



REVISTA DE GASTROENTEROLOGÍA DE MÉXICO

www.elsevier.es/rgmx



CARTA CIENTÍFICA

Sangrado del tubo digestivo alto en un paciente con enfermedad de Kawasaki: reporte de caso y revisión de la literatura



Upper gastrointestinal bleeding in a patient with Kawasaki disease: A case report and literature review

La enfermedad de Kawasaki es una enfermedad sistémica inflamatoria, la cual se manifiesta en forma de vasculitis, llegando a afectar predominantemente las arterias de calibre medio, principalmente las arterias coronarias¹.

Los criterios diagnósticos se basan en la presencia de fiebre ≥ 5 días y de ≥ 4 criterios clínicos: eritema o queilitis de labios, edema o descamación de manos y pies, linfadenopatía cervical, exantema polimorfo y/o inyección conjuntival². Dentro de las manifestaciones del aparato digestivo, se ha reportado sangrado del tubo digestivo, siendo esta una manifestación extremadamente rara a nivel mundial.

Paciente masculino de un año, previamente sano, el cual inicia padecimiento 3 días previos a su ingreso al servicio de urgencias, con cuadro clínico caracterizado por fiebre (38.2°C), inyección conjuntival y evacuaciones diarreicas, sin moco ni sangre; 24 h previas a su ingreso se agregan evacuaciones melénicas en 3 ocasiones. Sin antecedente de automedicación o uso de antiinflamatorios no esteroideos previo al cuadro. A su ingreso al servicio de urgencias, se observa edema en extremidades inferiores. Se realizan estudios paraclínicos, en donde llamaba la atención la anemia severa: hemoglobina (6.1 mg/dl) microcítica (73.3 fl) e hipocrómica (25.1 pg), así como plaquetas en 186×10^3 mcl, tiempo de protrombina 10.8% con INR de 0,95 y tiempo de tromboplastina parcial activada de 30.5 s. Se inicia manejo, con transfusión de hemoderivados e inhibidor de la bomba de protones.

Dentro de su estancia hospitalaria, presenta queilitis peribucal y exantema polimorfo; cumpliendo criterios para enfermedad de Kawasaki; se complementan estudios, con proteína C reactiva mayor de 24 mg/l, VSG 0 mm/h, examen general de orina: leucocitos 24 células/mcl, nitritos negativos (piuria estéril), ecocardiograma transtorácico: valvulitis (insuficiencia mitral, aórtica y pulmonar ligeras);

pericarditis con derrame pericárdico leve. Se administra inmunoglobulina G 2 g/kg/dosis, sin antiagregante plaquetario.

Como parte del abordaje de sangrado del tubo digestivo, se realiza panendoscopia: 6 úlceras menores de 5 mm a nivel de cuerpo gástrico y fundus, 2 de ellas sangrantes en escasa cantidad, mucosa hiperémica y eritematosa, se toman biopsias (fig. 1).

Reporte de la enfermedad: fondo y cuerpo gástrico, se identifica mucosa gástrica con aumento leve de la celularidad a expensas de linfocitos y células plasmáticas, áreas de erosión superficial y hemorragia reciente. Antro-gástrico con mucosa gástrica con aumento moderado de la celularidad a expensas de linfocitos, células plasmáticas y formación de folículos linfoides; se identifica bacilos helicoidales (*Helicobacter pylori* [*H. pylori*]) en glicocáliz (fig. 2). Duodeno, se identifica aumento leve de la celularidad a expensas de linfocitos y células plasmáticas.

El paciente presenta una adecuada evolución clínica y es egresado. El paciente en ese momento no presentaba sintomatología de infección *H. pylori*, sin embargo, en reporte de patología presentaba datos de gastritis crónica, por lo cual se da manejo para erradicación por consulta externa. Actualmente, el paciente se encuentra en seguimiento de los servicios de cardiología y reumatología; sin eventualidades. Así como el servicio de gastroenterología, en donde se encuentra pendiente de verificar la erradicación de *H. pylori*, y sin presentar nuevo evento de sangrado del tubo digestivo.

