

*Jornadas Nacionales del Centenario de la Sociedad  
Argentina de Pediatría  
Gastroenterología, Hepatología y Nutrición  
Pediátricas. 2011*

**Caso Clínico**  
**Hospital de Niños R. Gutiérrez CABA**

Dra. Guglielmino Andrea, Dra. Cirincione Vilma,  
Dra. Mavromatópulos Elisabet, Dra. Aliboni Vilma  
Dr. Malagrino Pablo, Dr. Orbe Guido, Dra De Mateo Elena  
Dr. Cichowolski Víctor.



➤ Niña de 18 meses de edad, se interna derivada de otra institución por **Síndrome anémico** para estudio.

➤ Datos positivos al ingreso:

Paciente eutrófica con Peso y Talla en Pc 25-50.

Palidez cutáneo mucosa, taquicardia, soplo sistólico 2/6

Hemograma : Hto 26,7%, Hb 7,3g/dl, GR

2.390.000/mm<sup>3</sup>, GB 8000/mm<sup>3</sup> ( NS 32% / L 59%

M 6% / E 3%), Plaquetas 504000/mm<sup>3</sup>, reticulocitos 5,4%.

Requiere transfusión con glóbulos rojos desplasmatisados.

➤ Antecedentes:

RNT, PAEG. Pecho exclusivo 6 meses y luego incorporó papillas , continuando con pecho hasta la internación. Recibió Fe+ entre los 6 y 9 meses de edad.

La madre refiere **deposiciones normales** hasta el año, luego **deposiciones melénicas** en forma intermitente con descenso de Hb que requirió transfusiones.

Sin otros antecedentes patológicos de importancia.

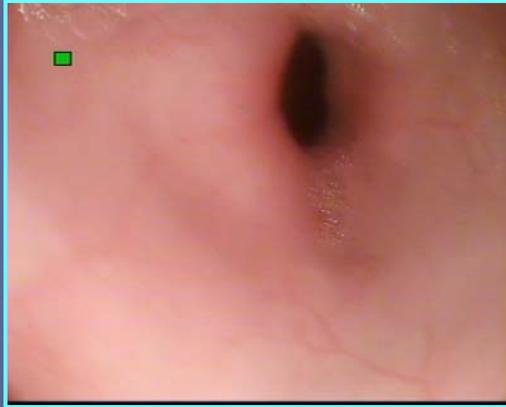
- Estudio Hematológico pretransfusional:  
Hb 6,3%, Hto 22,6%, GB 8000/mm<sup>3</sup> (NS 30% / L 58% / M 7% / E 5%), reticulocitos 6%, hipocromía +++, anisocitosis +, poiquilocitosis +.
- Hepatograma, medio interno, proteinograma electroforético, pruebas de coagulación dentro de límites normales.
- Serología HIV, CMV, Epstein Barr, Parvovirus , Ig M Hepatitis A negativos. Atc Antitransglutaminasa Ig A, EMA Ig A negativos. Ig A total normal.
- Centellograma con TC99 Negativo para Divertículo de Meckel.
- Ecografía abdominal : DLN

➤ Se realiza **Videoendoscopía digestiva** alta y baja:

➤ VEDA:

- Esófago: patrón vascular conservado, cardias permeable.
- Estómago: techo, cuerpo y antro con mucosa DLN, píloro céntrico y permeable.
- Duodeno: bulbo mucosa normal, en 2° porción se observa **pólipo pediculado** (pedículo grueso) de aprox. 1,5 por 0,5cm .

Esófago



Estómago



Pólipo duodenal



➤ Videocolonoscopía:

se avanza hasta ciego , patrón vascular conservado, no se identifican lesiones.



