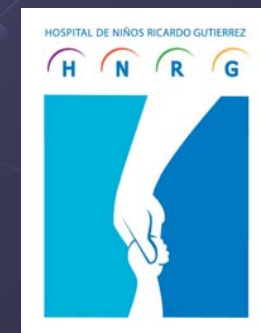


*Jornadas Nacionales del Centenario de la Sociedad
Argentina de Pediatría
Gastroenterología, Hepatología y Nutrición
Pediátricas. 2011*

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/mm³, GB 8000/mm³ (NS 32% / L 59%

M 6% / E 3%), Plaquetas 504000/mm³, 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/mm³ (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:

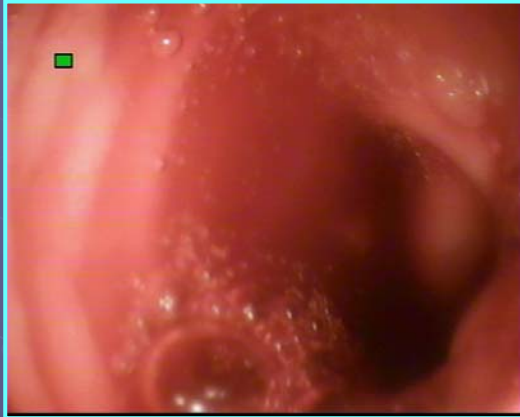
➤ VEDA:

- 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 :

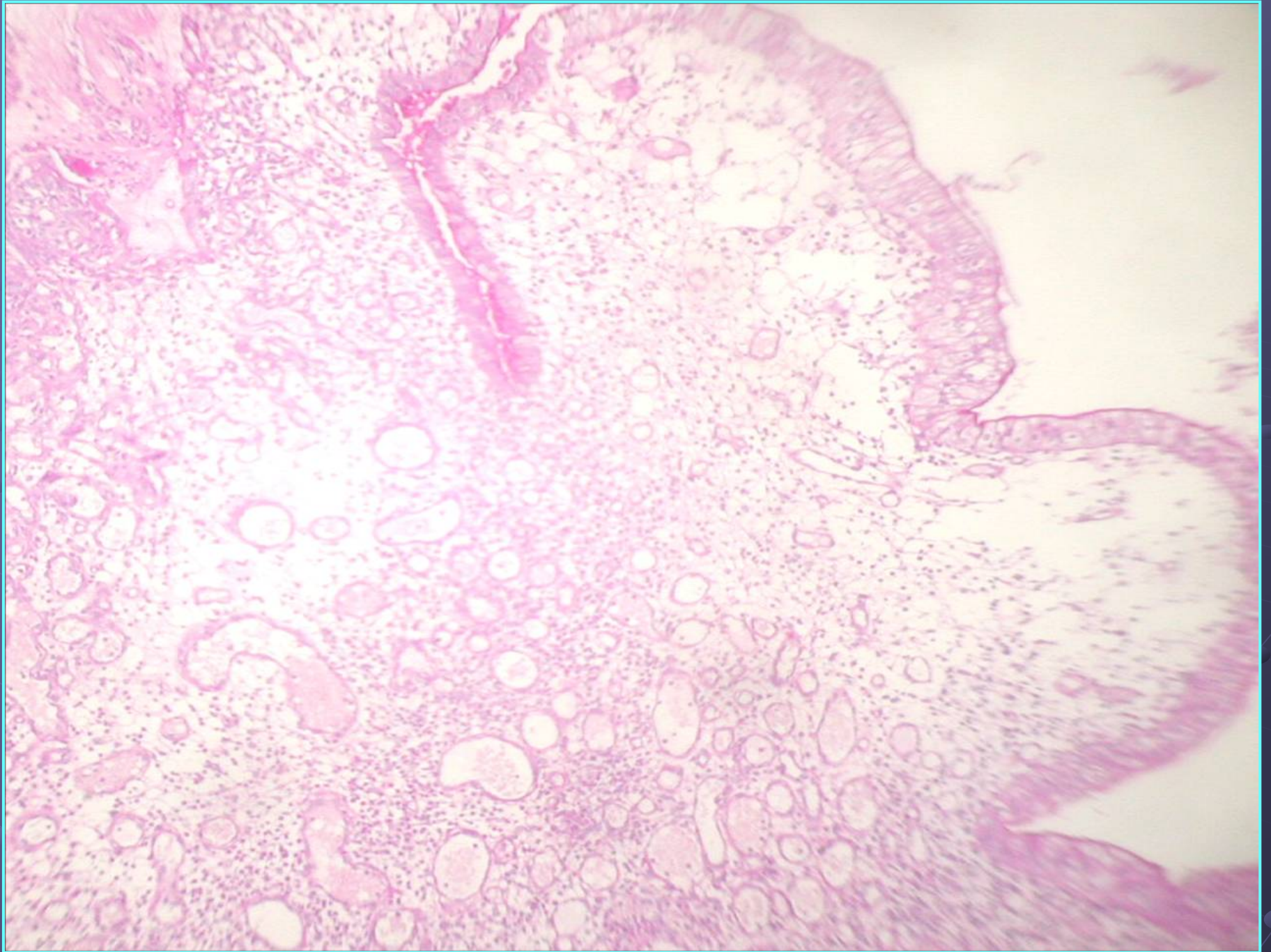
- Macroscopía:

