -- punto de vista diferente, Vaughan, establece en el grupo de -- adolescentes diversas etiologías para cada manifestación de -- sangrado de tubo digestivo (10). Cuadro 4.

Dentro de las pautas para establecer el diagnóstico del -- origen del sangrado de tubo digestivo se cuenta con estudios -- principalmente de gabinete como son: Radiografías con medio de contraste (simple o doble), empleándolo en estudios como: esofagograma, serie esofagogastroduodenal, tránsito intestinal y colon por enema. De los estudios que emplean radioisótopos -- como el azufre coloidal marcado con Tecnecio 99 o los eritrocitos autólogos marcados con el mismo radioisótopo, han sido de -- gran utilidad en el diagnóstico etiológico del sangrado de tubo digestivo (8,9). Sin embargo el método más aceptado para la --

CUADRO 4
CAUSAS DE SANGRADO DE TUBO DIGESTIVO
EN EL ADOLESCENTE
(HEMATEMESIS)

- * Gastritis medicamentosa
- * Esofagitis
- * Varices esofágicas
- * Úlcera péptica
- * Úlcera de Stress
- * Síndrome de Zollinger-Ellison

(HEMATOQUEZIA Y/O MELENA)

- * Infección intestinal (Viral, Bacteriana, parasitaria)
- * Enfermedad inflamatoria intestinal
- * Úlcera péptica
- * Divertículo de Meckel
- * Pólipo rectal
- * Fisura anal
- * Paquetes hemorroidarios: - Por hábitos intestinales
- Por Hipertensión Portal
- Por hábitos de lectura al
defecar (6).

**ESTA TESIS NO DEBE
SALIR DE LA BIBLIOTECA**

(RECTORRAGIA)

- * Traumatismos
- * Pólipos
- * Infección intestinal
- * Enfermedad inflamatoria intestinal (P. ej. Crohn)
- * Ingestión de anticoagulantes
- * Hepatopatía (Hepatitis fulminante)
- * Síndrome de Reye
- * Corrosión hepática
- * Colitis ulcerativa crónica inespecífica
- * Discrasias Sanguíneas: - Púrpura de Henoch-Schönlein
 - Síndrome hemolítico-urémico
 - Leucemias
 - Anemia aplásica
 - Alteración de la función plaquetaria
- * Factores tumorales: - Pólipos juveniles
 - Poliposis familiar
 - Síndrome Peutz-Jeghers
 - Síndrome de Gardner
 - Hemangiomas intestinales
 - Carcinoma
- * Hipertensión Porta: - Traumática
 - Secundaria a Pancreatitis
 - Por tumores
 - Por cirrosis.

*** Fuente: Hillemeier Craig, Rectal Bleeding in Childhood.
Pediatrics in Review. 5(2) 1983; 35-41.

evaluación del sitio de sangrado a nivel gastrointestinal es - la panendoscopia en cualquiera de sus modalidades, ya sea esofagoscopia, gastroscopia, signoidoscopia, colonoscopia o técnicas combinadas en las que no solamente se puede observar el sitio sangrante sino que se pueden establecer medidas terapéuticas (19-22), y diagnósticas (7,8,26).

La terapéutica del sangrado de tubo digestivo variará de acuerdo a la etiología del mismo según lo mostrado en los cuadros anteriores. Cuando el sangrado sea tan importante que comprometa la vida, las medidas de sostén serán las primordiales en cuanto a administración de volumen con coloides, cristaloides y sangre. Si durante el abordaje diagnóstico se detecta -- alguna causa susceptible de manejo quirúrgico, primeramente se mantendrá estable al paciente para poder decidir su resolución (23-26). En el caso de las fisuras anales es útil la modificación de la dieta para cambiar la consistencia de las evacuaciones sobre el ano. Si el coprocultivo revela la presencia de algún microorganismo patógeno, se proveerá del tratamiento medicamentoso adecuado.

CONCLUSIONES

El sangrado de tubo digestivo es una patología de presentación relativamente frecuente en el grupo de edad adolescente.

En la presente revisión, las causas más frecuentemente -- involucradas en el proceso de sangrado gastrointestinal fueron: enfermedad inflamatoria intestinal y úlcera péptica.

El medio de diagnóstico mas sensible y específico fué la - endoscopia en cualquiera de sus modalidades.

SUGERENCIAS

Establecer programas de atención integral al adolescente - en el cual se investiga mas a fondo la morbilidad de este grupo etareo.

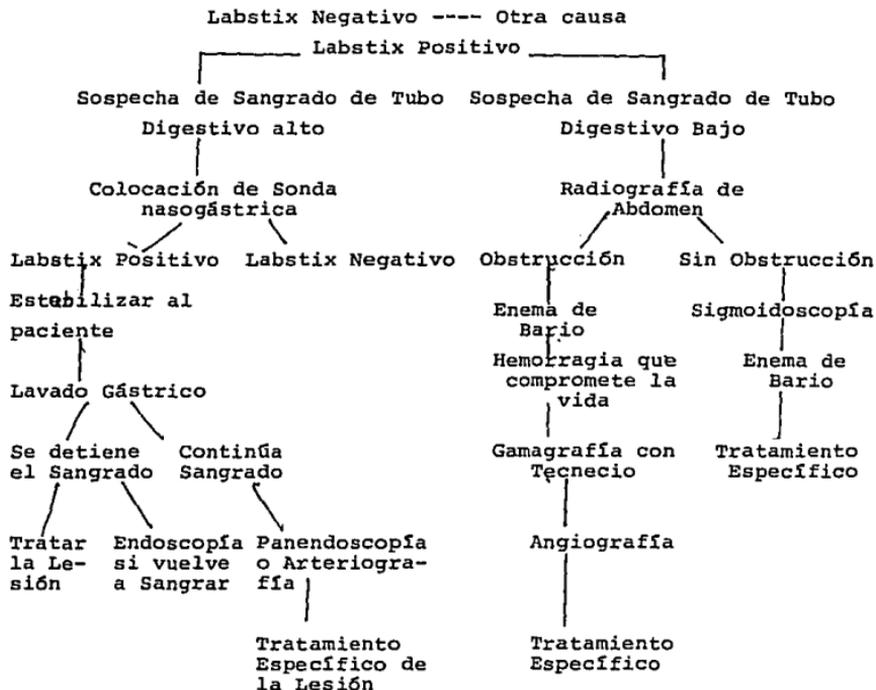
Promover que dentro del Departamento de Adolescentes exista la infraestructura para la captación, abordaje diagnóstico, manejo y resolución de la patología de acuerdo a su origen.

