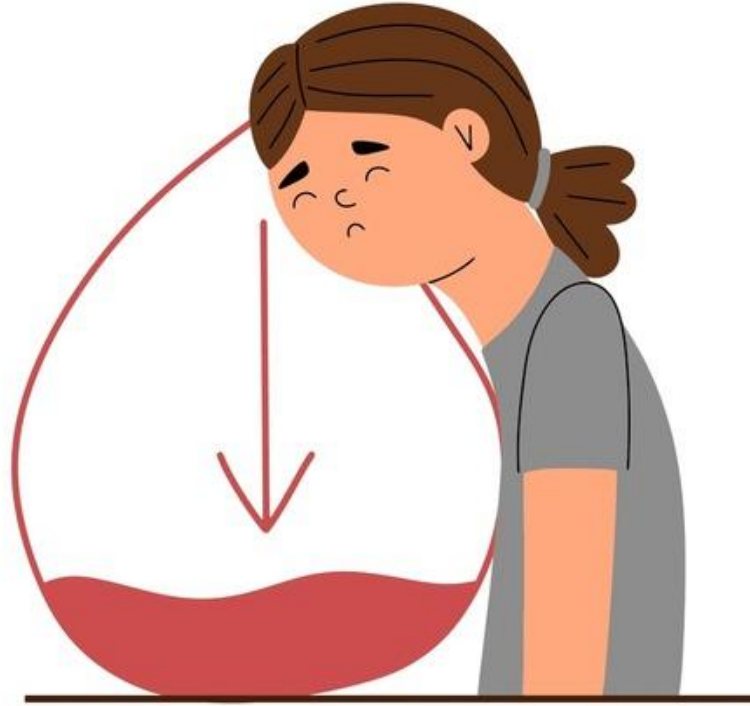


De lo común a lo inesperado



Paula Andreo Juan – Rotatorio Pediatría
Tutora: Dra. Ángela Rico – Oncología pediátrica

Servicio de Pediatría, HGUA

ANAMNESIS Y DATOS RELEVANTES

Niño de 13 años que acude a urgencias el 26/12 **episodio sincopal** el día anterior **y palidez** intensa

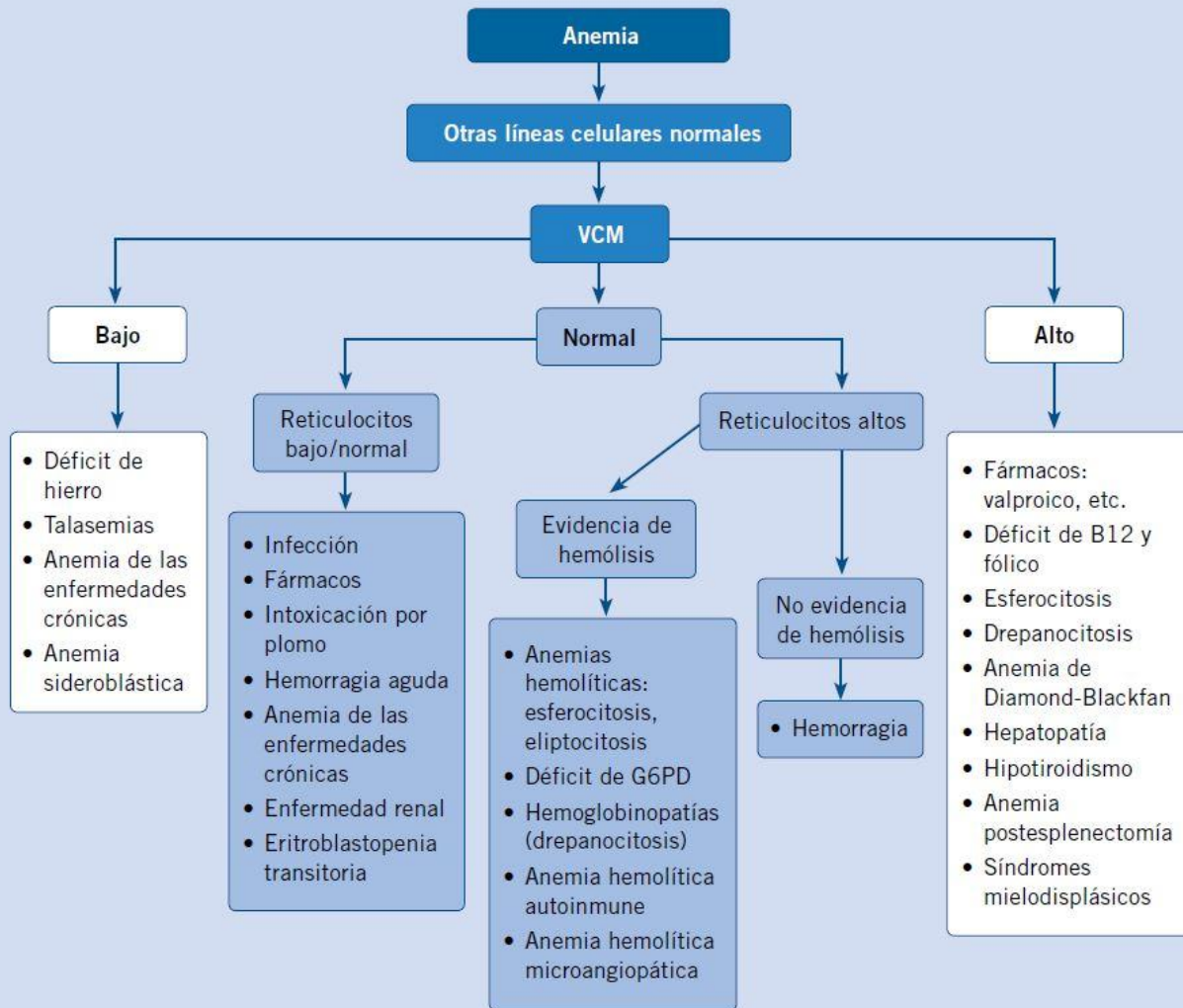
Analítica de sangre (AS): **Hemoglobina (Hb) 4,8 g/dL**,
Hematocrito 15,2%, **VCM 79,5 fL** → **Anemia ferropénica**
→ **Trasfusión concentrado de hematíes (CH) + Hierro intravenoso**

