

ACCESO GRATUITO • TEMA DEL ATENEO

MARTES
16•SEP
10:00 am. - 12:00 am.

**HEMORRAGIA DIGESTIVA
EN PACIENTE JOVEN**

• DIRECTORES
Dr. Enrique Canepa
Dr. Angel Pierini

• DISERTANTES
Dr. Ángel Pierini
Dr. Leandro Pierini
Dr. José Ignacio Paladini
Dra. Antonella Wettzel
Sanatorio MIT Santa Fe

MASCULINO - 18 AÑOS

- Sin alergias
- Sin hábitos tóxicos
- Consumo de AINES por cervicalgia crónica

Antecedente de internación reciente por HDA + anemia con requerimiento transfusional en otro nosocomio en contexto de gastritis eritematosa.

Antecedentes de internación previa:

(En otra institución)

HALLAZGOS:

INFORME:

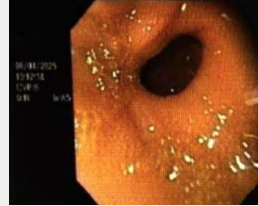
ESOFAGO: Calibre conservado. No se constatan lesiones mucosas. Patrón vascular normal. Cambio mucoso a 36 cm de la arcada dentaria superior.

ESTOMAGO: Fondo sin lesiones. Cuerpo y antro con mucosa congestiva, con eritema difuso. Píloro permeable sin lesiones. Biopsia de antro para helicobacter.

DUODENO: primera y segunda porción sin lesiones mucosas.

DIAGNOSTICO:

1. GASTRITIS ERITEMATOSA



En esta internación por buena respuesta clínica del paciente se le decidió otorgar el alta sanatorial con IPB y control por ambulatorio.

Evolución en domicilio:

Continúa con deposiciones melénicas.

Qué haría usted?

Ingresa a nuestro nosocomio por cuadro de astenia + melena de una semana de evolución.

Examen físico:

Vigil, lúcido, OTE, Glasgow 15/15

Palidez cutáneo mucosa

TA: 110/70

FC: 80

FR: 16

Sat: 98%

Beba SRA

Abdomen blando, depresible, indoloro, rha +.



GRUPO
MIT
Medicina
Interdisciplinaria
y Trasplantes

LABORATORIO:

12.6 hto

4.5 Hb

10450 GB

VCM 80

HCM 28.5

CHCM 35.7

240 000 PLAQ

0.56 UREA

0.80 CR

12.8 TP

1.20 RIN

10 GOT

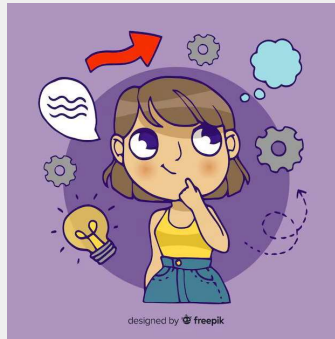
5 GPT

38 FAL

0.37 BT

GRUPO
MIT
Medicina
Interdisciplinaria
y Trasplantes

¿ Qué haría usted?



GRUPO
MIT
Medicina
Interdisciplinaria
y Trasplantes

Se decide internación en **UTI** para
monitoreo, se inicia **IPB** + transfusión
de **4 UGR**.
Se solicita **repetir VEDA**.



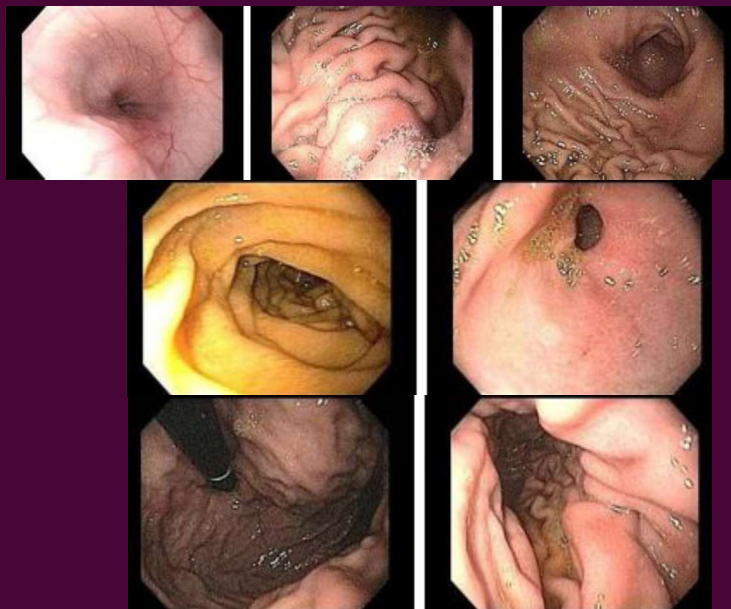
GRUPO
MIT
Medicina
Interdisciplinaria
y Trasplantes

