

## EL SANGRAMIENTO RECTAL EN EL NIÑO

INSTITUTO DE GASTROENTEROLOGIA

*Dra. Trini Fragoso\*, Dr. José I. Castro\* y Dr. Eladio Blanco-Rabassa\*\**

Fragoso, T. y otros: *El sangramiento rectal en el niño.*

Se realiza una revisión de las historias clínicas en 25 pacientes atendidos en el Servicio de Pediatría del Instituto de Gastroenterología por sangramiento rectal, en los años comprendidos de 1975 a 1980, a los cuales se les realizó radiología de doble contraste y colonoscopia como métodos diagnósticos, con el fin de precisar factores de interés clínico en los mismos, determinar cual fue la causa más frecuente del sangramiento rectal y precisar además la eficacia de los métodos diagnósticos utilizados. Se analiza que desde el punto de vista clínico, lo más significativo fue la ausencia de anemia importante, así como el hecho de que el 24 % de los pacientes estaban siendo tratados por amebiasis crónica, cuando en realidad la causa del sangramiento era una colitis ulcerativa idiopática en 2 y pólipos en los otros 4 pacientes. Se expresa que la enfermedad de mayor incidencia fue la poliposis (44 %), siguiéndole en orden la colitis ulcerativa (8 %) y la rectitis inespecífica (8 %). Se observa que la radiología de doble contraste fue patológica en 9 pacientes y normal en 16. De estos últimos, en 11 la colonoscopia fue patológica. Igualmente de los 9 casos con estudio radiológico patológico la colonoscopia fue normal en 2 casos para el 8 % de falso-positivos. Estos resultados destacan la superioridad del estudio colonoscópico sobre la radiología en el diagnóstico del sangramiento rectal.

### INTRODUCCION

Hasta hace pocos años, el sangramiento rectal constituía una gran problemática dentro de la práctica pediátrica, ya que los métodos diagnósticos existentes muchas veces resultaban ineficaces para esclarecer la causa de un cuadro sintomático que puede obedecer a múltiples causas, cada una de las cuales tiene medidas terapéuticas y pronósticos diferentes.

En el momento actual, el desarrollo de las técnicas radiológicas<sup>1,2</sup> y de la endoscopia de fibra óptica<sup>3,4</sup> han permitido lograr un mejor enfoque diagnóstico de estos pacientes, de modo que pueda aplicarse la terapéutica adecuada en forma precoz, siendo cada vez menor el número de casos que quedan sin esclarecer su causa.

Dada la importancia del sangramiento rectal en el niño, y considerando que las publicaciones que comparan la eficacia de los métodos diagnósticos son escasas,<sup>3-6</sup> decidimos efectuar una revisión de las historias clínicas de los casos atendidos en nuestro servicio en el período comprendido de enero de 1975 a enero de 1980, en los cuales se emplearon la radiología de doble contraste y la colonoscopia como método diagnóstico con el fin de:

- Precisar los factores de interés clínico en el manejo de estos pacientes.

\* Especialista de II Grado en Gastroenterología.

\*\* Doctor en Ciencias Médicas. Profesor Titular de Pediatría.

- Determinar cuál fue la causa más frecuente del sangramiento rectal en nuestra casuística.
- Precisar la eficacia de los métodos diagnósticos utilizados.

## MATERIAL Y METODO

Se revisaron 25 historias clínicas de pacientes egresados del Servicio de Pediatría del Instituto de Gastroenterología, que presentaban sangramiento rectal, con edades comprendidas entre 1 y 14 años, de ambos sexos, en el período comprendido entre enero de 1975 y enero de 1980, evaluándose en los mismos:

1. Anamnesis, antecedentes patológicos personales y examen físico.
2. Exámenes de laboratorio.
  - Hemograma con diferencial.
  - Coagulograma mínimo completo.
  - Hece fecales seriadas.
  - Coprocultivo en los siguientes medios: Chapman, selenito y Saboureaux.
3. Colon por enema por técnica de Fisher (doble contraste).
4. Colonoscopia.
5. Biopsia dirigida en los casos en que ésta no tenía contraindicación.

## RESULTADOS

De los 25 casos estudiados, 3 estaban comprendidos entre 1 y 4 años, 15 entre 5 y 9 años, y 7 tenían 10 años o más, siendo estos 16 masculinos y 9 femeninos.

Los factores de interés clínico obtenidos en la revisión fueron:

- Seis pacientes estaban siendo tratados por amebiasis crónica como causa del sangramiento.
- No se comprobó palidez cutáneo-mucosa importante en ninguno de los casos.
- El tacto rectal sólo fue positivo en un caso, en el que se detectó una pequeña tumoración a 3 cm de las márgenes del ano.
- En 1 caso se encontraron tumores fibromatosos en piel que hicieron sospechar una poliposis familiar.