Proponer un esquema de toma de decisiones para el abordaje diagnóstico del sangrado de tubo digestivo en adolescentes. -- Cuadro 5.

CUADRO 5

ESQUEMA DE TOMA DE DECISIONES EN SANGRADO DE TUBO DIGESTIVO

¿ REALMENTE ES SANGRE ?



*** Fuente: Hillemeier Craig, Rectal Bleeding in Childhood.
 Pediatrics in Review. 5(2) 1983; 35-41.

BIBLIOGRAFIA

- 1.- Cox K, y Marvin EA. Upper Gastrointestinal Bleeding in Children and Adolescents. Pediatrics 1979; 63: 408-13.
- 2.- Macdonald DI. Patrones del consumo de drogas y alcohol entre los Adolescentes. Clínicas Pediátricas de Norteamérica 1987; 2: 305-320.
- 3.- Rogers P D, Jeremy H, James J. Alcohol y Adolescencia. Clínicas Pediátricas de Norteamérica. 1987; 2: 321-336.
- 4.- Hillemeier C. Rectal Bleeding in Childhood. Ped in Rev 1983; 5: 35-41.
- 5.- Dent OF. Investigation of rectal bleeding. The Lancet. 1989; 28: 195-197.
- 6.- Dehn TCB, and MGW Kettewell. Haemorrhoids and defaecatory -- habits. The Lancet. 1989; 7: 54-55.
- 7.- Jensen D., Machicado GA. Diagnosis and treatment of severe - hematochezia. Gastroenterology. 1988; 95: 1969-74.
- 8.- Friedman E. Investigation of rectal bleeding. The Lancet. - 1989; 4: 492.
- 9.- Riddlesberger MM. Valoración de vías gastrointestinales en - niños: Tomografía computarizada, Resonancia Magnética nuclear y Gamagrafías. Clínicas pediátricas de Norteamérica. 1988; - 2: 309-314.

- 10.- Behrman RE, Vaughan VC. NELSON Tratado de Pediatría. Edit. Interamericana. 1985 12a. Ed. 951-969.
- 11.- Boley SJ, Brand LJ, Frank ms; severe lower intestinal bleeding: diagnosis and treatment. Clin Gastroenterol. 10; 5: - 1981.
- 12.- Franklin R, Mc Swain B. Juvenile Polyps of the colon and - rectum. Ann Surg. 1972; 175: 887.
- 13.- Grybosky JD: The value of upper gastrointestinal endoscopy in children. Dig Dis Sci. 1981; 26: 179.
- 14.- Gryboski JD, Hillemeier AC. Inflammatory bowel disease in - children. Med Clin North Am. 1980; 64: 1185.
- 15.- Liebman WM. Gastric acid secretion and serum gastrin in - children with recurrent abdominal pain gastric and duode-- nal ulcers. J Clin Gastroenterol. 1980; 2: 243.
- 16.- Luk JB, Byrum TE, Hendrix TR. Gastric aspiration in locali zation of gastrointestinal hemorrhage. JAMA. 1979; 241: 576.
- 17.- Tedesco FJ, Goldstein PD, Gleason WA, E. et al. Upper gas- trointestinal endoscopy in the pediatric patient. Gastroen terology. 1976; 70: 492.
- 18.- Tochen M, Campbell J. Colitis in children with hemolytic-u remic syndrome. J Pediatr Surg. 1977; 12:213.

- 19.- Spencer R: Gastrointestinal Hemorrhage in infancy and childhood: 476 cases. Surgery 1964; 55: 718.
- 20.- Sherman NJ, Clatsworthy HW jr. Gastrointestinal bleeding - in neonates. A study of 94 cases. Surgery. 1967; 62: 614.
- 21.- Christie DK, Ament ME: Upper gastrointestinal fiberoptic - endoscopy in pediatric patients. Gastroenterology. 1977; - 72: 1244.
- 22.- Trenberg JL, Koholer PR. The use of arteriography in the - diagnosis of the origin of acute gastrointestinal hemorrhage in children. Surgery. 1968; 63: 686.
- 23.- Brayton D. Gastrointestinal bleedin of "Unknown origin" - Am J Dis Child. 1964; 107: 288.
- 24.- Colacchio TA, Forde KA, Patsos TJ, Nuñez D. Impact of diagnostic methods on the management of active rectal bleeding Am J Surg. 1982; 143: 607-610.
- 25.- Levy AG, Benson JW, Hewlett EL, et al. Saline lavage: a rapid effective, and acceptable method for Cleansing the gastrointestinal tract. Gastroenterology. 1976; 70: 157-161.
- 26.- Tedesco FJ, Wayne JD, Raskin JB, Morris SJ, et al. Colonoscopic evaluation of rectal bleeding. A Study of 304 patients. Ann Inter Med. 1978; 78: 907-909.