Día 30/12 acude de nuevo por **regular estado general y decaimiento**

AS: **Hb 5,5 g/dl** → **Trasfunde CH**. Resto de pruebas normales



Algoritmo diagnóstico a partir de los datos hematológicos básicos



VCM: volumen corpuscular medio; G6PD: glucosa 6-fosfato deshidrogenasa.



ANAMNESIS Y DATOS RELEVANTES

Antecedentes rama materna: tío cáncer gástrico a los 40 años, abuelo cáncer orofaríngeo, abuela cáncer de mama y tío abuelo cáncer de páncreas

Anamnesis a los padres:

- **Astenia**
- **Palidez**
- **Pérdida de 2kg** en los últimos días
- **Estreñimiento de 48h.**

Sangre Oculta en Heces → **Melenas**



**Ecografía
abdomen (Eco)**

Tabla I. Etiología de la hemorragia digestiva alta por edad^(1,3-6)

<i>Neonato</i>	<i>Lactante-preescolar</i>	<i>Escolar-adolescente</i>
Sangre materna deglutida	Gastritis/úlceras de estrés o erosivas por AINEs	Síndrome de Mallory-Weiss*
Enfermedad hemorrágica del recién nacido (déficit de vitamina K)	Ingesta de cáusticos o cuerpos extraños	Gastritis/úlceras pépticas
Úlcera/gastritis de estrés	Síndrome de Mallory-Weiss*	Varices esofágicas/gástricas
Malformación gastrointestinal	Esofagitis péptica/infecciosa	Esofagitis
Alergia a proteína de leche de vaca	Malformación gastrointestinal/Obstrucción GI	Ingesta de cuerpo extraño o cáusticos
Enterocolitis necrotizante y sepsis	Alergia a proteína de leche de vaca	Trastornos de la coagulación
Trauma tras colocación SNG	Varices esofágicas	Enfermedad de Crohn
	Púrpura Schönlein-Henoch	Obstrucción intestinal