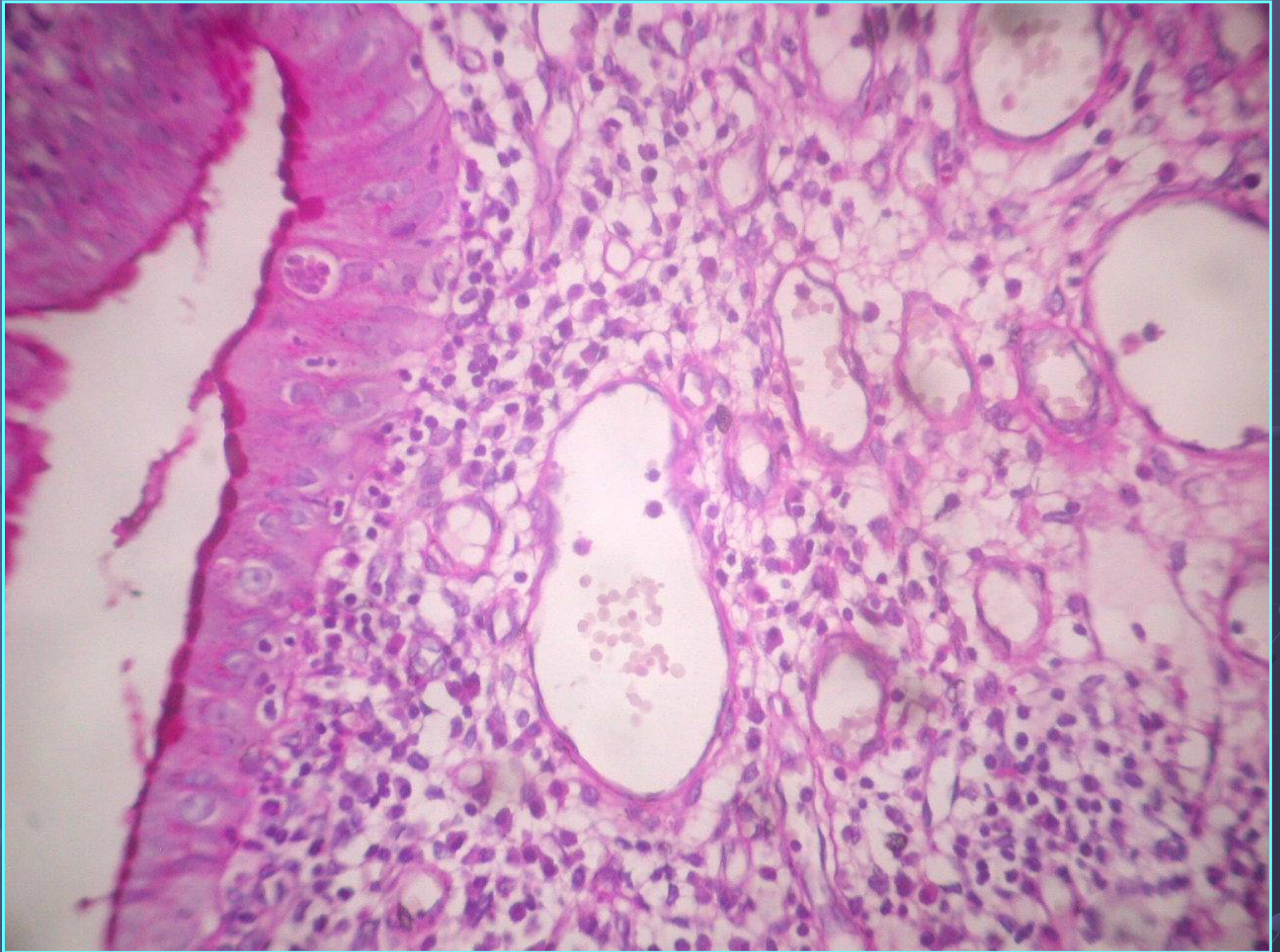
Formación polipoide de 1,5x0,8x 0,5 cm.