En los hemogramas la hemoglobina estuvo siempre por encima de 10 g %; no se observaron alteraciones de importancia en el conteo diferencial.

El coagulograma mínimo, las heces fecales seriadas, así como los coprocultivos en diferentes medios fueron normales.

El colon por enema con técnica de Fisher fue normal en 16 pacientes y patológico en 9. Estos últimos fueron diagnosticados de: poliposis en 6, estenosis de causa no precisada en 2 y colitis ulcerativa idiopática en 1 (tabla 1).

Por su parte, la colonoscopia fue concluida como normal en 7 pacientes y patológica en 18, siendo el diagnóstico de éstos: poliposis en 10, fisura anal en 1, rectitis inespecífica en 2, colitis granulomatosa en 1, colitis ulcerativa idiopática en 2 y colitis inespecífica en 1 (tabla 2).

En 2 de los casos diagnosticados como pólipos en el estudio radiológico, la colonoscopia fue informada como normal, sin presentar evolutivamente más sangramiento, por lo que se consideraron como falso-positivos estos 2 estudios radiológicos. Igualmente, de

los 16 casos con estudio radiológico normal, en 11 se detectó por colonoscopia la causa del sangramiento.

Es de destacar, además, que de los 5 casos normales en el estudio colonoscópico, en 1 se hizo el diagnóstico de poliposis, pues el paciente expulsó antes de la misma una formación redondeada que fue recogida por él y al ser analizada por el patólogo resultó ser un pólipo juvenil.

Tabla 1. Resultado del estudio radiológico de doble contraste

| No. | Resultado  | Diagnóstico   |
|-----|------------|---|
| 16  | Normal     | Normal  |
| 9   | Patológico | Pólipos 6<br>CUI 1<br>Estenosis de causa no precisada 2 |

Tabla 2. Resultado del estudio colonoscópico

| No. | Resultado  | Diagnóstico  |
|-----|------------|--|
| 7   | Normal     | Normal   |
| 18  | Patológico | Pólipos 10<br>CUI 2<br>Colitis inespecífica 1<br>Colitis granulomatosa 1<br>Fisura anal 1<br>Angioma 1 |

En los otros 4 se pudo llegar hasta el ángulo esplénico en 1 y en los restantes se pudo progresar más allá del ángulo hepático, sin encontrar patología.

Ninguno evolutivamente ha mostrado más sangramiento.

El caso concluido por colonoscopia como portador de una colitis granulomatosa, se detectó en el estudio anatomopatológico de la pieza quirúrgica una zigomicosis, la cual macroscópicamente da una imagen indistinguible de la colitis granulomatosa.

En total quedaron sin diagnóstico definitivo 6 pacientes. Los diagnósticos de los restantes fueron:

- Poliposis en 11 (incluyendo un síndrome de Gardner).
- Colitis ulcerativa idiopática en 2.
- Colitis inespecífica en 2.
- Rectitis inespecífica en 2.
- Angioma en 1.
- Fisura anal en 1.
- Zigomicosis del colon en 1.

## DISCUSION

Un hecho destacado en nuestra casuística es que 6 pacientes que presentaron sangramiento rectal estaban siendo tratados por amebiasis crónica, atribuyendo la rectorragia al parasitismo, cuando en realidad la causa del sangramiento era una colitis ulcerativa en 2 y pólipos en 4.

Esto pone en alerta al personal pediátrico, de que ante un sangramiento rectal en que se detecte una amebiasis, sobre todo si no evoluciona favorablemente o recidiva, debe destacarse otra enfermedad causa del mismo, pues vemos en la práctica diaria que el parasitismo es a veces fenómeno concomitante con otras enfermedades orgánicas del colon,

como son las enfermedades inflamatorias del intestino, fundamentalmente la colitis ulcerativa idiopática (CUI).

Es de destacar que en la historia clínica de los pacientes con sangramiento rectal, es importante recoger los antecedentes familiares para determinar la presencia de algunos otros miembros con pólipos intestinales, hemangiomas u otros trastornos de tipo hemorrágico.

Durante el examen físico, la identificación de hemangiomas, tumores cutáneos o manchas pigmentadas, especialmente en torno a los labios, suministran indicios de interés en relación con el origen de la hemorragia intestinal.<sup>1</sup>

Igualmente, el tacto rectal es de gran interés, pues puede ofrecer luz con respecto al diagnóstico, ya que la enfermedad más frecuente es la poliposis, y son muchos asequibles al examen digital, sin embargo, en nuestra casuística, 1 solo caso mostró tacto rectal patológico.