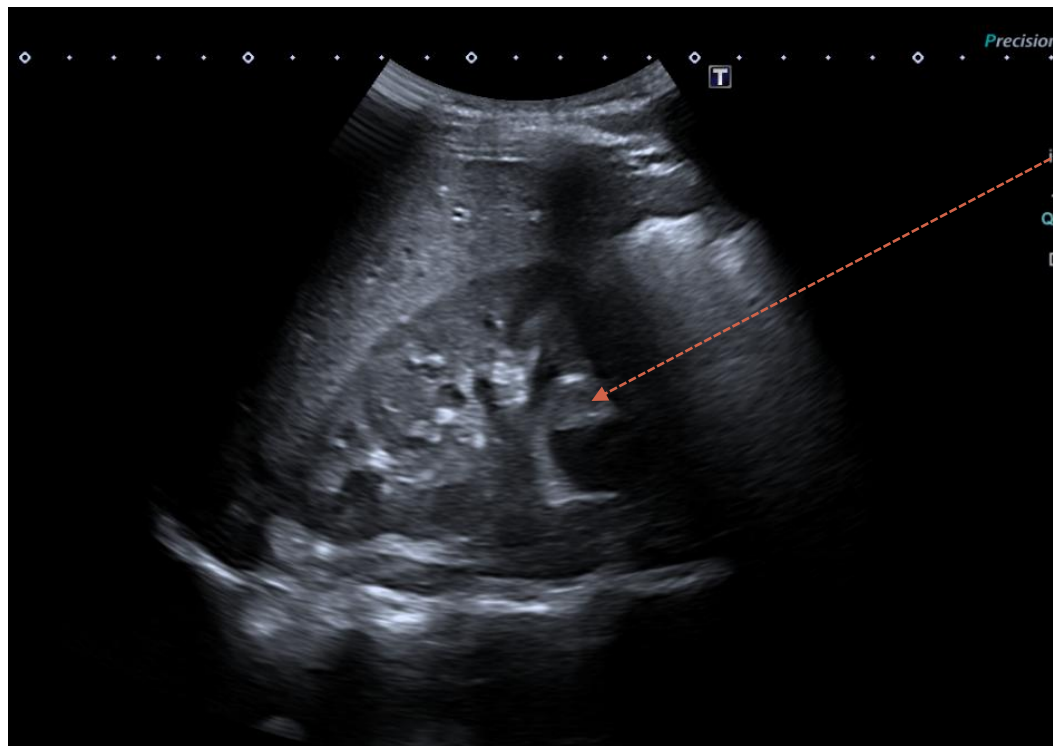
Otras causas menos frecuentes: malformaciones vasculares (hemangiomas, lesión de Dieulafoy...), vasculitis, fístulas aorto-esofágicas, telangiectasia hemorrágica hereditaria, pólipos gástricos, páncreas anular, úlceras de anastomosis posquirúrgicas, hemobilia...

*Desgarro de la mucosa esofágica secundaria a vómitos repetidos.

AINEs: antiinflamatorios no esteroideos; GI: gastrointestinal; SNG: sonda nasogástrica.



PRUEBAS COMPLEMENTARIAS



ECO: Masa entre cámara gástrica y páncreas de **64x30mm**



Traslado al HGUA
01/01

Gastroscoopia 02/01: lesión redondeada 3cm ulcerada → GIST?

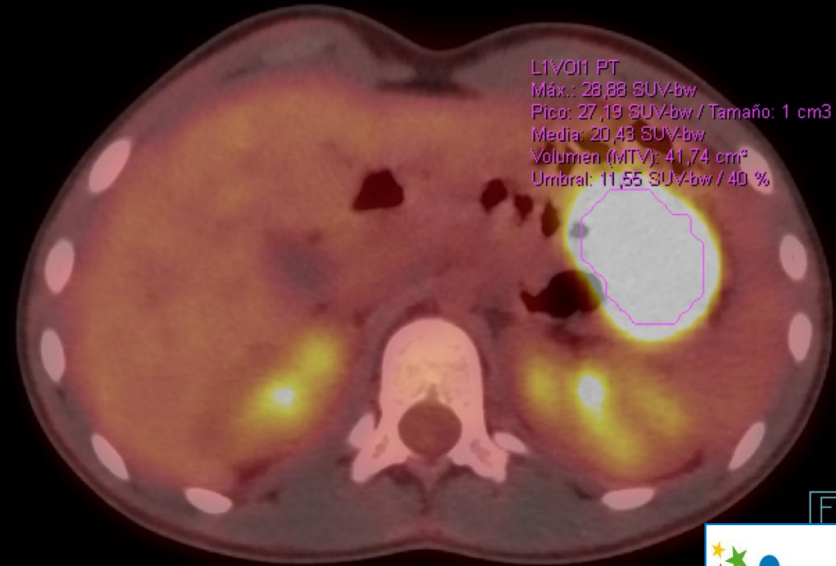
¿GIST?



TC 03/01: Tumoración dependiente de la pared del cuerpo gástrico, con crecimiento endoluminal y exofítico, considerar GIST

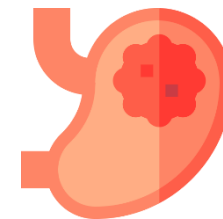
Con referencia: 03/01/2025
6 días transcurridos

PET-TC (09/01): Lesión hipermetabólica en cuerpo gástrico de contornos redondeados y crecimiento exofítico sugestivo de malignidad





TUMORES ESTROMALES GASTROINTESTINALES (GIST)



