

Gastroenterología

CAUSA ATÍPICA DE RECTORRAGIA

¹Gema Gigante González de la Aleja, ²Ángel Romo Navarro,
²Yasmina Hernández Martín, ¹Carlos Vicente Hernández, ¹Laura López Torres,
¹Raquel Lomas Pérez, ¹Ana Zaida Gómez Moreno, ¹María Abanades Tercero,
¹Diego Muñoz López, ¹Rafael Ángel Gómez Rodríguez

¹Servicio de Aparato Digestivo, ²Servicio de Anatomía Patológica

Hospital Virgen de la Salud, Toledo

Introducción: La rectorragia es un signo clínico que consiste en la emisión de sangre roja por el ano de forma aislada o con las heces, siendo un motivo frecuente de consulta en urgencias hospitalarias en nuestro medio. Puede ser manifestación de patología anorrectal, divertículos, pólipos e incluso patología neoplásica o enfermedad inflamatoria intestinal.

Caso clínico: Varón de 56 años, con antecedentes de esquizofrenia paranoide estable en tratamiento con risperidona.

Es derivado a Urgencias por rectorragia franca. Los familiares describen pérdida de peso de 10 kg y alteración del ritmo intestinal en los últimos 3 meses. En la analítica destaca hemoglobina de 8 mg/dl (con valores previos en torno a 14 mg/dl), además de leve hipertransaminasemia con bilirrubina normal, por lo que ingresa para completar estudio.

Se realizó colonoscopia, objetivándose únicamente restos hemáticos por todo el colon sin lesiones potencialmente sangrantes. Se solicitó ecografía abdominal, que describe masa sólida abdominal con estructuras vasculares y áreas de necrosis.

Dados los hallazgos, se completó estudio con TC y biopsia guiada, observándose masa abdominal intraperitoneal mesentérica de 23x12x27 cm que desplaza estructuras, sin conseguir distinguir punto de conexión con tubo digestivo. La anatomía patológica fue

informada como tumor del estroma gastrointestinal (GIST) C-KIT positivo con índice proliferativo bajo. Se amplió estudio con gastroscopia, que resultó normal.

Se decidió, en comité multidisciplinar con Oncología y Cirugía General, iniciar tratamiento con Imatinib para al menos, estabilizar tamaño del tumor y disminuir vascularización, con el objetivo de intentar a medio plazo cirugía de resección tumoral (actualmente alto riesgo quirúrgico por vascularización aberrante y tumor sin claros planos de separación con estructuras abdominales).

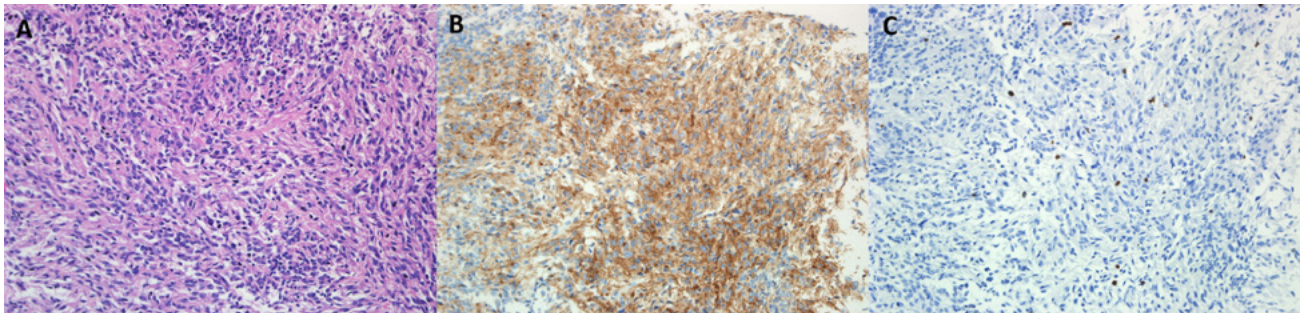
Figura 1. Gran masa abdominal intraperitoneal, mesentérica que desplaza los vasos mesentéricos, asas intestinales, recto y vejiga y crece en dirección caudal, ocupando la pelvis menor. Tamaño aproximado 237 x 125 x 271 mm.