VIDEOENDOSCOPIA DIGESTIVA ALTA

Esofago: calibre conservado, sin lesiones mucosas con patrón vascular normal. Cambio mucoso a 40 cm de ADS.

Estómago: cardias sin lesión. Contenido gástrico escaso normal. Fondo y cuerpo sin lesión. En antro se constata mucosa eritematosa irregular con algunas erosiones superficiales congestivas. Píloro sin lesión.

Duodeno: primera y segunda porción sin lesión.



GRUPO
MIT
Medicina
Interdisciplinaria
y Trasplantes



Evoluciona afebril, estable hemodinámicamente sin repetir episodios de sangrado por lo que al 3er día de UTI pasa a sala general.

Laboratorio: 21.6 hto 7.6 hb 5830 gb

Se decide realizar VCC para descartar otro sitio de sangrado.

GRUPO
MIT
Medicina
Interdisciplinaria
y Trasplantes

VIDEOENDOSCOPIA DIGESTIVA BAJA

Anoscopia: hemorroides grado II

Se progresa con mala preparación por restos melenicos hasta ciego. Ciego, colon ascendente, transverso, descendente y sigmoides de estructura conservada **sin lesiones mucosas** con patrón vascular normal. Recto sin lesión.

TODOS LOS SEGMENTOS MAL VISUALIZADOS POR RESTOS MELENICOS.



GRUPO
MIT
Medicina
Interdisciplinaria
y Trasplantes

A las 24 hs de la VCC reitera melena.

Se decide repetir laboratorio
constatándose nuevamente caída de la
Hb 6.4

¿ Qué haría usted?

GRUPO
MIT
Medicina
Interdisciplinaria
y Trasplantes

Decidimos realizar junto al Servicio de Endoscopia estudio de intestino delgado con endocápsula

CAPSULA GIVEN QUE SE INGIERE VIA ORAL.

TIEMPO DE TRÁNSITO:

TPO. TOTAL APROX: 7 HS 15 MIN

TPO. DE PASE GÁSTRICO: 10 MIN.

TPO. DE INTESTINO DELGADO: 4:05 HS.

INFORMACIÓN DE PROCEDIMIENTO Y RESULTADOS

ESTOMAGO: JUGO GÁSTRICO SIN RESTOS ALIMENTÍCIOS NI HEMATICOS GASTROPATÍA HIPEREMICA-

DUODENO PROXIMAL: MUCOSA DE ASPECTO NORMAL.

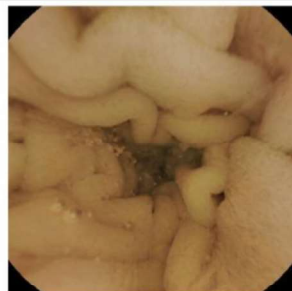
YEYUNO: EN YEYUNO PROXIMAL-NORMAL SIN SIGNOS DE SANGRADO NI LESIONES MUCOSAS ECTASICAS.

A NIVEL DE YEYUNO MEDIO SE CONSTATA LESION SOBREELEVADA DE UNOS 20 MM CUBIERTA DE COAGULOS, CON SANGRADO EN NAPA, LO QUE DIFICULTA DETERMINAR SU ORIGEN , RESTO DE YEYUNO E ILEON CON ABUNDANTES RESTOS HEMATICOS QUE DIFICULTAN SU VISUALIZACION

COLON: SE CONSTATAN RESTOS HEMATICOS EN TODO MARCO COLONICO SIN EVIDENCIA DE LESION MUCOSA POR ESTA METODOLOGIA; QUE IMPIDEN UNA CORRECTA EVALUACION MUCOSA COLONICA.

