
Rectorragia en un lactante de dos meses: a propósito de un caso

Flor Valverde*

Irene Sánchez Llamosas**

*C.S. Benita de Ávila, Área 4. Insalud. Madrid

**C.S. Reyes Católicos, Área 5, San Sebastián de los Reyes. Insalud. Madrid

Caso clínico

Lactante de 2 meses de edad que a las 24 horas de complementar la alimentación materna con fórmula adaptada comienza con deposiciones blandas, en número de siete, las cuatro últimas con abundante sangre roja, no vómitos, ni afectación del estado general. Hasta los 15 días de vida recibió lactancia materna exclusiva, a esa edad y por ganancia ponderal en el límite se suplementa con fórmula de inicio; a los cinco días se suspende por presentar lesiones compatibles con dermatitis atópica, reintroduciéndose a los 2 meses por hipogalactia materna.

Antecedentes familiares: sin interés.

Antecedentes personales: embarazo normal. Parto a término. 2.650gr. Talla 48cm.

Exploraciones complementarias

Hemograma: Leucocitos 9.820 (Eosi-

nófilos 980/mm³) Hb 9,2; Htc 28,6; VCM 83,9; HCM 27,2; CHCM 32,4.

Estudio de coagulación: Plaquetas: 572.000; Act. Protrombina 82%; T. Protrombina 14; T. Cefalina 26,8.

Estudio Inmunoalérgico: Pruebas cutáneas en prick y RAST para leche y sus proteínas (Betalactoalbumina, beta-se-roalbumina, alfa-lactoglogulina y caseína) negativas.

IgE total 2,34 KU/L.

Anticuerpos IgG para progrésa hasta colon descendente. La mucosa se encuentra eritematosa y con erosiones superficiales. Afectación más marcada a nivel proximal. Abundantes restos hemáticos en colon descendente y proveniente de tramos más altos.

Histología: Mucosa de intestino grueso con infiltrados focales polinucleares con predominio de eosinófilos, compatible con colitis alérgica.

Evolución

A su ingreso se mantiene la dieta absoluta, a los 3 días se inicia alimentación con lactancia materna. Las deposiciones se normalizan pero las lesiones dérmicas se exacerbán, por lo que se inicia alimentación con hidrolizado de caseína, manteniéndose durante seis meses, no volviéndose a presentar manifestacio-

nes digestivas. Transcurrido este periodo se realizó la prueba de provocación reintroduciendo la fórmula con proteínas de leche de vaca, no presentando recidiva clínica. Las lesiones compatibles con dermatitis atípica han seguido un curso tórpido, independiente de la alimentación recibida.

Foto 1. Erosión superficial e intenso infiltrado inflamatorio con abundantes eosinófilos.

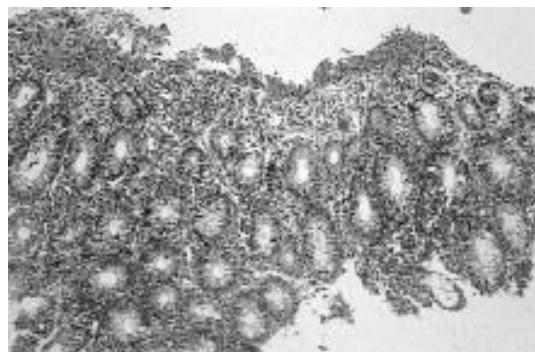
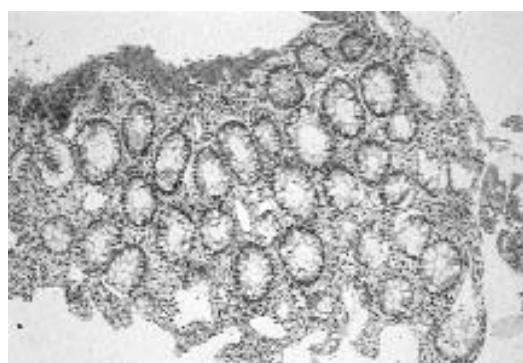


Foto 2. Edema e infiltrado inflamatorio moderado con predominio de eosinófilos.



Discusión

La rectorragia en el neonato y el lactante puede deberse a múltiples trastornos entre los que cabe citar la colitis infecciosa (*rotavirus, adenovirus, campylobacter, salmonella, shigella, criptosporidium*), colitis ulcerosa leve, colitis pseudomembranosa enfermedad de Hirschprung, enterocolitis necrotizante, pólipos cólicos, divertículo de Meckel, duplicación intestinal y, en el recién nacido, la enfermedad hemorrágica por déficit de vitamina K. Aunque las causas más frecuentes son las fisuras anales y colitis inducida por las proteínas de leche de vaca^{1,2}.

Según el mecanismo patogénico, las reacciones adversas a proteínas de leche de vaca, se pueden clasificar en dos grupos. En el primero, denominado alergia, existe un mecanismo de hiper-sensibilidad fundamentalmente tipo I (mediado por IgE), aunque no se descarta el tipo III (mediado por inmuno-complejos) y el tipo IV (mediado por células); en el segundo, denominado intolerancia, no se ha podido demostrar un mecanismo inmunológico. A veces la diferenciación no se puede establecer tan claramente.

La leche de vaca contiene más de 25 proteínas potencialmente inmunogénicas, pero las que con más frecuencia es-

tán implicadas son la b-lactoglobulina y la caseína.

La sensibilización a estas proteínas puede ser directamente con la ingestión de las mismas, a través de la leche materna³, o incluso se ha sugerido que podría ocurrir por vía transplacentaria⁴. Se ha detectado b-lactoglobulina en el 95% de la leche materna, con una concentración media de 4,2 mgr/litro.