Discusión: Los GIST son neoplasias estromales subepiteliales, localizándose con mayor frecuencia en estómago e intestino delgado proximal. La presentación clínica más frecuente es la hemorragia digestiva seguida de dolor abdominal, aunque en ocasiones se diagnostica por hallazgo incidental. Si bien el diag-

nóstico lo establece la histología, la distinción entre tumores subepiteliales viene dado por la genética molecular, siendo el 95% de GIST positivos para C-KIT. El tratamiento se basa en terapia sistémica con inhibidores de tirosina quinasa (imatinib) y resección quirúrgica (si es posible).

Figura 2. Microbiopsia donde se observan células fusiformes con leve atipia nuclear (A) positivas para C-KIT (CD117) (B), negativas para CKAE1/AE3. Muestran un índice proliferativo medido con ki67 del 5% (C). Compatible con tumor del estroma gastrointestinal (GIST)



¿QUÉ HAY DETRÁS DE LA HIPERAMILASEMIA? MÁS ALLÁ DE LA PANCREATITIS AGUDA

Irene Latras Cortés, Victoria Isabel Cano López, Sandra Diez Ruiz, Rubén Pérez Fernández, Laura Alcoba Vega, Rita González Núñez, Víctor Blázquez Ávila, Isabel González Puente, Jesús Espinel Díez, Francisco Jorquera Plaza, Agustín Herrera Abián

Complejo Asistencial Universitario de León

Introducción: La pancreatitis aguda es uno de los diagnósticos más frecuentes en los Servicios de Aparato Digestivo. Sin embargo, la hiperamilasemia abarca un amplio diagnóstico diferencial y serán la anamnesis y exploración física las que nos brinden el diagnóstico definitivo.

Caso clínico: Presentamos el caso de un varón de 62 años que acude a Urgencias por dolor abdominal. Antecedentes: bebedor, HTA, DM, dislipemia, flutter auricular, cardiopatía isquémica, enfermedad severa de tronco y tres vasos revascularizada y vasculopatía periférica.

En la anamnesis, refiere dolor epigástrico de 3 horas de evolución, iniciado después de comer e irradiado hacia los hipocondrios hasta la espalda. No náuseas, vómitos, fiebre, alteración del ritmo intestinal, ictericia, prurito, coluria ni acolia. No antecedentes de cólicos biliares.

A la exploración, presenta febrícula y el abdomen está blando, depresible, no doloroso tras analgesia intravenosa, sin signos de irritación peritoneal, con RHA presentes y con signos de Blumberg y Murphy negativos.

En la analítica destacan: transaminasas normales, amilasa de 337 U/L, PCR 1.3 mg/L, PCT 0.065 ng/ml y 3900 leucocitos/microlitro con 5% cayados y 85% segmentados. Desde Urgencias se solicita una ecografía abdominal, que se informa como normal. Ante la pluriopatología del paciente y las dudas diagnósticas solicitamos un TC abdominal, en el que se observa un absceso en mediastino inferior rodeando esófago distal y cardias con neumomediastino y retroneumoperitoneo (**Figura 1**). Reinterrogando al paciente, comenta que tuvo náuseas y arcadas con un trozo de salchicha previo al inicio del dolor.

Discusión: Las cifras altas de amilasa no se deben en exclusiva a pancreatitis aguda, y es importante te-

ner en mente otros diagnósticos como colecistitis, colangitis, perforación de víscera hueca, isquemia mesentérica, patología ginecológica, infarto de miocardio o aneurisma de aorta abdominal.

El síndrome de Boerhaave se trata de una perforación espontánea del esófago tras un aumento de su presión generalmente secundario a vómitos. Es un cuadro infrecuente que implica la contaminación de la cavidad mediastínica con contenido gástrico. Suelen presentar dolor torácico y epigástrico, así como enfisema subcutáneo. Tras varias horas de evolución, pueden desarrollar disnea y sepsis. En el diagnóstico, aunque la radiografía de tórax puede revelar neumoperitoneo, generalmente se necesita un TC. El tratamiento requiere un manejo inicial con dieta absoluta, sueroterapia y antibioterapia, y posteriormente valoración de tratamiento quirúrgico o endoscópico según las características del paciente y la experiencia del centro.