- **1,4 y 2,7%** ocurre en niños y adolescentes
- Sólo 25 niños <15 años se han publicado en la literatura
- Estos tumores **pueden ulcerarse y sangrar**
- En niños, la localización más frecuente es el **estómago**
- Los GIST en niños metastatizan con menos frecuencia que en adultos y cuando lo hacen el hígado
- Un **tamaño tumoral > a 5cm**, tiene más riesgo de recurrencia y de metastatizar

Resultados AP del paciente

13 años

Hombre

Epitelioide

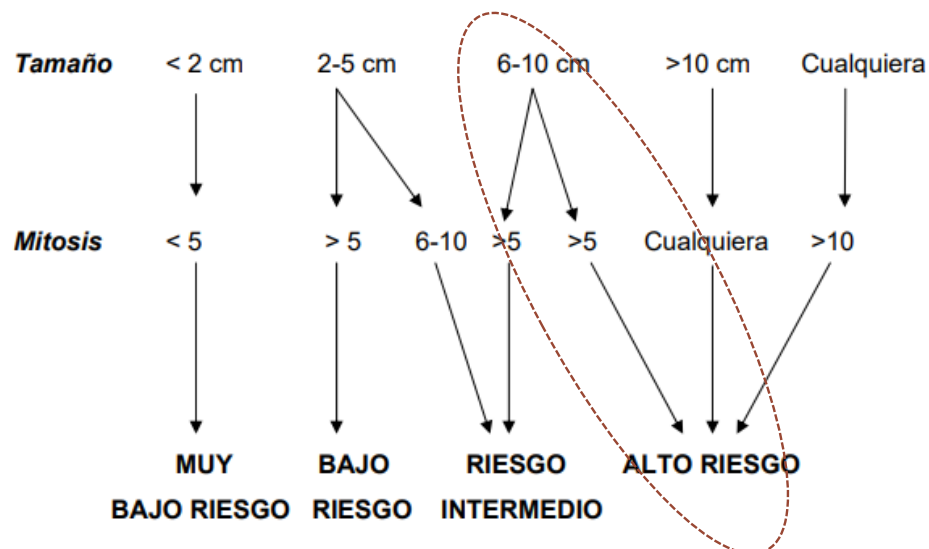
En estudio - CKIT

Anemia y sangrado

TABLA 1- Presentación clínica de los GIST

	Niños	Adultos
Edad	12.4 años	>40 años
Sexo (M:H)	2.7:1	1:1
Tipo histológico	Epitelioide (40.7%)	Fusiforme (70%)
Mutaciones receptor	Raro, sugestivo síndrome	>80%
Síntomas	Anemia crónica (86.4%) Tumor palpable (11.9%) Dolor abdominal (15.3%)	Sangrado G-I (40%) Tumor palpable (40%) Dolor abdominal (20%)

FIGURA 1.- Algoritmo para determinar el riesgo de malignidad en los GIST





TRATAMIENTO



1. **Cirugía en bloque (10/01) → Gastrectomía atípica (en cuña) + exéresis total de tumor gástrico**
2. **Tratamiento adyuvante → Imatinib dosis de 400 mg/día durante mínimo 1 año.**

SEGUIMIENTO



TAC/PET cada 3 meses durante 2 años → cada 6 meses durante 2 años más → anualmente.

AS periódicas para control de efectos adversos de la medicación.

MENSAJES PARA LA MOCHILA



1. Toda anemia en paciente pediátrico debe buscarse su etiología
2. Relevancia del contexto familiar y antecedentes en la orientación diagnóstica
3. Trabajo multidisciplinar: Comité de tumores pediátricos (radiólogos, anatomía patológica, oncología, cirugía...)
4. Importancia de revisar los protocolos y la literatura, sobre todo, en los tumores menos prevalentes

BIBLIOGRAGÍA

SEHOP. Guía GIST 2014. Grupo SEHOP Tumores poco frecuentes [Internet]. 2014 [citado el 18 de enero de 2025]. Disponible en: <https://www.sehop.org/wp-content/uploads/2015/07/Gu%C3%ADa-GIST-2014.-Grupo-SEHOP-Tumores-poco-frecuentes.pdf>

Raitio A, Salim A, Mullassery D, Losty PD. Current treatment and outcomes of pediatric gastrointestinal stromal tumors (GIST): a systematic review of published studies. *Pediatr Surg Int*. 2021 Sep;37(9):1161-5.

Pediatría Integral. Exploraciones clínicas, bioquímicas y técnicas de imagen en la valoración de la patología digestiva y hepatobiliar [Internet]. 2015 [citado el 18 de enero de 2025]. Disponible en: <https://www.pediatriaintegral.es/publicacion-2015-01/exploraciones-clinicas-bioquimicas-y-tecnicas-de-imagen-en-la-valoracion-de-la-patologia-digestiva-y-hepatobiliar/>