El comportamiento del hemograma indica que el tipo de sangramiento predominante en estos pacientes es el crónico, que es, por lo tanto, mejor tolerado por los pacientes. El colon por enema era hasta hace pocos años el elemento de mayor valor en el estudio del sangramiento rectal, sin embargo, actualmente va perdiendo valor frente a la endoscopia de fibra óptica.

Ciertas áreas del colon y ciertas enfermedades presentan problemas al radiólogo y limitan la confianza que puedan tener sus descubrimientos.

El área de mayor dificultad es, sin dudas, el colon sigmoide, donde puede existir muchas asas de intestino superpuestas.<sup>6</sup>

Entre las enfermedades que presentan problemas también están los pólipos, que pueden ser pasados por alto si son pequeños o pueden ser confundidos por pequeñas masas de heces adherentes.<sup>6</sup>

El empleo de nuevos métodos como es el estudio de doble contraste con bario-aire,<sup>8</sup> así como el empleo de sustancias que modifican la motilidad del intestino<sup>3</sup> han hecho que se obtengan mejores resultados que con el estudio convencional; sin embargo, quedan todavía por debajo de los obtenidos con el estudio colonoscópico.<sup>6-8</sup>

*Ortiz y colaboradores*<sup>7</sup> al estudiar 17 niños con proctorragia recurrente, con diagnóstico definitivo de poliposis, detectaron mediante radiología convencional sólo 8 casos.

*Williams y colaboradores*,<sup>8</sup> con la utilización de la técnica de doble contraste, obtuvieron mejores resultados, sólo se pasó por alto un pólipo de más de 5 mm de diámetro en 94 pacientes sometidos posteriormente a una colonoscopia; en otro grupo de pacientes con distintas enfermedades encontraron el 20 % de anomalías a la colonoscopia en pacientes con estudio radiológico negativo, frente a cifras del 50 % en otros estudios.

Durante el examen de más de 100 pacientes con CUI el mismo autor descubrió que la colonoscopia mas biopsia ha ofrecido una información no disponible con el examen radiológico de doble contraste.

En el 50 % de los casos con CUI activa, el estudio radiológico subestima la extensión de la enfermedad, resultando esta subestimación substancial en el 20 % de los casos.<sup>8</sup> En 7 casos *Williams* demostró una CUI endoscópica con estudio radiológico normal.

Nosotros en nuestra casuística hemos visto también el valor de las colonoscopias sobre el estudio radiológico de doble contraste, pues 11 casos informados radiológicamente como normales, tenían enfermedades a causa del sangramiento que fueron detectadas por colonoscopia.

Existieron además sólo 2 casos falso-positivos al estudio radiológico, pues eran pacientes que presentaron imágenes sospechosas de pólipos y cuyo estudio endoscópico fue normal.

El estudio rectosigmoidoscópico también ha ido perdiendo valor, ya que muchas veces la enfermedad causa del sangramiento se encuentra a un nivel por encima del área que puede explorar el rectosigmoidoscopio, y este fue precisamente el caso de 6 pacientes de nuestro estudio, en los cuales la colonoscopia detectó la existencia de pólipos situados en un área fuera del alcance visual del rectosigmoidospio y que no habían sido diagnosticados tampoco por radiología.

Debemos destacar que la colonoscopia, además de su enorme valor diagnóstico, tiene valor desde el punto de vista terapéutico, pues los pólipos que constituyen la primera causa de sangramiento rectal pueden ser resecados por vía endoscópica, lo cual le evita al paciente el riesgo que comporta la cirugía mayor.

Debe destacarse, además, la alta efectividad diagnóstica de la biopsia dirigida durante el estudio colonoscópico; sin embargo, estuvo por debajo de la colonoscopia, pues la zigomocosis se diagnosticó mediante el análisis de la pieza quirúrgica y en otros casos como en el angioma, por la característica de la lesión, no pudo tomarse biopsia (tabla 3).

Tabla 3. Estudio comparativo de la radiología, colonoscopia y biopsia

| Diagnóstico final     | No. de casos | No. de estudios positivos |              |                  |
|-----------------------|--------------|---------------------------|--------------|------------------|
|                       |              | RX                        | Colonoscopia | Biopsia dirigida |
| Pólipos               | 11           | 6                         | 10           | 11               |
| CUI                   | 2            | 1                         | 2            | 2                |
| Colitis inespecífica  | 1            | —                         | 1            | 1                |
| Rectitis inespecífica | 2            | —                         | 2            | 2                |
| Angioma               | 1            | —                         | 1            | —                |
| Fisura anal           | 1            | —                         | 1            | —                |
| Zigomocosis de colon  | 1            | —                         | —            | —*               |
| Sin diagnóstico       | 6            | —                         | —            | —                |
| Total                 | 25           | 7                         | 17           | 16               |

\* El diagnóstico se realizó por estudio histológico de la pieza quirúrgica.