Figura 1. TC abdominal, en el que se observa un absceso en mediastino inferior rodeando esófago distal y cardias con neumomediastino y retroneumoperitoneo



PANICULITIS MESENTÉRICA COMO FORMA DE DEBUT DE UN LINFOMA B

González Martínez M, Millán Lorenzo M.E., García Alles L., Taheri Mohsen-Sadjadi R., Ruiz-Zorrilla López R., Palomares Rivas P.J., Fernández Forcelledo J.L., López Fernández E., Rodríguez Escaja C., Ortiz de Diego M.R.

Servicio de Aparato Digestivo, Hospital Sierrallana, Torrelavega, Cantabria

Introducción: La paniculitis mesentérica suele ser una enfermedad benigna que se diagnostica habitualmente por pruebas de imagen. Sin embargo, puede aparecer, infrecuentemente, en algunas patologías tumorales. Debido a la baja incidencia de malignidad, no se suele sospechar al inicio del cuadro, retrasando el diagnóstico y empeorando el pronóstico. Presentamos el caso de una mujer que se diagnosticó de un linfoma B, cuando todas las pruebas radiológicas orientaban hacia una patología mesentérica benigna.

Caso clínico: Mujer de 67 años con dolor abdominal y diarrea leve intermitente, sin alteraciones a la exploración ni analíticas. En ecografía se observó aumento de ganglios mesentéricos de significado incierto. Se solicitó TAC, observando alteración de la grasa mesentérica, respetando estructuras vasculares, con pseudocápsula en su región anterior y múltiples ganglios linfáticos en su interior, muy sugestivo de paniculitis esclerosante benigna, sin poder descartar malignidad (**figuras 1 y 2**). Se solicitó PET que objetivó aumento de actividad metabólica de aspecto nodular difuso en mesenterio, en probable relación con patología inflamatoria, sin poder tampoco descartar malignidad (**figura 3**). Durante el tiempo del estudio, la diarrea había remitido y el dolor había disminuido. Pese a ello, se decide solicitar ecoendoscopia que observa ganglios aumentados de tamaño, con morfología conservada, poco sospechosos de malignidad. Se realiza punción,

con diagnóstico anatomopatológico de linfoma B. Se completa con biopsia de médula ósea, objetivando infiltración, sin afectación a otros niveles en el estudio de extensión. Actualmente la paciente está en tratamiento quimioterápico.

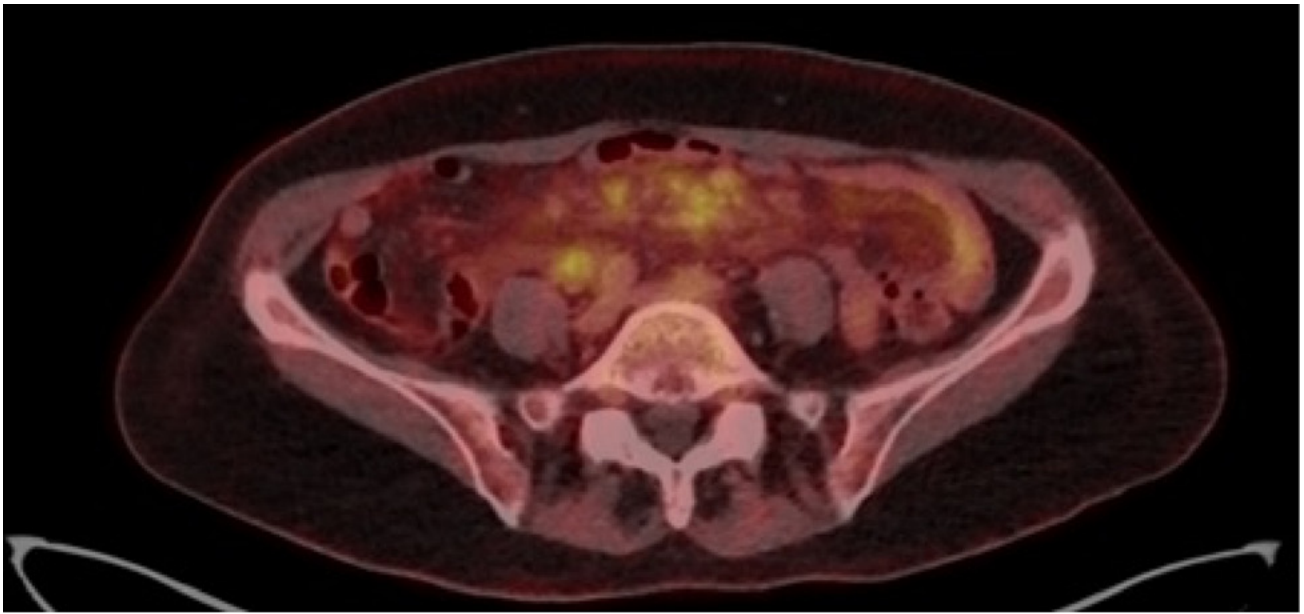
Discusión: La paniculitis es una inflamación del mesenterio con múltiples etiologías, casi todas de carácter benigno. Sin embargo, algunas patologías malignas también pueden producirlo y, en ocasiones, el diagnóstico diferencial es difícil. El diagnóstico inicial se realiza con pruebas de imagen, siendo necesario la realización de biopsia para el diagnóstico de certeza. Los linfomas mesentéricos suelen presentarse como crecimiento de adenopatías, formando conglomerados, siendo menos frecuente que debuten como una paniculitis, por lo que, en estos casos, el diagnóstico se suele retrasar. Consideramos que nuestro caso es interesante, dado que, a pesar de que todas las pruebas de imagen, pese a no ser típicas, orientaban a patología benigna y la clínica de la paciente había mejorado, finalmente la paciente fue diagnosticada de linfoma B en la anatomía patológica. Por ello, queremos poner de manifiesto la necesidad de realizar estudio histológico siempre que haya la mínima duda en el estudio radiológico, para no retrasar el diagnóstico de patología tumoral, empeorando con ello el pronóstico de la enfermedad.