El intervalo de sensibilización es muy variable, puede aparecer a la hora de la ingesta de la leche o llegar a retrasarse hasta varias semanas.

La intolerancia a proteínas de leche de vaca puede manifestarse como: colitis, enteropatía pierde proteínas, gastroenteritis eosinofila, o excepcionalmente reflujo gastroesofágico.

La incidencia de la colitis inducida por proteínas de leche de vaca oscila según las series entre 1-5%⁵. Se describe en lactantes menores de 6 meses, principalmente entre 1-2 mes de vida, habiéndose publicado casos precoces de 4 días de vida⁴. No se ha descrito en adultos.

La colitis o protocolitis el signo más llamativo es la diarrea mucosanguinolenta o rectorragia, cuya intensidad no suele llegar a comprometer hemodinámicante al niño. A veces se acompaña de vómitos, dolor abdominal de tipo cólico, y más excepcionalmente de retraso

del estado nutricional. Se puede asociar con síntomas dérmicos y respiratorios.

Entre los datos analíticos se han descrito: disminución de la cifra de hemoglobina sérica, eosinofilia periférica ($>500/\text{mm}^3$)¹. En algunos estudios la hipalbuminemia es considerada como un parámetro muy sensible². Para la mayoría de los autores el estudio inmunoalérgico (test cutáneos, RAST, IgE total) es de escasa utilidad diagnóstica, debido a que el mecanismo inmunoalérgico mediado por IgE es excepcional⁶.

En estudio anatomo-patológico del colon puede observarse una afectación total del mismo aunque la región más afectada es el recto-sigma. La lesión suele ser parcheada, la mucosa está eritematosa y friable, y con mucha frecuencia hay úlceras o erosiones y pérdida del patrón vascular. Aunque no es patognomónico, microscópicamente el hallazgo más característico es la presencia de un infiltrado eosinófilo; que también se ha descrito en las parasitosis intestinales, radiación, vasculitis o enfermedad inflamatoria intestinal⁷.

El tratamiento se basa en la exclusión de la dieta de las proteínas de leche de vaca, sustituyéndolas por hidrolizados de caseína. Las fórmulas de bajo grado de hidrólisis (fórmulas HA) no son útiles. En cuanto a las fórmulas de soja no son

una alternativa, ya que un alto porcentaje de niños desarrollan también intolerancia a dicha proteína. En los niños que están alimentados con lactancia materna exclusiva, está indicada la exclusión de la leche de vaca y derivados en la dieta materna, aunque a veces es insuficiente persistiendo la pérdida de sangre por las heces y es necesario utilizar unhidrolizado de caseína³. En casos excepcionales hay que recurrir a fórmulas elementales⁸.

En la mayoría de los casos la sintomatología desaparece a los pocos días de excluir de la dieta las proteínas de la leche de vaca. La reintroducción de dichas proteínas suele hacerse tras seis meses de exclusión. El trastorno es transitorio, y no suelen existir recaídas, aunque estudios recientes describen su persistencia en niños mayores de 4 años de edad⁹.

Actualmente la provocación con leche de vaca se considera innecesaria para el diagnóstico. Este debe basarse en la sintomatología clínica, los hallazgos anatomo-patológicos y la resolución de los síntomas al excluir las proteínas de leche de vaca⁶.

Se han publicado estudios que indican una relación entre la colitis inducida por proteínas de leche de vaca con el desarrollo posterior de enfermedad inflamatoria intestinal, principalmente con la colitis ulcerosa¹⁰.

Bibliografía

1. Armisén A, Sancho B, Almaraz E, Prieto G, Polanco I. *Colitis inducida por alérgeno alimentario*. Presentación de 20 casos. *An Esp Pediatr* 1996; 44: 21-24.
2. Machida H, Catto Smith A, Gall D, Trevenen C, Bren R. *Allergic colitis in infancy: clinical and pathologic aspects*. *J Pediatr Gastroenterol Nutr* 1994; 19: 22-26.
3. Pittschier K. *Cow's protein induced colitis in the breast-fed infant*. *J Pediatr Gastroenterol Nutr* 1990; 10: 548-549.
4. Wilson N, Self T, Hamburger R. *Severe cow's milk induce colitis. In an exclusively breast-fed neonate*. *Clinical Pediatrics* 1990; 29: 77-80.
5. Host A. *Clinical course of cow's milk protein allergy and intolerance*. *Peatr Allergy Immunol* 1998; 9: 48-52.
6. The european society for pediatr gastroenterology and nutrition working group for the diagnostic criteria for food allergy. *Diagnostic criteria for food allergy with predominantly intestinal symptoms*. *J. Pediatr Gastroenterol Nutr* 1992; 14: 108-112.
7. Méndez P, Sanjosé MA. *Colitis inducida por proteínas de leche de vaca*. *Pedriátrika* 1996; 16: 254-258.
8. Halken S, Host A. *How hypoallergenic are hypoallergenic cow's milk-based formulas?* *Allergy* 1997; 52: 1175-1183.
9. Iacono G, Cavatoio F, Montalto G, Soresi M, Notarbartolo A, Carroccio A. *Persistente cow's milk protein intolerance in infants: the changing faces of the same disease. Clinical and Experimental Allergy* 1998; 28: 817-823.
10. Gryboski JD. *Ulcerative colitis in children 10 years old or younger*. *J Pediatr Gastroenterol Nutr* 1993; 17: 24-31.