Colon descendente



Colon transverso



ciego

Se realiza

**POLIPECTOMÍA ENDOSCÓPICA**

➤ Anatomía patológica :

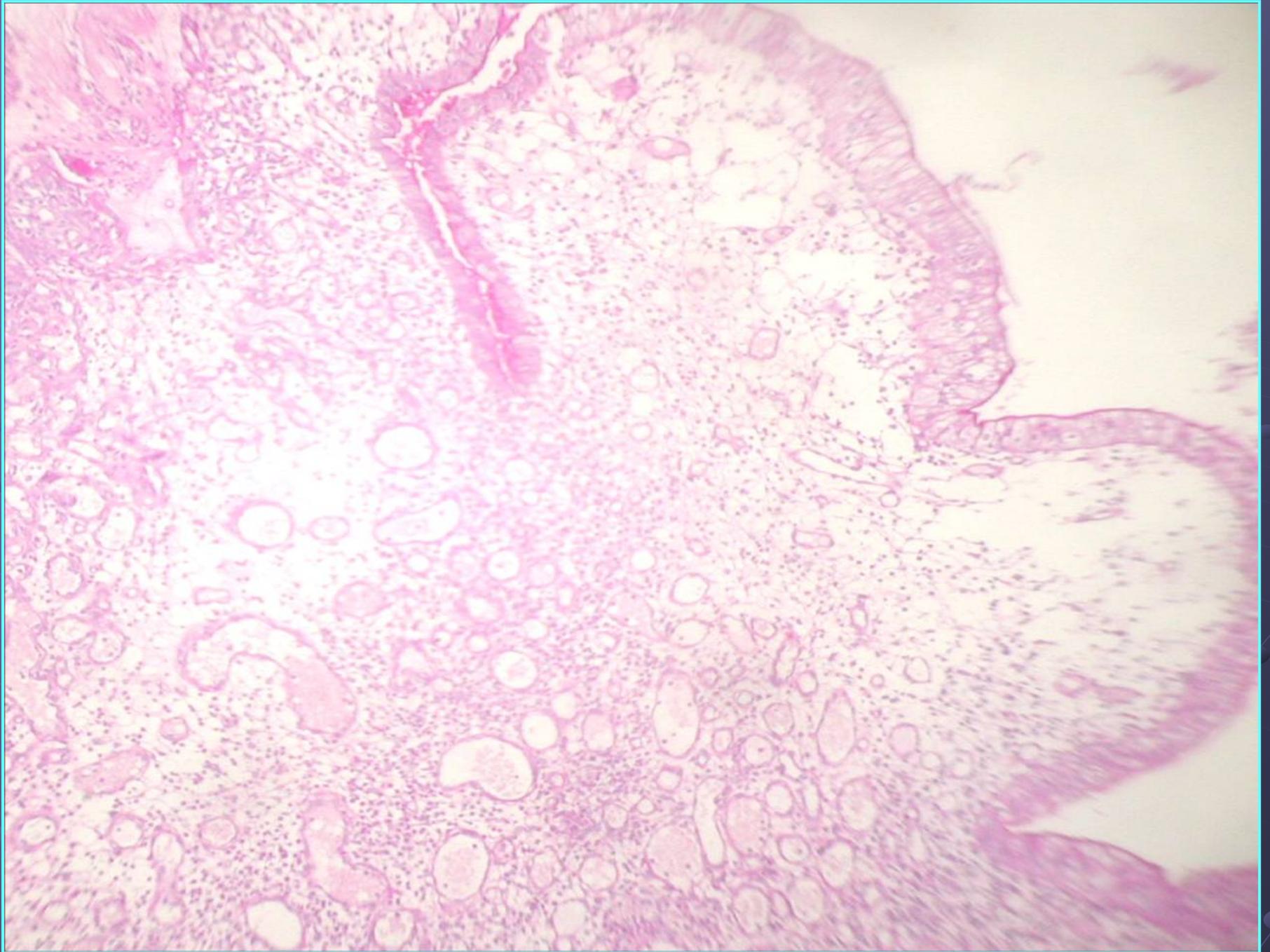
- Macroscopía:

