

# Anemia en Pediatría, amplitud de miras y paciencia



Andrea Carrasco Cremades (Rotatorio Pediatría)

**Tutor:** Óscar Manrique Moral (Gastroenterología pediátrica)

# MOTIVO DE CONSULTA Y ANAMNESIS

♀ **12 años:**

- Heces
- Productos patológicos
- Hb: 7,7g

**AF:** Abuela materna con vasculitis sistémica

**Anamnesis:**

- Dieta adecuada. No fármacos
- No anorexia ni pérdida de peso
- No afectación extraintestinal
- No sangrados extradigestivos ni reglas abundantes

# EXPLORACIÓN FÍSICA

TA: 96/57. FC: 90lpm. (P normales)

Peso: 41Kg. Talla: 1,56cm. IMC: 16,85 (P estables)

**BEG.** Marcada **palidez**

**Abdomen:** No defensa, abundantes borgoritmos,  
dolor hipogástrico

**Tacto rectal:** restos hemáticos

# DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL: diarrea + sangrado digestivo bajo + anemia<sup>1</sup>

PRINCIPALES	OTROS
Colitis infecciosa	Metabólicas raras
Malformaciones (angioma, divertículo de Meckel...) Pólipos	Endocrinopatías (VIP hipertiroidismo...)
Alergia, celiacía...	Fármacos, radiación...
EII	Psiquiátricas
Inmunodeficiencias, Autoinmunes, autoinflamatorias.	Oncológicas Coagulopatías

# PRUEBAS COMPLEMENTARIAS

- Anemia normocítica, hipocrómica y ferropénica (**Hb: 7,7**); Fe:14,7 microg/dl; ferritina 11microg/dl).
- **Leucocitos: 13.200.**
- **PCR: 4,40mg/dl; VSG: 33mm.**
- **25 (OH) vitamina D 13,2ng/ml**

Coagulación, TSH, T4 libre, folato, B12 normales, pre-albúmina, albúmina, haptoglobina, inmunoglobulinas, Ac antitransglutaminasa, ac antigliadina deaminada, complemento, autoanticuerpos<sup>2</sup> (ANA, ANCAS ASCAS) y serología **normales**  
Mantoux **negativo**

# OTRAS PRUEBAS COMPLEMENTARIAS

- **Heces:** Coprocultivo negativo. Calprotectina pendiente. **Sangre oculta en heces positivo 593ng/ml. Leucocitos en heces**
- **Ecografía:** pequeña cantidad de líquido libre en pelvis
  - **Rx simple abdomen:** normal

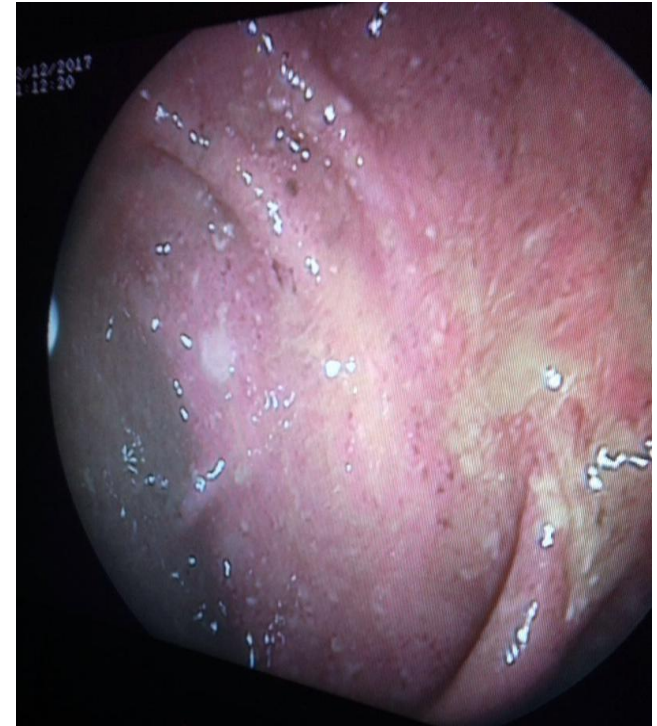
# EVOLUCIÓN

- Aumento del número de deposiciones, heces nocturnas y rectorragia
- Anemia persistente **bien tolerada** con Hb de hasta 6,2g/dl que requiere 3 transfusiones sanguíneas
- **Se realiza endoscopia digestiva alta y colonoscopia**

