

Colitis hemorrágica en el RN sano



Irene María Sogorb Richart (Rotatorio Pediatría)
Tutor: Dra. Lucía Sanguino (Neonatología)

Anamnesis y exploración

♂ RNT (37+2 SEG). AEG (2520 g)
Motivo ingreso: sangre y moco en heces

Antecedentes gestacionales y perinatales:

- Gestación: sin antecedentes de interés
- Perinatal inmediato: Apgar 9/10. Profilaxis con Vitamina K IM
 - Alimentación: lactancia artificial tipo 1
 - A las 48h: deposición con sangre escasa
- A las 72 horas: deposición con sangre fresca moderada y moco
 - Exploración física normal

Evolución y tratamiento ¿Y ahora qué?



¿Dieta absoluta?



¿Hidrolizado?



¿Lactancia artificial?



Actitud expectante
Se mantiene lactancia artificial
Pruebas complementarias

Diagnóstico diferencial: sangre en heces

Buen estado general	Mal estado general
Colitis neonatal transitoria idiopática (CNTI)	Invaginación intestinal
Proctocolitis inducida por proteínas alimentarias (PIPA)	Atresia yeyuno-ileal
	Vólvulo intestinal
	Enterocolitis necrotizante
	Hirschsprung
	Coagulación vascular diseminada
	Enfermedad inflamatoria intestinal precoz
	Gastroenteritis
	Alteraciones plaquetarias
	Factores de la coagulación
	Malformaciones vasculares



Exploraciones complementarias

Bioquímica: normal
PCR 0,12 mg/dL

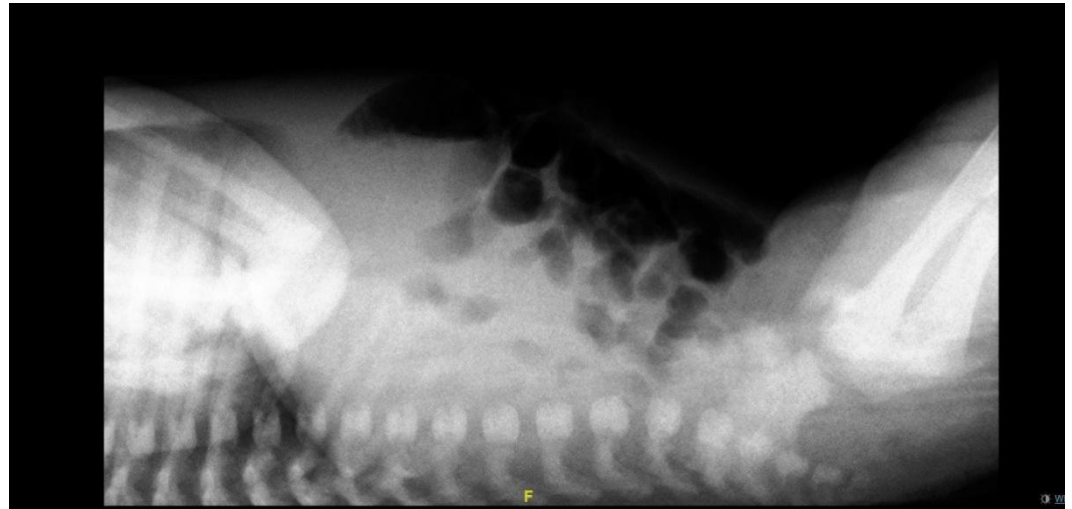
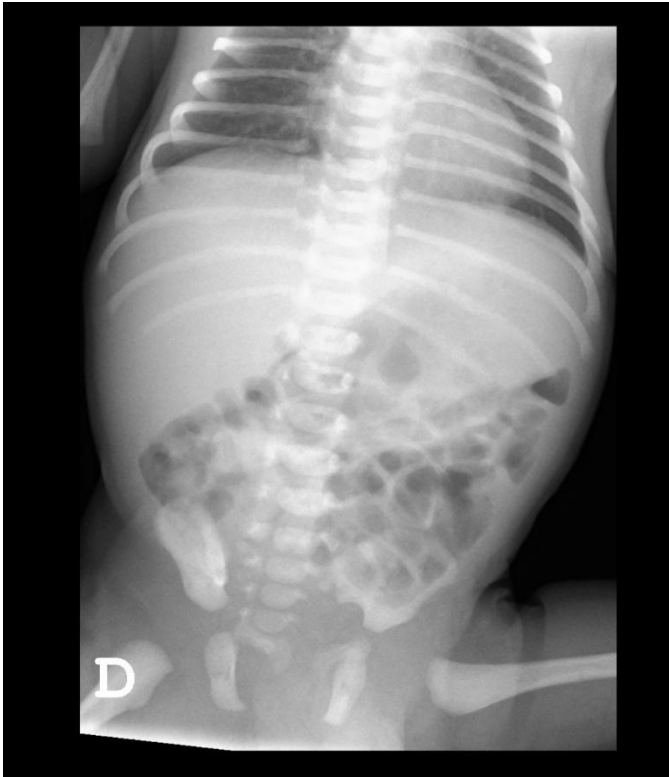
Coagulación:
normal