IMPRESIÓN DIAGNÓSTICA: TUMOR SANGRANTE DE YEYUNO MEDIO

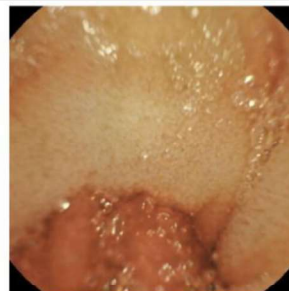
1. GASTROPATIA HIPERÉMICA
2. TUMOR SANGRANTE DE YEYUNO MEDIO



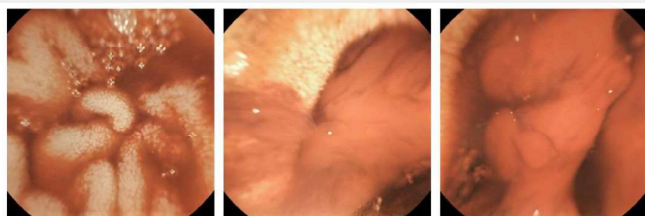
00:07:25



00:10:47



00:17:53



00:18:27

00:21:51

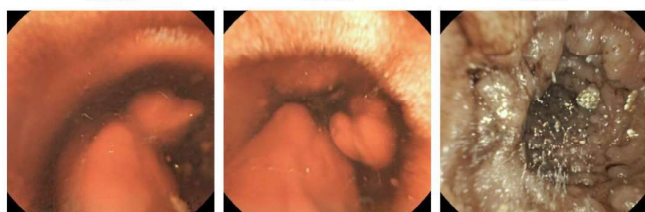
00:21:52



00:21:58

00:22:07

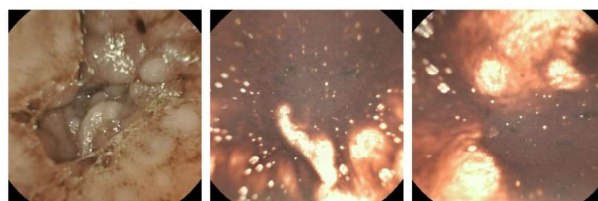
00:23:59



00:24:01

00:24:05

04:59:51



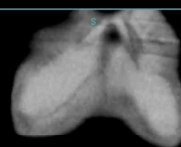
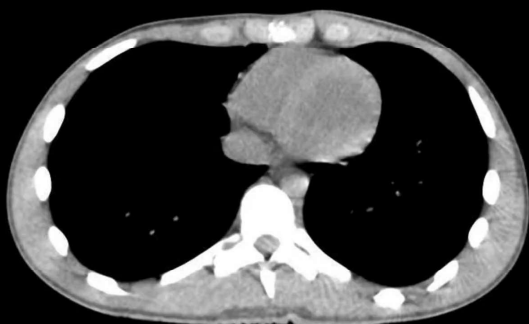
05:00:32

