

---

## CASO CLINICO

---

### *Hemorragia tardía del recién nacido, a propósito de un caso*

*Late form of hemorrhagic disease of newborn. A case report*

**Drs.: Edgar Rocha Ortuño\*, Manuel A. Monroy Delgado\*\*, Martha Rocha Fuentes\*\*\***

#### Resumen

La hemorragia tardía del recién nacido es una entidad poco conocida, razón por la cual presentamos el caso de un lactante de 2 meses internado en el Centro de Pediatría Albina R. de Patiño, con el diagnóstico de hemorragia tardía del recién nacido. La importancia radica en las complicaciones que lleva este padecimiento y que es una enfermedad prevenible con la administración de 1 mg de vitamina K intramuscular al recién nacido.

#### Palabras claves:

Rev Soc Bol Ped 2008; 47 (3): 163-5: hemorragia tardía, recién nacido, vitamina K.

#### Introducción

La hemorragia tardía del recién nacido es una entidad muy poco conocida y que puede tener manifestaciones graves y dramáticas. Se puede prevenir con la administración de vitamina K como parte del manejo del recién nacido<sup>1-5</sup>. Sin embargo se describe en la literatura que esta patología puede presentarse en 0,25 casos por 100.000 infantes que reciben profilaxis de vitamina K<sup>1</sup>.

En el presente artículo reportamos el caso de un lactante de 2 meses de edad que ingresó al servicio del Centro de pediatría Albina R. de Patiño con el diagnóstico principal de hemorragia tardía del recién nacido cuya evolución tuvo varias complicaciones.

#### Abstract

The *Late Hemorrhage of the newborn* is a little known entity, which is why we present the case of an infant of 2 months admitted at the Pediatric Center Albina R Patiño, with the late diagnostic of *Late Hemorrhage of the newborn*. The importance lies in the complications that this entity brings and is a disease that is preventable with the administration of 1 mg of vitamin K intramuscular in the newborn.

#### Key words:

Rev Soc Bol Ped 2008; 47 (3): 163-5: late hemorrhage, newborn, vitamin K.

#### Caso clínico

Lactante menor masculino de 2 meses y 4 días de vida, que acudió a consulta de emergencia por un cuadro clínico de 21 días de evolución caracterizado por deposiciones líquidas amarillo verdosas con mucosidad sin sangre en número de más o menos 5 al día y un día antes a su ingreso incrementó la frecuencia de las deposiciones y se agregan estrías de sangre; por este motivo acudió a médico general quien prescribe: ampicilina, paracetamol, propinox clorhidrato y maleato de clorfeniramina y por la noche, se torna irritable, con llanto intenso y continuo, presenta rigidez de cuello y dorso y epistaxis. Ante la persistencia de llanto e irritabilidad acude al ser-

---

\*\* Pediatra. Médico de guardia. Centro Pediátrico Albina R de Patiño. Cochabamba

\*\* Pediatra. Cuidados intensivos pediátricos. Centro Pediátrico Albina R de Patiño. Cochabamba

\*\*\* Médico cirujano. Residente de gineco-obstetricia. Hospital Materno Infantil German Urquidi. Cochabamba

Artículo recibido 20/7/08 y fue aceptado 10/10/08

vicio de emergencia del centro de pediatría Albina R. de Patiño, donde se hospitaliza.

Antecedentes: embarazo sin complicaciones, parto cesárea por distocia de presentación a las 38 semanas de gestación, recibió vitamina K al nacer, peso nacimiento: 3.200 g y talla de nacimiento: 50 cm. Alimentación: lactancia materna exclusiva.

Al examen de ingreso destacó: irritabilidad, fiebre (38,8°C rectal), palidez mucocutánea, respiración de Kusmaul, signos de deshidratación moderada, fontanela abombada y tensa, cuello con rigidez de nuca, signo de Kernig positivo y Brudzinsky negativo.

Los diagnósticos de ingreso fueron: sepsis secundaria a meningitis y gastroenteritis, deshidratación moderada y acidosis metabólica secundaria y anemia.

En los exámenes de laboratorio destacan: hemoglobina: 6,53 g/dl, glóbulos blancos: 24.700 por mm<sup>3</sup> con 46% de segmentados, plaquetas 619.000 mm<sup>3</sup>, proteína C reactiva 4.8 mg/dl, líquido cefalorraquídeo sanguinolento (LCR) con proteínas 502,3 mg/dl, glucosa 46,7 mg/dl, leucocitos 5 por mm<sup>3</sup> y eritrocitos 13.2000 por mm<sup>3</sup>. Uroanálisis con hematuria microscópica. Tiempo de protombina (TP) y tiempo parcial de tromboplastina (TPTa) prolongados. Resto de los exámenes dentro de parámetros normales.

En las horas siguientes a su ingreso, se evidenció un sangrado profuso por los lugares de venopunción y presentó signos de choque hipovolémico, por lo que recibió solución fisiológica, sangre y plasma fresco congelado. Por una probable sepsis se inició cefotaxima, que se discontinuó al séptimo día cuando se recibió el cultivo del LCR y hemocultivo negativos.