**Ecografía
abdominal:** normal

Coprocultivo: negativo
**Antígeno (Rotavirus,
Adenovirus, Norovirus y
Astrovirus):** negativo

Hemograma: Leucocitos
9820mm³ (13% eosinófilos)
Plaquetas 149000mm³
Hb 19,10 g/dL

Radiografía de abdomen: normal



Rx abdomen: rayo horizontal

Rx abdomen: AP

RESOLUCIÓN DEL CASO

DIAGNÓSTICO
MÁS
PROBABLE



Colitis neonatal
transitoria
idiopática

DATOS QUE APOYAN EL
DIAGNÓSTICO:

RESOLUCIÓN ESPONTÁNEA EN 4
DÍAS SIN FÓRMULA HIDROLIZADA



Alta al séptimo día de vida

REVISIÓN LITERATURA

- Primera referencia de CNT en 2007 ¹
- Etiopatogenia no aclarada ²
- Clínica, analítica y AP indistinguible de PIPA ²
- RN sano (tanto RNT como RNPT) ^{2,6}
- Alimentación: LA, mixta o LM exclusiva (25-68%) ^{2,6}
- Posible antes de iniciar alimentación ^{1,4}
- Curso autolimitado (tiempo medio: 4 días) ^{2,3}
- Cambio protocolos diagnóstico y manejo PIPA ³
- Priorizar el manejo expectante ⁵

CONCLUSIONES

- CNTI causa más frecuente de hematoquecia RN sano
- PIPA en neonatos poco frecuente
- Clínica e histopatología similar en ambas
- CNTI resolución espontánea ➡ actitud expectante
- Si cambios dietéticos ➡ confirmar diagnóstico con provocación
- Evitar diagnósticos erróneos
- No realizar intervenciones dietéticas innecesarias
- Necesarios más estudios

BIBLIOGRAFÍA

1. Ohtsuka Y, Shimizu T, Shoji H, Kudo T, Fujii T, Wada M, et al. Neonatal transient eosinophilic colitis causes lower gastrointestinal bleeding in early infancy. *J Pediatr Gastroenterol Nutr.* 2007; 44:501-505
2. Jang HJ, Kim AS, Hwang JB. The etiology of small and fresh rectal bleeding in not-sick neonates: should we initially suspect food protein-induced proctocolitis?. *Eur J Pediatr.* 2012; 171:1845-1849
3. Mennini M, Fiocchi AG, Cafarotti A, Montesano M, Mauro A, Villa M, et al. Food protein-induced allergic proctocolitis in infants: Literature review and proposal of a management protocol. *World Allergy Organ J.* 2020; 13:100471
4. Debuf M, Claeys T, Stalens J, Cornette L. Hematochezia caused by eosinophilic proctocolitis in a newborn before oral feeding: a case report. *J Med Case Rep.* 2017; 11:160-164
5. Miceli S, Monaco S, Bersani G, Romano A, Fantacci C. Proposal for management of the infant with suspected food protein-induced allergic proctocolitis. *Pediatr Allergy Immunol.* 2018; 29(2):215–218
6. Arvola T, Ruuska T, Keränen J, Hyöty H, Salminen S, Isolauri E. Rectal bleeding in infancy: clinical, allergological, and microbiological examination. *Pediatrics.* 2006; 117:e760–e768