# RESULTADO GASTRO-COLONOSCOPIA Y BIOPSIA

**Endoscopia:** normal

**Colonoscopia:** afectación difusa de la mucosa de todo el intestino grueso con pérdida del patrón vascular, granularidad, eritema y ulceraciones de pequeño tamaño sugestivas de colitis ulcerosa activa. La mucosa es friable pero no presenta sangrado espontáneo. Se toman biopsias





# DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL: diarrea + sangrado digestivo bajo + anemia

PRINCIPALES	OTROS
Colitis infecciosa	Metabólicas raras
Malformaciones (angioma, divertículo de Meckel...) <sup>3</sup> Pólipos	Endocrinopatías (VIP hipertiroidismo...)
Alergia, celiacía...	Fármacos, radiación...
EII Colitis ulcerosa	Psiquiátricas <sup>5</sup>
Inmunodeficiencias <sup>4</sup> Autoinmunes autoinflamatorias	Oncológicas Coagulopatías

# DIAGNÓSTICO Y TRATAMIENTO

**Biopsia:** colitis crónica destructiva con leve-moderada actividad, concordante con EII crónica

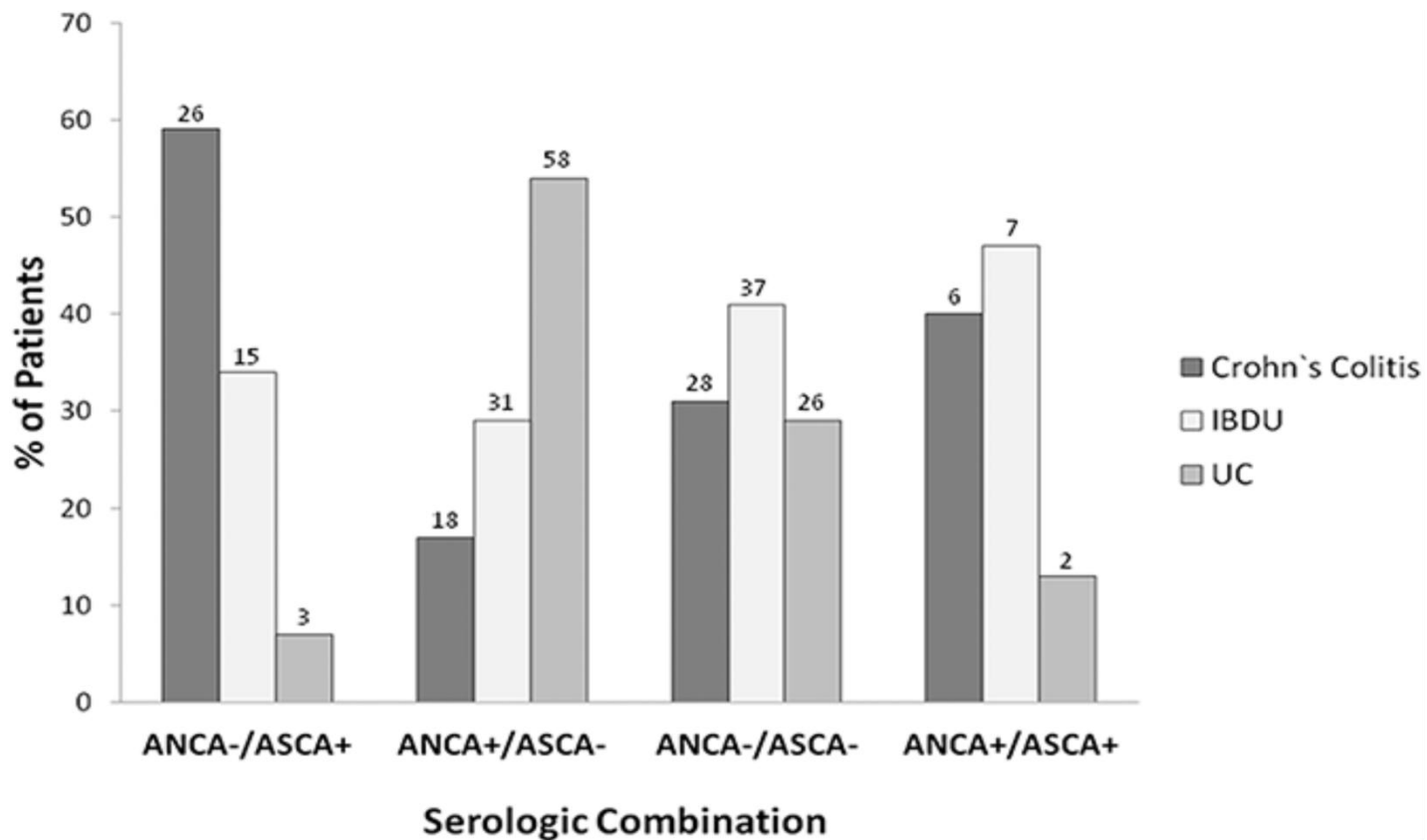
**Dx:** anemia ferropénica y pancolitis → Posible colitis ulcerosa activa moderada (PUCAI 50-55)<sup>6</sup>