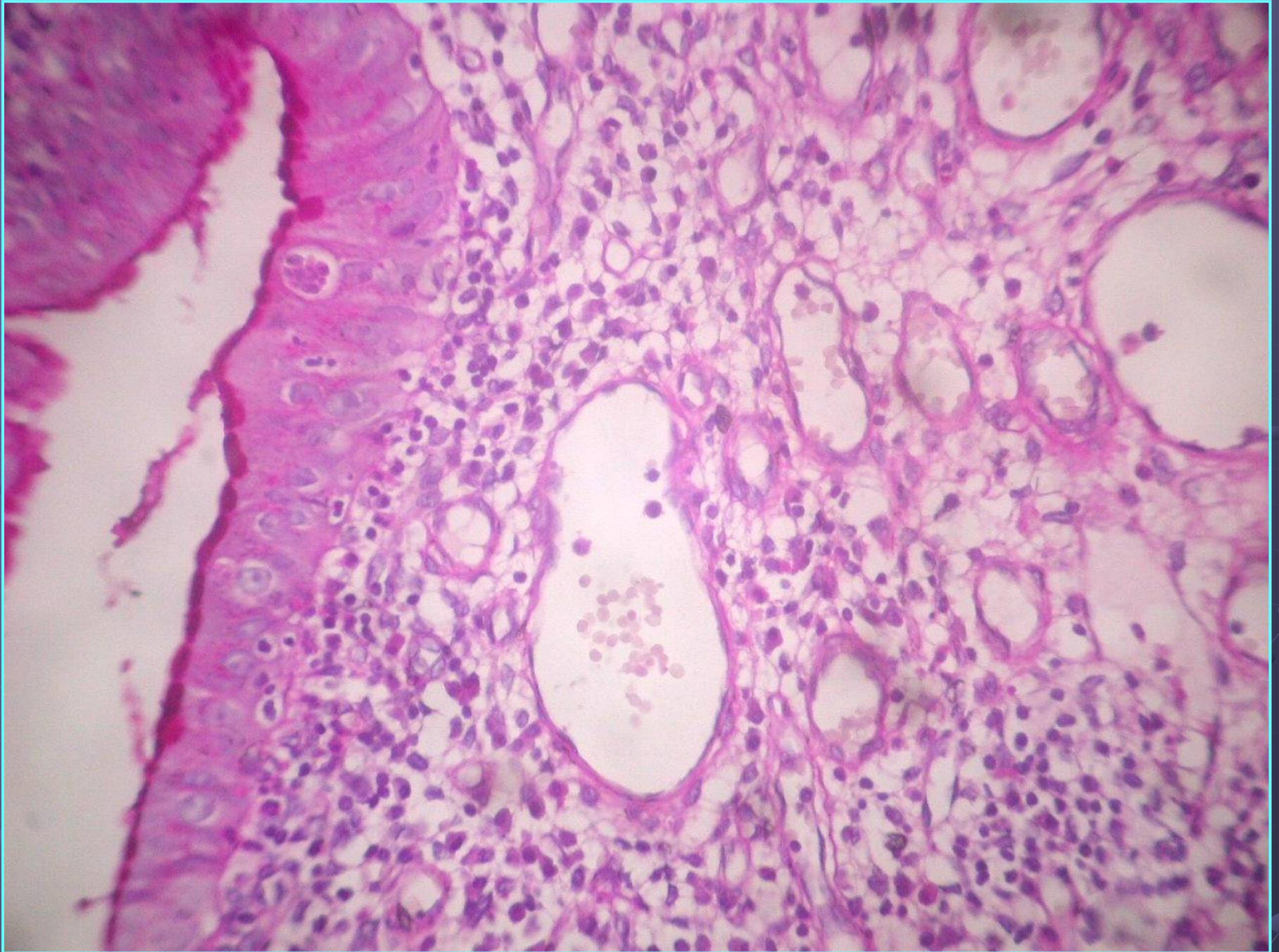
Formación polipoide de 1,5x0,8x 0,5 cm.