Se realizó la revisión sistemática del tema en los buscadores Medscape®, Pubmed®, Scopus® y ScienceDirect®; encontrándose un total de 6 artículos en los cuales se reporta de sangrado del tubo digestivo en este padecimiento. En la tabla 1, se mencionan las características clínicas de los pacientes reportados en años anteriores.

El último caso de enfermedad de Kawasaki con sangrado del tubo digestivo previo a terapia anticoagulante fue en el Hospital Hangzhou de la Universidad de Zhejiang, China, en el año 2020⁸.

Las manifestaciones gastrointestinales en esta entidad son poco frecuentes, sin embargo, es importante considerarlas; para poder realizar un diagnóstico y tratamiento oportuno, y así prevenir complicaciones futuras.

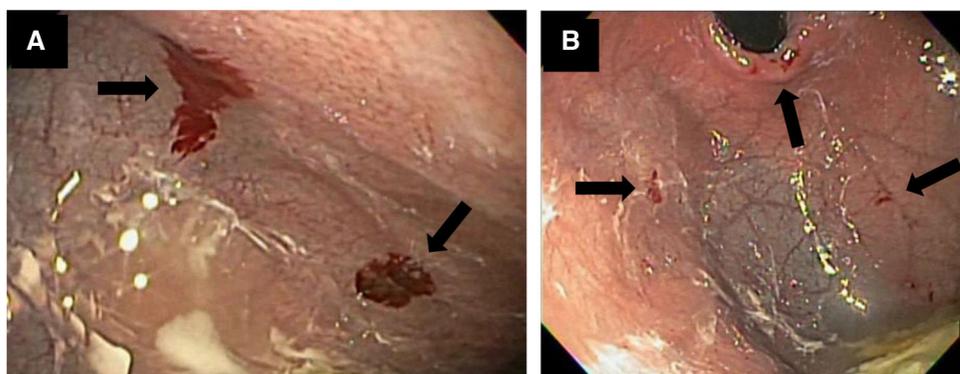


Figura 1 A) Úlcera sangrante en el cuerpo gástrico. B) Úlceras en fundus gástrico.

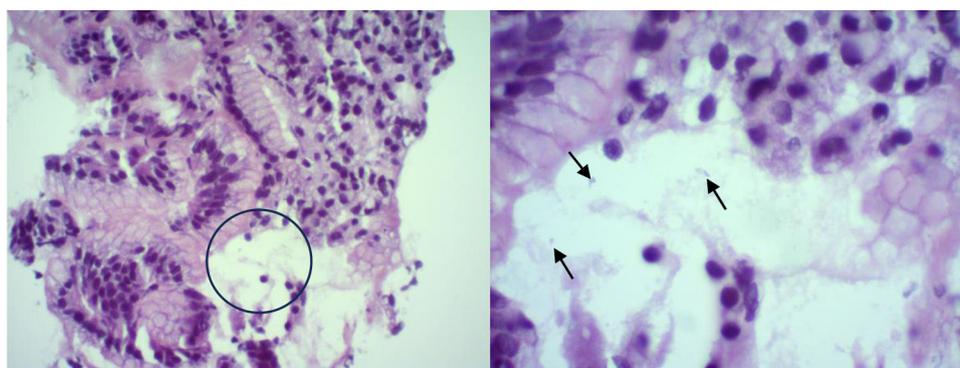


Figura 2 *Helicobacter pylori* en glucocálix.