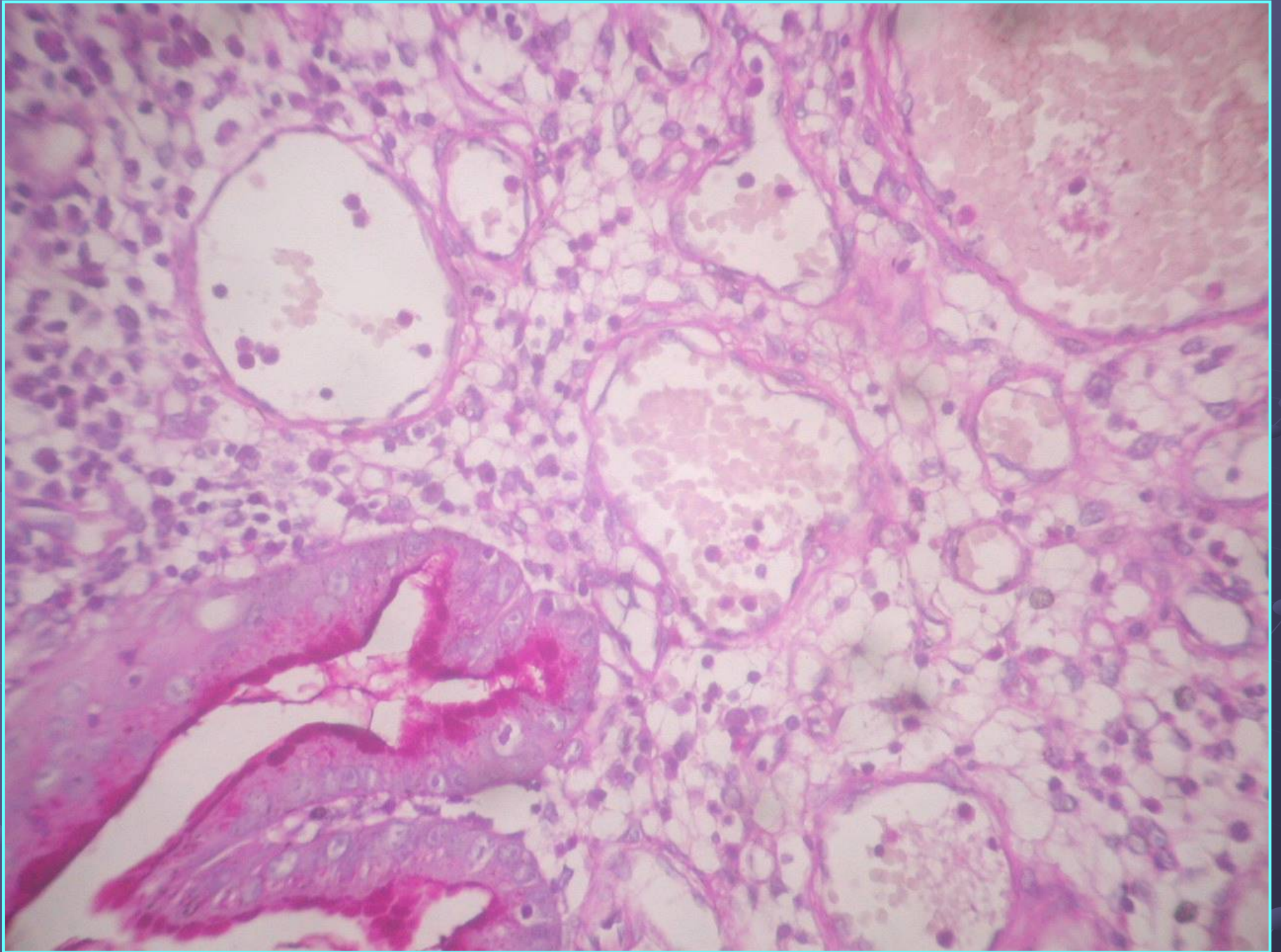
- Microscopía:

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.

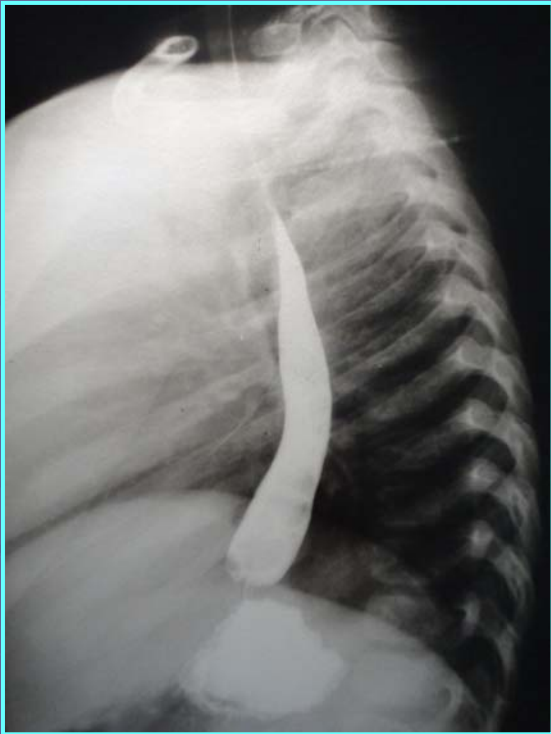
- Diagnóstico: Hemangioma polipoide ulcerado e inflamado.







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