## SUMMARY

Fragoso, T. et al.: *Rectal bleeding in the child.*

The clinical histories of 25 patients assisted at the Institute of Gastroenterology, Pediatric Service, 1975-1980, because of rectal bleeding are reviewed. Double contrast radiology and colonoscopy were performed to the patients as diagnostic methods in order to determine factors of clinical concern and most frequent cause of rectal bleeding and, in addition, to determine efficacy of diagnostic methods used. From clinical point of view it is analyzed that absence of severe anemia was highly significant, as well as the fact that 24 % of the patients were treated by chronic amebiasis and truly cause

of bleeding was idiopathic ulcerative colitis and polyps in two and four patients, respectively. Disease with highest incidence was polyposis (44 %), followed by ulcerative colitis (8 %) and non specific rectitis (8 %). Double contrast radiology was pathologic in 9 patients and normal in 16. In 11 out of the 16 patients, colonoscopy was pathologic. In the 9 cases with pathologic radiologic study, colonoscopy was normal in two cases, for 8 % false-positive. These results show superiority of colonoscopic study on radiology for the diagnosis of rectal bleeding.

## RÉSUMÉ

Fragoso, T. et al.: *Le saignement rectal chez l'enfant.*

Une revue est faite des dossiers de 25 patients traités dans le Service de Pédiatrie de l'Institut de Gastro-entérologie pour saignement rectal, pendant les années comprises entre 1975 et 1980, et chez lesquels on avait réalisé une radiologie à double contraste et une colonoscopie en tant que méthodes diagnostiques, en vue de préciser des facteurs d'intérêt clinique, de déterminer quelle a été la cause la plus fréquente du saignement rectal et de préciser, en plus, l'efficacité des méthodes diagnostiques utilisées. Sur le plan clinique, le fait le plus significatif a été l'absence d'une anémie importante et que 24 % des malades étaient traités pour amibiase chronique, alors qu'en réalité la cause du saignement était une colite ulcéraire idiopathique (2 malades) et des polypes (4 malades). La maladie la plus fréquente a été la polyposé (44 %), suivie en ordre par la colite ulcéraire (8 %) et la rectite non spécifique (8 %). La radiologie à double contraste a été pathologique chez 9 patients et normale chez 16. Dans ces derniers cas, la colonoscopie a été pathologique chez 11 malades. De même, sur les 9 cas à étude radiologique pathologique, la colonoscopie a été normale chez 2 malades, donc 8 % de résultats faussement positifs. Ces résultats montrent la supériorité de l'étude colonoscopique sur la radiologie dans le diagnostic du saignement rectal.

## BIBLIOGRAFIA

1. Berman, W. F.; Holtzaple: Gastrointestinal Hemorrhage. Symposium on Gastrointestinal and Liver Disease. *Ped Clin North Am* 22(4): 885, Nov., 1975.
2. Hage, H.: Méthode rapide de radiographie du colon en double contraste. Utilization du glucagon. *Arch Fr Mal App Dig* 63: 297, 1974.
3. Spencer, R.: Gastrointestinal hemorrhage in infancy and childhood. *Surgery* 55:718, 1964.
4. Dragadi, A.: Clinical experiences with colonoscopy. *Amer J Gastroenterology* 63: 408, 1975.
5. Paniagua Estévez, M. y cols.: La colonoscopia como método diagnóstico en patología de colon en Pediatría. *Rev Cub Ped* 55: 168, 1983.
6. Alan, C. BB.: Coloscopy in diagnostic problems in the large bowel. *Acta Gastroenterol Belg* 37: 145, 1974.
7. Ortiz, J. y cols.: Pólipos colónicos en la infancia. Diagnóstico y tratamiento por fibrocolonoscopia. XVI International Congress of Pediatrics. Septiembre 8-13, 1980. Barcelona. España.
8. Williams, C. et al.: Coloscopy: a critical comment. *Acta Gastroenterol Belg* 37: 129, 1974.

Recibido: 4 de abril de 1985. Aprobado: 5 de mayo de 1985.

Dra. Trini Fragoso. Instituto de Gastroenterología. Calle 25 entre H e I, Vedado, Ciudad de La Habana Cuba.