Tabla 1 Características clínicas reportadas en los pacientes con sangrado del tubo digestivo en la enfermedad de Kawasaki

Año	Primer autor	Edad/sexo	Manifestación gastrointestinal
1996	Matsubara et al. ³	2 años (M)	Hematemesis posterior al inicio del tratamiento con aspirina
1996	Matsubara et al. ³	4 años (F)	Melena posterior al inicio del tratamiento con aspirina
2003	Zulian et al. ⁴	20 meses (M)	Hematemesis una semana de inicio del padecimiento, sin recibir aspirina
2004	Chang et al. ⁵	5 años (M)	Melena en el día 6 de inicio del padecimiento, sin recibir aspirina
2007	Singh et al. ⁶	4 años (M)	Hematemesis con choque hemorrágico, sin recibir aspirina
2019	Asada et al. ⁷	7 años (M)	Hematemesis y melena en el día 5 de inicio del padecimiento, sin recibir aspirina
2020	Hu y Yu ⁸	4 años (M)	Hematemesis en el día 5 de inicio del padecimiento, sin recibir aspirina

F: femenino; M: masculino.

Financiación

La financiación de este se llevó a cabo por el autor del artículo.

Consideraciones éticas

El trabajo cumple con la normativa vigente en investigación bioética, no se llevó a cabo autorización por parte del comité

de ética, ya que no presenta información que pueda llegar identificar al paciente; sin embargo, se ha obtenido consentimiento informado de los tutores del paciente referido en este artículo.

Conflicto de intereses

El presente artículo no presenta conflicto de intereses.

Bibliografía

- Gorelik M, Chung SA, Ardalan K, et al. 2021 American College of Rheumatology/Vasculitis Foundation guideline for the management of Kawasaki Disease. *Arthritis Care Res (Hoboken)*. 2022;74:586–96, <http://dx.doi.org/10.1002/art.42041>.
- McCordle BW, Rowley AH, Newburger JW, et al. Diagnosis, treatment, and long-term management of Kawasaki Disease: A Scientific Statement for health professionals from the American Heart Association. *Circulation*. 2017;135:e927–99, <http://dx.doi.org/10.1161/cir.0000000000000484>.
- Matsubara T, Mason W, Kashani IA, et al. Gastrointestinal hemorrhage complicating aspirin therapy in acute Kawasaki disease. *J Pediatr*. 1996;128:701–3, [http://dx.doi.org/10.1016/s0022-3476\(96\)80140-5](http://dx.doi.org/10.1016/s0022-3476(96)80140-5).
- Zulian F, Falcini F, Zancan L, et al. Acute surgical abdomen as presenting manifestation of Kawasaki disease. *J Pediatr*. 2003;142:731–5, <http://dx.doi.org/10.1067/mpd.2003.232>.
- Chang CH, Chen MH, Yang W. Kawasaki disease presenting with lymphadenopathy and gastrointestinal hemorrhage: Report of one case. *Acta Paediatr Taiwan*. 2004;45:171–3, <http://dx.doi.org/10.7097/APT.200406.0171>.
- Singh R, Ward C, Walton M, et al. Atypical Kawasaki disease and gastrointestinal manifestations. *Paediatr Child Health*. 2007;12:235–7, <http://dx.doi.org/10.1093/pch/12.3.235>.
- Asada D, Taura Y, Itoh H, et al. Acute gastrointestinal hemorrhage in Kawasaki disease occurring before aspirin therapy. *Pediatr Int*. 2019;61:1177–8, <http://dx.doi.org/10.1111/ped.13989>.
- Hu C, Yu Y. Gastrointestinal hemorrhage before anticoagulant therapy in Kawasaki disease: A case report. *BMC Pediatrics*. 2020;20:32, <http://dx.doi.org/10.1186/s12887-020-1916-6>.

C.A. González-Heredia^{a,*}, A.Y. Martínez-Vázquez^b
y J.A. Galindo-Martínez^b

^a Departamento de Pediatría, Hospital para el Niño Poblano, Puebla, México

^b Departamento de Gastroenterología y Endoscopia Pediátrica, Hospital para el Niño Poblano, Puebla, México

* Autor para correspondencia. Calle 18.^a Número 179 por 23a y 23b Colonia San Pedro Cholul, Mérida C.P. 97138. Teléfono: 9991151733.