05:53:31

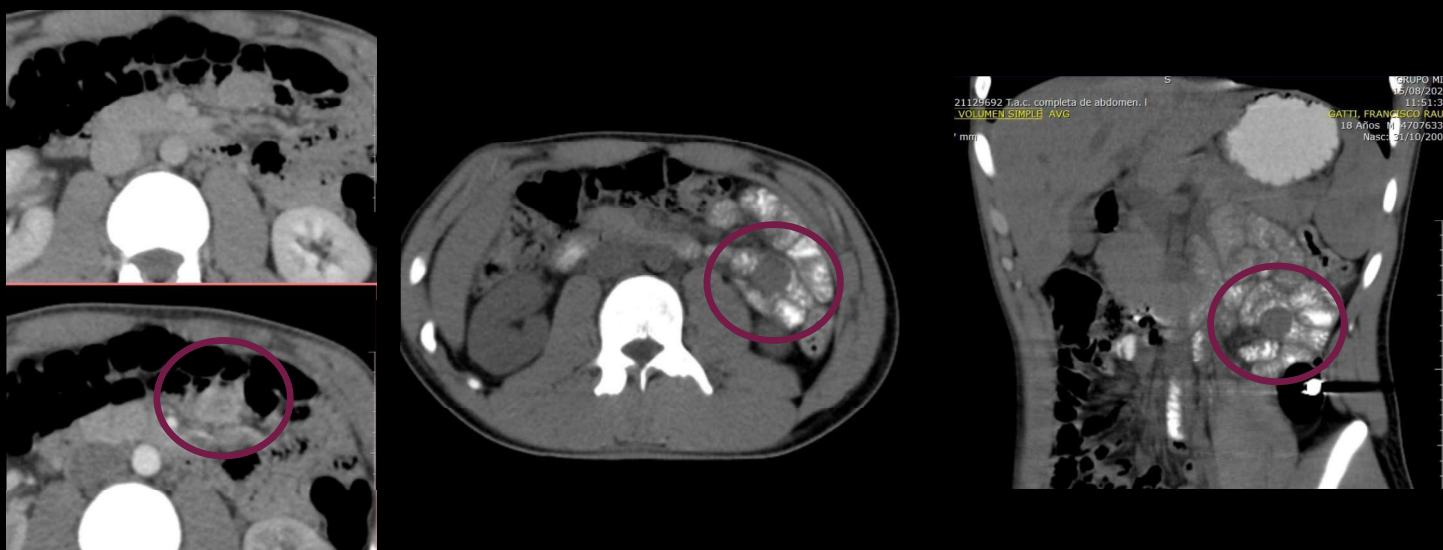
06:50:49

GRUPO
MIT
Medicina
Interdisciplinaria
y Trasplantes

Completamos el estudio del paciente con TAC de abdomen y pelvis con contraste oral y EV



GRUPO
MIT
Medicina
Interdisciplinaria
y Trasplantes



Interpretación:

Se identifica a **nivel de la luz del Intestino delgado una lesión de 22mm.**

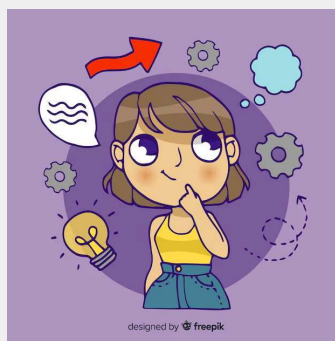
No se observa dilatación de asas.

Hígado de volumen conservado, y bordes regulares sin lesiones focales ni difusas.

Ambos riñones ortotópicos sin signos de uroectasia ni microlitiasis.

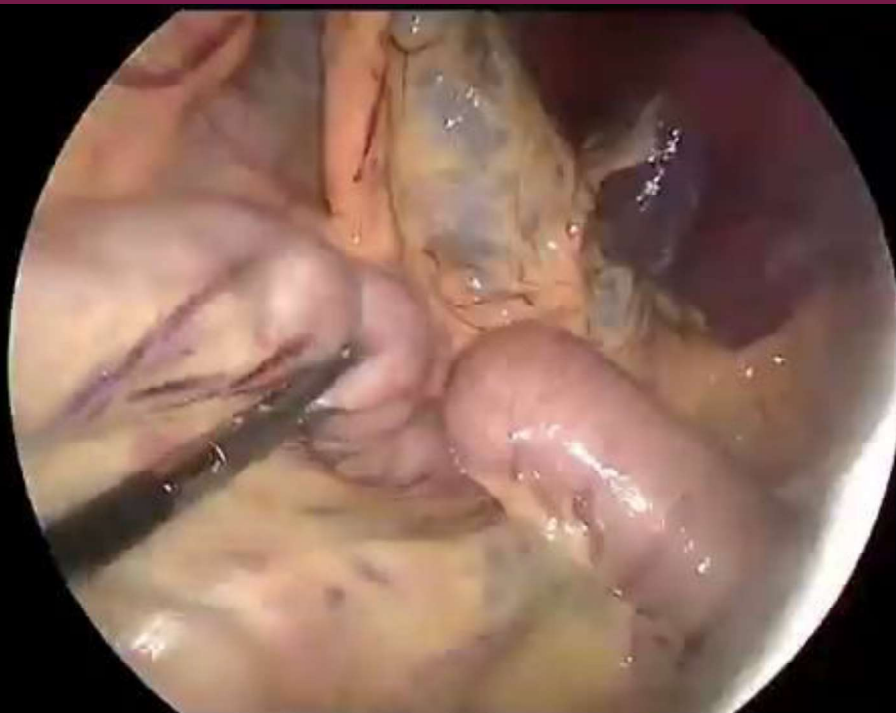
Ausencia de líquido libre en cavidad abdominal.

