

EL NIÑO CON HISTORIA DE SANGRADO: ¿CÓMO APROXIMARNOS AL DIAGNÓSTICO Y MANEJO EN UN CONTEXTO DE APS?

Autor: Dra. Bárbara Couble P. Residente Medicina Familiar PUC

Editor: Dra. Pamela Rojas G. Docente Departamento Medicina Familiar PUC.

Fecha: 17 de Septiembre 2019

RESUMEN PORTADA

El niño que sangra y cómo abordarlo puede ser un verdadero desafío para el Médico Familiar, esto debido a lo frecuente de la consulta por estos síntomas en APS y a lo amplio de sus diagnósticos diferenciales. En este artículo revisaremos su abordaje.

Palabras claves: niño que sangra, diagnóstico, Medicina Familiar, APS.

INTRODUCCIÓN

El niño con historia de sangrado puede ser un real desafío diagnóstico dado el amplio rango de posibles causas ^{1,2,3}. Se estima que entre un 26% a un 45% de los pacientes sanos tienen alguna historia de sangrado mucocutáneo, tales como: epistaxis, equimosis de fácil aparición, o sangrado de encías; mientras que entre un 5-10% de las mujeres en edad reproductiva busca algún tipo de atención médica producto de una metrorragia².

¿CÓMO DIFERENCIAR UN SANGRADO “NORMAL” DE UNO “ANORMAL” EN UN NIÑO? ^{1,2,3,4}

La hemostasia se logra gracias al equilibrio que se produce entre la coagulación y la fibrinólisis, y está compuesta por:

- Hemostasia o coagulación primaria: plaquetas, factor de Von Willebrand y el endotelio.
- Hemostasia o coagulación secundaria: Factores de la coagulación.
- Fibrinolisis: destrucción del coágulo.

Para evaluar un paciente que sangra es importante orientar el estudio clínico y de laboratorio a diferenciar a qué nivel puede estar alterada la hemostasia.

I.HISTORIA MÉDICA:

La anamnesis completa de un niño que sangra debe considerar:

- Edad: La mayoría de las coagulopatías severas se presentan precozmente durante la infancia, siendo tan precoz como el sangrado del muñón del cordón umbilical. Las coagulopatías mínimas o leves pueden no ocasionar síntomas hasta que el niño es más grande o hasta que sea sometido a algún estrés hemostático.

- Sexo: Algunas coagulopatías congénitas ocurren de manera secundaria a mutaciones del cromosoma X. Una historia familiar de sangrado que se limita sólo a los hombres de la familia hace sospechar una coagulopatía congénita ligada al cromosoma X.
- Historia clínica general: existen algunos signos y síntomas que pueden orientar al tratante en relación a la etiología de un sangrado a repetición. Se sugiere buscar dirigidamente clínica que oriente a malignidad, patología hepática o renal, síndromes de malabsorción, infecciones virales previas, sepsis, etc.
- Uso de fármacos: La tabla 1 resumen algunos fármacos que pueden generar sangrado en los niños.

Tabla 1. Fármacos que pueden causar sangrado²

Mecanismo de acción	Fármaco
Anticoagulantes	Heparinas, inhibidores de trombina, cumarínicos.
Inhibidores de la función plaquetaria	Aspirina, AINES, clopidogrel, aceite de pescado, inhibidores de la recaptación de serotonina.
Trombocitopenia	OH, ATB (cefalosporinas, linezolid, nitrofurantoína, penicilina, rifampicina, sulfonamidas, vancomicina), carbamazepina, diuréticos tiazídicos, ácido valproico.
Degradación de colágeno	Cortico esteroideos

Fuente: Elaboración propia a partir de la fuente citada

2. ANTECEDENTES FAMILIARES:

La historia familiar nos puede dar información importante sobre posibles coagulopatías heredables. Al respecto, se sugiere indagar al menos dos generaciones hacia atrás e incluir familiares de segundo grado. La ausencia de antecedentes familiares no descarta la posibilidad de coagulopatía congénita, dado que existen patologías hereditarias cuyas mutaciones pueden ocurrir de novo, genes con penetrancia incompleta o expresión variable.