El primer día de internación presentó convulsión tónico clónico generalizada por lo que se sospechó en una hemorragia intracerebral; la ecografía transfontanelar mostró una hemorragia intraventricular grado III y en tomografía axial computarizada de

cráneo se vio una hemorragia parenquimatosa frontotemporal derecha y subaracnoidea en surco interhemisférico posterior, que provoca un efecto de masa y asimetría ventricular con dilatación del lado izquierdo.

El TP y TPTa se normalizaron luego de la administración de vitamina K y plasma fresco congelado y la anemia se corrigió con transfusiones sanguíneas. El paciente evolucionó favorablemente, no volvió a presentar convulsiones y el control ecográfico al cuarto día mostró disminución del sangrado a nivel de matriz germinal y fue dado de alta en buenas condiciones generales con el diagnóstico de hemorragia intracerebral e intraventricular secundario una enfermedad hemorrágica del recién nacido por deficiencia de vitamina K, tardía.

## Discusión

La enfermedad hemorrágica del recién nacido por deficiencia de vitamina K se refiere a cualquier sangrado en niños menores de 12 semanas de edad<sup>2-5</sup>. La vitamina K actúa sobre los precursores de los factores II, VII, IX y X para generar procoagulantes activos. Los recién nacidos normales tienen niveles bajos de las proteínas precursoras al momento de nacer<sup>3</sup>.

La Enfermedad hemorrágica del recién nacido (EHRN) por deficiencia de vitamina K se clasifica en: temprana, clásica y tardía<sup>2,4</sup>. La EHRN temprana ocurre en las primeras 24 horas de vida y se presenta en hijos de madres que están recibiendo medicamentos que interfieren con el metabolismo de la vitamina K como algunos anticoagulantes orales warfarina, anticonvulsivantes como fenitoína o fenobarbital o antifímicos como rifampicina e isoniazida<sup>2,4</sup>. La EHRN Clásica se presenta en la primera semana de vida, mas frecuentemente en el segundo o tercer día y se manifiesta con equimosis, sangrado umbilical o tubo digestivo<sup>1-4</sup>. La EHRN Tardía (EHRNT) se presenta en lactantes previamente sanos entre la segunda a décima segunda semana de

edad y puede presentarse en la mitad de los casos con hemorragia cerebral súbita<sup>1,2,4</sup>.

La deficiencia de vitamina K en la EHRNT se desarrolla con mayor frecuencia en niños alimentados exclusivamente con lactancia materna exclusiva, ya que el aporte de la vitamina K es casi nulo en la leche materna, además influyen otros factores como diarrea persistente, fibrosis quística, función hepática alterada con colestasis, disminución en la absorción, intoxicación o infección hepática<sup>1,2,4</sup>.

La frecuencia de EHRNT varía de 4,4 a 7,2 por 100.000 nacimientos en Europa y Asia pero en países menos desarrollados se desconoce la incidencia real y se espera que sea mayor por su relación con la falta de asistencia médica en el parto, en zonas rurales donde son atendidos por parteras empíricas y no reciben profilaxis con vitamina K<sup>2,5</sup>.

En el estudio realizado en el Hospital del Niño Morelense de México<sup>1</sup>, en 46 lactantes con diagnóstico de enfermedad hemorrágica tardía del recién nacido, los signos y síntomas más frecuentes fueron: irritabilidad, palidez mucocutánea, fontanela anterior abombada, vómitos, convulsiones, sangrado de mucosas (nasal, paladar, conjuntivas) y en los sitios de venopunción, como el caso de nuestro paciente.

El tratamiento de los niños con deficiencia de vitamina K es la administración de vitamina K y simultáneamente plasma o concentrados de factor IX<sup>4</sup>.

La importancia de la EHRNT radica en las consecuencias graves y fatales secundarias a hemorragias del sistema nervioso central<sup>1,2,4</sup>.

Los requerimientos de vitamina K en lactantes de 0 a 6 meses es de 5 mg y la leche materna contiene bajos niveles de vitamina K de 1 a 3 µg/litro, que no cubren esos requerimiento y por ello puede ocurrir una EHRNT. En razón de ello, el comité de expertos de la Academia Americana de Pediatría recomienda la administración de vitamina K<sub>1</sub> intramuscular en dosis de 0,5 a 1 mg, a todos los recién nacidos<sup>5</sup>.

## Referencias

1. Newton SOA, Basurto CG, Richardson MC, Belkind GJ. Resurgimiento de enfermedad hemorrágica del recién nacido. Implicaciones para su prevención. Salud Pública Mex 2002;44:57-9.
2. Palacios BB. Hemorragia tardía del recién nacido. Archivos de investigación pediátrica de México 2001;4:8-11.
3. Shannon K, Phibbs R. Problemas hematológicos. En: Klaus, Fanaroff, eds. Cuidados intensivos del recién nacido. 5º ed. México: Mac Graw Hill; 2002.p.501-2.
4. Natal A, Javier G, Coroleu W, Bel J. Síndromes hemorrágicos en el recién nacido. An Esp Pediatr / publicación periódica en línea / disponible en: <http://www.aeped.es/protocolos/neonatologia/sdr-hemorragico.pdf>
5. Committee on Fetus and Newborn. Controversies concerning vitamin k and the newborn. Pediatrics 2003;112:191-2.