

Invitamos a los lectores de Acta a que envíen casos con interés clínico o diagnóstico para su publicación en esta sección. Editor Dr R. Mazure.

Hemorragia digestiva alta de causa infrecuente

M Silvina Castelluccio, Raquel Hermida, Horacio Ayunta, Leandro Manzotti, Emiliano Cháves, Ramiro Romo, Graciela Perelstein[†]

Servicio de Gastroenterología del Complejo Médico de la P.F.A Churrucá-Visca. Ciudad autónoma de Buenos Aires. Argentina

Hombre de 80 años, con antecedentes de HTA y deterioro cognitivo crónico, medicado con enalapril y difenilhidantoína. Un mes antes de su ingreso presentó convulsiones tónico-clónicas generalizadas, requiriendo internación en Terapia intensiva donde evolucionó con neumonía aspirativa, cuadro que resolvió durante la internación. El paciente se hallaba postrado y residía en su domicilio.

El día previo a su ingreso presentó episodio de vómito alimentario con estrías sanguinolentas y dolor abdominal de características no especificadas. El día de su internación presentó nuevamente vómitos, se colocó SNG, evacuándose 600 ml de débito en borra de café.

Se encontraba adelgazado, con rigidez generalizada, vigil con escasa respuesta a órdenes simples.

Ingresó hipotenso, taquicárdico, con livideces en rodillas y acrocianosis, luego de la expansión con cristaloides normalizó la presión arterial. El abdomen era plano, blando, depresible, impresionaba doloroso a la palpación profunda en forma generalizada, sin reacción peritoneal. Tacto rectal sin sangrado evidente. Electrocardiograma con taquicardia sinusal (110 por minuto), laboratorio con Hto: 46%, leucocitos: 17800 mm³, glucemia: 1,75 gr/lit, sodio: 151 mEq/lit, alcalosis metabólica y respiratoria, tiempo de protrombina: 40%, función renal, potasio y hepatograma dentro de valores normales.

Al estabilizarlo se realizó endoscopia digestiva alta que evidenció a partir de los 25 cm de la arcada dentaria superior mucosa esofágica de color negro, con erosiones, sin evidencia de sangrado activo, comprometiendo la circunferencia del órgano (Figuras 1 y 2), que se extendía hasta la línea Z, donde abruptamente comenzaba la mucosa gástrica de características normales (Figura 3), estómago con abundante contenido borbáceo, aspirándose 650 ml de material. No se observó lesión aguda en estómago ni en duodeno.

En base a estos hallazgos endoscópicos, ¿cuál es su presunción diagnóstica?



Figura 1. Erosiones múltiples, con restos de fibrina



Figura 2. Mucosa de color negro, comprometiendo la circunferencia del esófago



Figura 3. Mucosa negra hasta la línea Z, donde comienza la mucosa gástrica de aspecto normal

Correspondencia: M Silvina Castelluccio
Uspallata 3400. Buenos Aires Argentina
E-mail: silvinacaste@hotmail.com