¿ Qué haría usted?



GRUPO
MIT
Medicina
Interdisciplinaria
y Trasplantes

RESECCIÓN INTESTINAL + ENTERO ENTERO ANASTOMOSIS LAPAROSCÓPICA



Medicina
Interdisciplinaria
y Trasplantes

Laboratorio postquirurgico: 23.8 hto 8.5 hb 12080 gb
(Se realizó transfusión de 2UG en el intraoperatorio).

El paciente cursa las primeras 48 hs en UTI.
Afebril, estable hemodinámicamente, con buen manejo del dolor.

Drenaje escaso debido hemático.

A las 48 hs pasa a sala general con progresión de dieta líquida a blanda con buena tolerancia.

Alta → al 5to día postoperatorio sin drenaje. Control por ambulatorio.

ANATOMÍA PATOLÓGICA

Material: Intestino delgado
GRUPO MIT - Medicina Interdisciplinaria y Trasplantes
CLARITY

Examen Macroscópico

Resección segmentaria de intestino delgado que mide 3 cm de longitud por 2,5 cm de diametro. Serosa congestiva. Se reconce sutura mecanica en ambos extremos.
Al corte se observa una formacion tumoral nodular de extension sumucosa-subserosa, de tonalidad blanquecina, bordes bien definidos y consistencia firme, que mide 2 x 1,5 x 1,5 cm. La misma dista a 0,6 cm del margen mas cercano.

Se toman muestras representativas: A(tumor con margen qui azul y serosa negra), B(tumor con mucosa y serosa negra).

bm

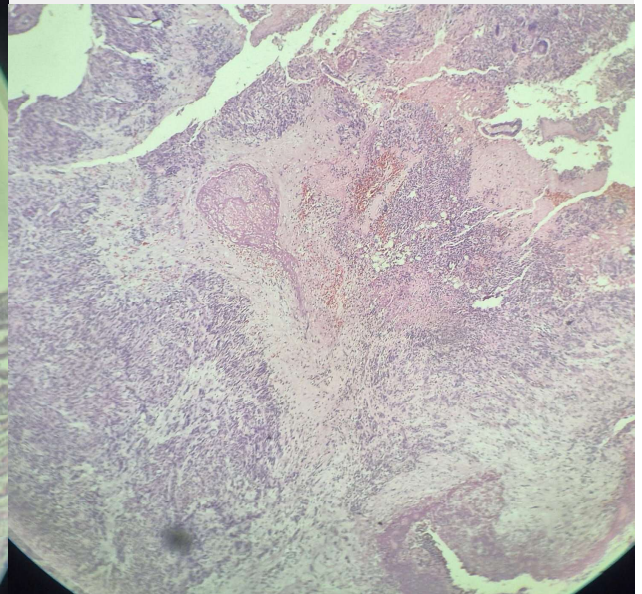
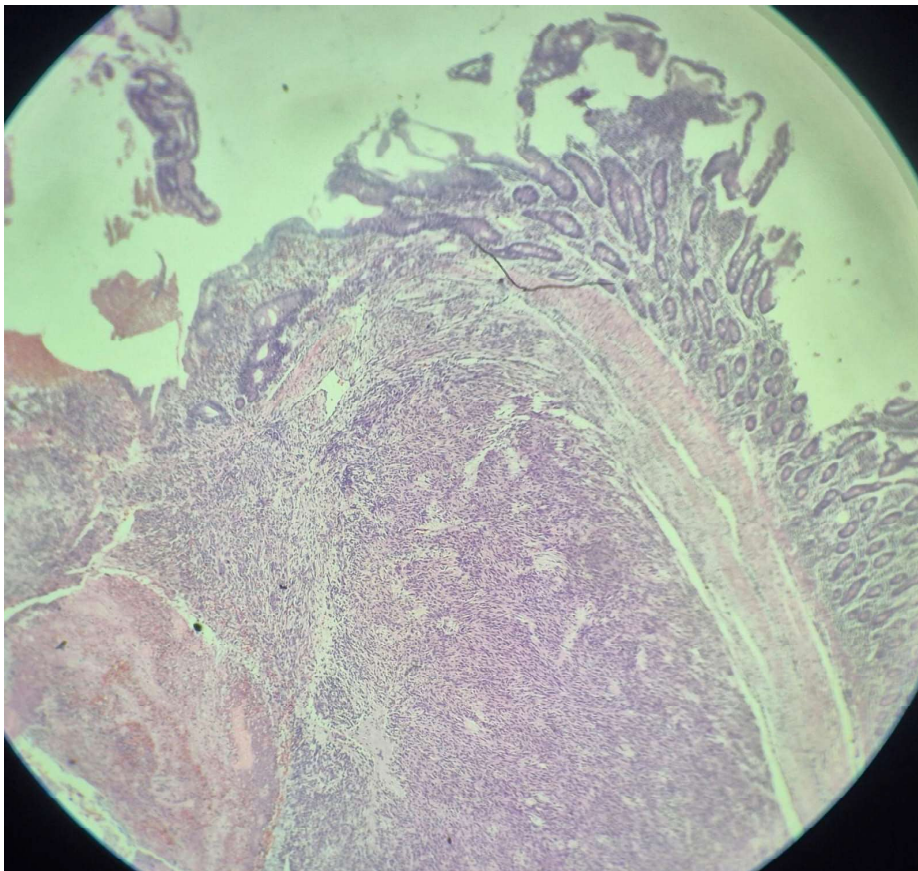