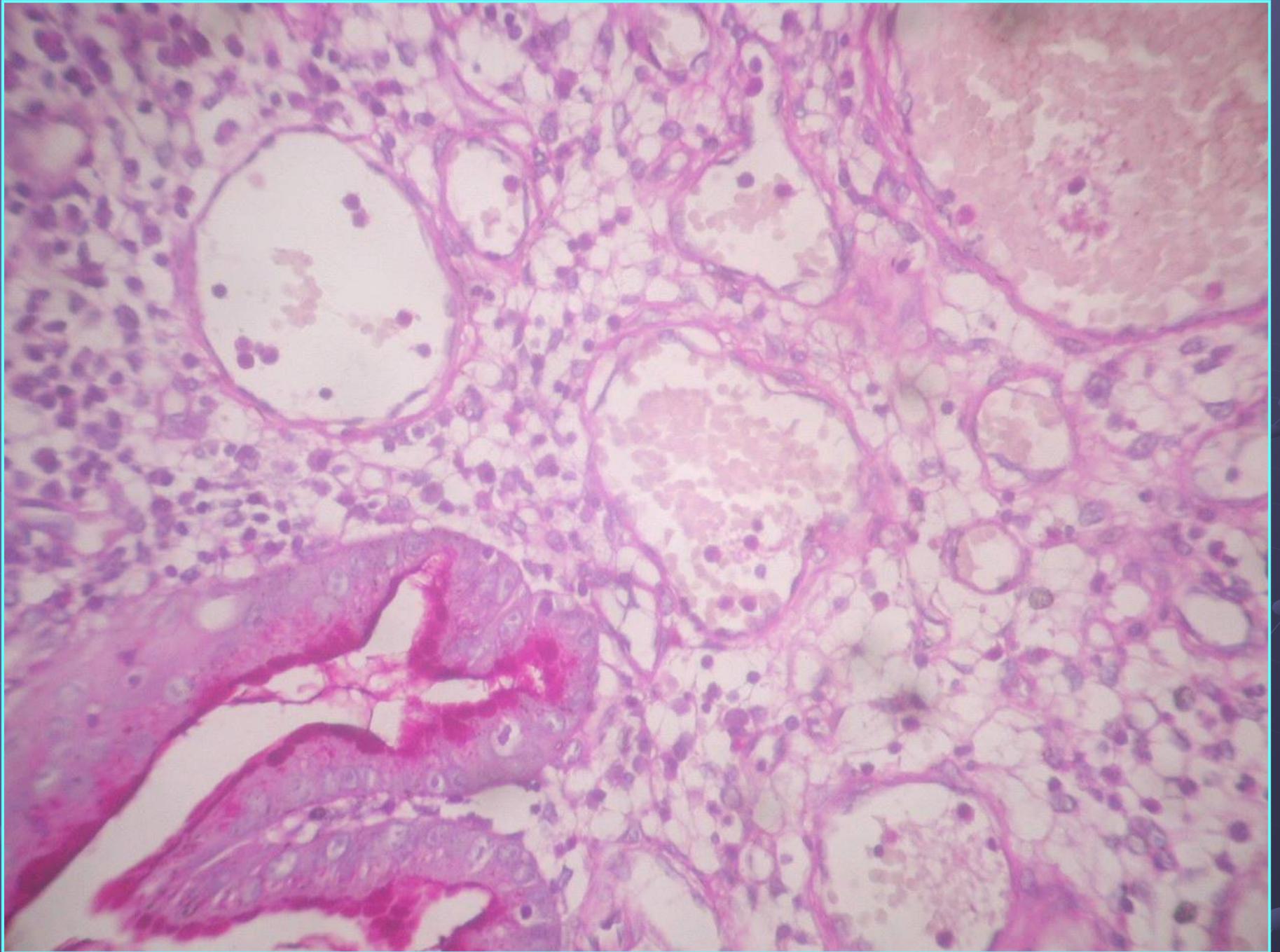
- Microscopía:

Proliferación polipoide duodenal con mucosa de revestimiento esfacelada en parte del perímetro. El mismo se halla constituido por pólipo vascular con vasos de variada forma y tamaño ectásicos con endotelios prominentes. El estroma de sostén muestra infiltrado inflamatorio mixto. Se observan aisladas estructuras glandulares con daño epitelial.

- Diagnóstico: **Hemangioma polipoide ulcerado e inflamado.**







Tránsito Intestinal



# Conclusión

- El hallazgo de **lesiones vasculares polipoideas** duodenales es raro. La **hemorragia digestiva** es la manifestación más común en los hemangiomas intestinales, puede ser lenta e insidiosa o masiva y comprometer la vida del paciente .
- También se manifiesta como **dolor abdominal, obstrucción mecánica intestinal, intususcepción** y excepcionalmente como **perforación**. El sangrado que se origina encima del angulo de Treitz, como la paciente que se presenta, reviste mayor importancia por su intensidad.
- La **exploración y extirpación endoscópica** constituye un método eficaz sobre todo en hemangiomas pequeños, solitarios o pediculados

# Bibliografía

- Rev Colomb Gastroenter 19-4 , 2004
- Gastr Latinoameric 2006 vol 17, n° 3, 361-365
- AJR 177, nov 2001
- Journal of Pediatric Gastroenterology and Nutrition 36: 116-119, 2003



Muchas Gracias