Correo electrónico: carlosaglz@outlook.com
(C.A. González-Heredia).

<https://doi.org/10.1016/j.rgm.2025.01.008>

0375-0906/ © 2025 Asociación Mexicana de Gastroenterología. Publicado por Masson Doyma México S.A. Este es un artículo Open Access bajo la licencia CC BY-NC-ND (<http://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/4.0/>).

Uso de clip hemostático para el control del sangrado por úlcera posligadura de várices esofágicas



Hemostatic clip use for the control of ulcer bleeding after esophageal variceal ligation

La hemorragia digestiva alta variceal (HDAV) es una de las complicaciones de la hipertensión portal. Está asociada con una alta morbilidad a las 6 semanas, alrededor del 15-20%. La ligadura endoscópica de várices esofágicas (ELVE) desempeña un papel importante en el tratamiento de estas^{2,3}. A pesar de su eficacia y perfil de seguridad, puede producirse una hemorragia potencialmente mortal secundaria a la ulceración posterior a la ligadura con banda^{4,5}.

Presentamos el caso de una mujer de 57 años, con diabetes mellitus, hipertensión arterial y cirrosis hepática Child B y MELD 10 puntos, diagnosticada en 2023, en donde presentó un primer episodio de HDAV.

En junio de 2024 fue admitida en nuestro hospital y fue programada para ELVE ambulatoria. En la endoscopia gastroduodenal (EGD) se encontraron 3 várices esofágicas grandes y una mediana, realizando ELVE con 3 bandas elásticas sin complicaciones inmediatas (fig. 1) Diez días después acudió a urgencias por presentar hematemesis con un volumen de 100 cc, melena y síncope.

Al examen físico se encontraba hemodinámicamente inestable, con escala de coma Glasgow de 14. En los exámenes de laboratorio se observó disminución de la hemoglobina respecto al control ambulatorio previo (de 10.5 a 7.6 g/dl).

Fue hospitalizada en una unidad de cuidados críticos, en donde se inició el manejo médico de la HDAV. Durante las

primeras horas de hospitalización cursó con un nuevo episodio de hematemesis, mayor inestabilidad hemodinámica y caída de hemoglobina hasta 5,9 g/dl, por lo que fue intubada y se inició soporte vasopresor.

La EGD fue realizada y en esófago se evidenció abundante contenido hemático (fig. 2A) proveniente de la úlcera posligadura con sangrado activo; además, una banda elástica previa casi desprendida (fig. 2B) que se terminó de desprender durante el procedimiento (fig. 2C). También, se identificaron 3 cordones varicosos grandes que fueron ligados distalmente. Se intentó realizar nueva ligadura a nivel de la úlcera descrita, sin éxito. Con ayuda de cup endoscópico se decidió colocar un clip hemostático con el cual se logró hemostasia completa (fig. 2D).

La paciente cursó con buena evolución clínica, y fue dada de alta a los 5 días, sin complicaciones.

La incidencia del sangrado posligadura (SPL) es del 2.3 al 7.3%³ y alcanza una tasa de mortalidad del 22.3 al 24.5%^{2,5}.

Después de la ELVE, la banda permanece adherida a la pared esofágica durante 3 a 7 días y se desarrollan trombos en los vasos estrangulados^{5,6}. Posteriormente, cae la banda y se evidencia una úlcera que generalmente cura en 2 a 3 semanas³. El desprendimiento prematuro de la banda expone el vaso dentro de la úlcera, lo que conduce al SPL⁷. El tiempo desde la ELVE hasta el evento del SPL es en promedio de 11 días².

No existe consenso sobre los predictores de sangrado después de realizar ELVE². En algunos estudios^{3,5,6} encontraron que los factores asociados a SPL fueron: carcinoma hepatocelular, mayor puntuación Child-Pugh, MELD mayor a 10, tiempo de protrombina alto y dosis de propranolol subóptima. En el estudio de Reji et al., otros factores asociados fueron: esofagitis péptica y menor nivel de hemoglobina².