**Tratamiento<sup>7</sup>** según protocolo de EPSGAHN 2012 :

- DACORTIN 40mg/día
- SALOFALK (mesalacina) 500mg/8h
- MASTICAL D 500mg/dia
- FERPLEX 40MG/12H



**RESPUESTA CLÍNICA A LAS 24H**  
**¿COLITIS ULCEROSA?**



From: pANCA and ASCA in Children with IBD-Unclassified, Crohn's Colitis, and Ulcerative Colitis—A Longitudinal Report from the IBD Porto Group of ESPGHAN

Inflamm Bowel Dis. 2016;22(8):1908-1914. doi:10.1097/MIB.0000000000000784

Inflamm Bowel Dis | Copyright © 2016 Crohn's & Colitis Foundation of America, Inc.

# CONCLUSIONES

- No todo sangrado digestivo es por patología digestiva (amplitud de miras)
- Siempre hay que tener en mente todas las posibilidades diagnósticas
- No todo lo que parece una colitis ulcerosa es una colitis ulcerosa (paciencia)
  - No hay que anticiparse a los resultados

# BIBLIOGRAFÍA

1. Pavo-García MR, Muñoz-Díaz M, Baro-Fernández M. Anemia en la edad pediátrica. Form act Pediatr Aten Prim. 2016; 9: 149-155
2. Lieon Birimberg-Schwartz, David C. Wilson, Kaija-Leena Kolho, Katarzyna Karolewska-Bochenek, Nadeem Ahmad Afzal, et al. pANCA and ASCA in Children with IBD – Unclassified, Crohn’s Colitis, and Ulcerative Colitis - a longitudinal report from the IBD Porto Group of ESPGHAN. Inflamm Bowel Dis. 2016; 22: 1908-1914
3. Lin X, Huang X, Bao X, Zheng N, Xia Q, Chen C. Clinical characteristics of Meckel diverticulum in children: A retrospective review of a 15-year single-center experience. Mayr.J, ed.Medicine. 2017;96:e7760
4. Kotlarz D, Egritas Gurkan O, Haskologlu ZS, Ekinci O, Asku Unlusoy A, Gürcan N, et al. Differential diagnosis in ulcerative colitis in an adolescent: Chronic granulomatous disease needs extra attention. World J Gastrointest Pathophysiol. 2016; 8: 87-92
5. Wittkowski H, Hinze C, Häfner-Harms S, Oji V, Masjosthusmann K, Monninger M, et al. Munchausen by proxy syndrome mimicking systemic autoinflammatory disease: case report and review of the literature. Pediatric rheumatology. 2017;15:19
6. Dotson JL, Crandall WZ, Zhang P, Forrest CB, Bailey C, Colletti RB et al. Feasibility and Validity of the Pediatric Ulcerative Colitis Activity Index in Routine Clinical Practice. J Pediatr Gastroenterol Nutr. 2015; 60: 200-204
7. Frank M. Ruemmele, Dan Turner. Differences in the management of pediatric and adult onset ulcerative colitis– lessons from the joint ECCO and ESPGHAN consensus guidelines for the management of pediatric ulcerative colitis. J Crohns Colitis. 2014; 8: 1-4