Historia del sangrado se sugiere buscar dirigidamente antecedentes familiares de:

- Hemofilia
- Enfermedad de Von Willebrand (EVW)
- Desórdenes de la función plaquetaria
- Sangrado con un patrón ligado al X.
- Consanguinidad, dado la posibilidad de expresar coagulopatías de transmisión genética autosómica recesiva.

3. HISTORIA DEL SANGRADO:

La historia del sangrado debe considerar:

- Cronicidad: las coagulopatías adquiridas suelen presentarse de manera aguda, a diferencia de las congénitas, cuyos síntomas pueden estar presentes durante meses o años.
- Proporcionalidad del sangrado frente al estímulo que lo desencadena.
- Síntomas asociados: existen ciertos patrones que orientan hacia diagnósticos compatibles con alteraciones de la hemostasia primaria o secundaria. La tabla 2 resume alguno de estos síntomas.

Tabla 2. Síntomas orientadores a alteraciones de la hemostasia⁴

Hallazgos	Alteración de la hemostasia primaria	Alteración de la hemostasia secundaria
Petequias	Es característico	No se suelen observar
Equimosis	Es característico. Suelen ser pequeños y múltiples	Común. Suelen ser grandes, y presentarse en número variable
Hematoma en tejidos blandos	Poco frecuente	Es característico
Hemorragias articulares	No se observa	Es característico y distintivo de la condición
Sangrado retardado	Poco frecuente	Frecuente
Sangrado excesivo frente heridas pequeñas	Común y persistente	Poco frecuente
Historia familiar	Poco frecuente	Frecuente
Sexo del paciente	Predominante en mujeres	Se observa predominantemente en varones

Fuente: Elaboración propia a partir de la fuente citada

4. EXAMEN FÍSICO:

Un examen físico cuidadoso es una parte esencial en el diagnóstico de coagulopatías. Al respecto, es importante recordar:

- Las coagulopatías adquiridas pueden presentarse en el contexto de una enfermedad concomitante.
- Las linfadenopatías y/o hepato-esplenomegalia pueden orientar hacia procesos infiltrativos como malignidad o enfermedad de depósito.
- Signos de daño hepático sugieren deficiencia de factores de coagulación de carácter adquirido.
- La presencia de ciertas anomalías congénitas puede sugerir la presencia de una coagulopatía en un contexto sindromático.

RESUMEN

La aproximación diagnóstica en un niño que consulta en APS por una historia de sangrado requiere de una buena anamnesis, con énfasis en la historia médica, historia familiar, historia de sangrado, descripción de síntomas concomitantes, su temporalidad y proporcionalidad con el estímulo que lo desencadena; y un examen físico riguroso. Esta combinación permite al clínico diferenciar un sangrado normal de uno patológico, orientar su estudio, y anticipar la urgencia con la cual el paciente debe ser derivado.

REFERENCIAS

1. Blanchette VS, Breakey VR, Revel-Vilk S (eds): SickKids Handbook of Pediatric Thrombosis and Hemostasis. Basel, Karger, 2013, pp 14–22.
2. Neutze D, Roque J. Clinical Evaluation of Bleeding and Bruising in Primary Care. Am Fam Physician. 2016 Feb 15; 93 (4): 279-8.
3. Allen G, Glader B. Approach to the bleeding child. Pediatr Clin N Am. 2002; 49: 1239-56.
4. Cervera Bravo A, Álvarez Román MT. Fisiopatología y trastornos de la coagulación más frecuentes. Pediatr Integral 2016; XX(5):318-330.
5. Bowman M, Riddel J, Rand L, Tosetto A, Silva M. Evaluation of the diagnostic utility for Von Willebrand disease of a pediatric bleeding questionnaire. J Thromb Haemost. 2009 Aug; 7(8): 1418-21.
6. Torrent Español M, Badell Serra I. Interpretación del hemograma y de las pruebas de coagulación. En AEPap ed. Curso de Actualización Pediatría 2012. Madrid: Exlibris Ediciones; 2012. p. 203-16.