Examen Microscópico

Formación tumoral nodular intraparietal constituida por células de núcleos elongados, fusados, de citoplasmas acidófilos que se disponen en fascículos y de forma arremolinada entre vasos sanguíneos congestivos con presencia de estroma en sectores edematoso. La proliferación ulcera la mucosa intestinal.

Diagnóstico

- Proliferación fusocelular que puede corresponder a:
 - * Tumor del estroma gastrointestinal (G.I.S.T.)



ACTUALMENTE NOS ENCONTRAMOS A LA ESPERA DE LA INMUNOHISTOQUIMICA

Laboratorio a los 30 días de la cirugía:

36.1 hto

11.6 hb

6080 GB

REVISIÓN BIBLIOGRÁFICA

Definición:

Tumor mesenquimatoso del tubo digestivo.

Representa 1-3% de las neoplasias gastrointestinales.

Puede ser benigno o maligno, varían en tamaño, desde menos de 1 cm hasta más de 40 cm, con un tamaño promedio de alrededor de 5 cm.

Por lo general, surgen dentro de la pared muscular del aparato digestivo.

Más frecuente en pacientes de 65-69, igual incidencia en hombres y mujeres.

Localización más frecuente:

- **Estómago (60-70%)**
- **Intestino delgado (20-30%)**
- Colon/recto y esófago (raro)

[Revista Española de Enfermedades Digestivas](#)

versión impresa ISSN 1130-0108

Rev. esp. enferm. dig. vol.106 no.3 Madrid mar. 2014

INFORMACIÓN AL PACIENTE

Sección coordinada por:

V.F. Moreira y E. Garrido

Servicio de Gastroenterología. Hospital Universitario Ramón y Cajal

Tumor del estroma gastrointestinal (GIST)

Gastrointestinal stromal tumor

Diagnóstico:

- Endoscopia + Ecoendoscopia (permite biopsia).
 - TC / RM para estadificación y tamaño.
- Inmunohistoquímica: típicamente CD117 (c-KIT) positivo y DOG1 positivo

Factores pronósticos:

- Tamaño tumoral.
- Índice mitótico.
- Localización

Tratamiento

- Resección quirúrgica con márgenes negativos (tratamiento principal si resecable).
- No se indica linfadenectomía (raramente metastatiza a linfonodos).
 - Imatinib (inhibidor de tirosina quinasa) en:
Tumores irresecables o metastásicos.

Tratamiento adyuvante en alto riesgo de recurrencia

MUCHAS GRACIAS