Figura 1.



Figura 2.

Figura 3.



PSEUDOACALASIA ANÁLISIS DE NUESTRA SERIE DE CASOS

Irene Latras Cortés, Sandra Diez Ruiz, Laura Alcoba Vega, Rita González Núñez, Rubén Pérez Fernández, Victoria Isabel Cano López, Víctor Blázquez Ávila, Isabel González Puente, Luis Manuel Vaquero Ayala, Santiago Vivas Alegre, Francisco Jorquera Plaza, Ana Belén Domínguez Carbajo

Complejo Asistencial Universitario de León

Introducción y objetivos: La pseudoacalasia se trata de un trastorno motor esofágico poco frecuente (4% de los diagnósticos de acalasia), indistinguible de esta última en cuanto a la forma clínica de presentación y los hallazgos manométricos. Aunque existen causas benignas, cabe destacar las de origen neoplásico por la importancia de un diagnóstico precoz para mejorar la supervivencia.

El objetivo fue realizar un análisis descriptivo de los pacientes diagnosticados de pseudoacalasia de origen tumoral en nuestro Hospital: edad al diagnóstico, pruebas complementarias, tumor primario, tratamiento realizado y supervivencia.

Métodos: Llevamos a cabo una revisión de los casos de acalasia diagnosticados en la Unidad de Motilidad desde enero de 2015 hasta febrero de 2021 (n=55), y seleccionamos aquellos que se trataban de pseudoacalasia de origen tumoral (n=4), siendo la indicación de manometría la disfagia esofágica.

Resultados: En nuestra serie de casos, la edad media de los pacientes al diagnóstico fue de 69 años (42-85), la mitad de ellos varones. Los síntomas más frecuentes fueron la disfagia a sólidos y líquidos y la pérdida importante de peso.

La causa de la pseudoacalasia fue: cáncer de páncreas que invadía cardias y cruras diafragmáticas, carcinoma indiferenciado pleomórfico mediastínico que infiltraba la pared esofágica, neoplasia de ovario con carcinomatosis peritoneal y síndrome paraneoplásico por cáncer renal.

Fueron tratados con toxina botulínica (2), dilatación esofágica (1) y prótesis (1).

Como pruebas complementarias se realizó manometría, gastroscopia y TC toracoabdominal en el 100%,

ecoendoscopia en el 50% y estudio esofagogastrodudenal en el 50%.

El patrón de acalasia más frecuente fue el tipo II (3 casos), siendo el otro acalasia tipo III.

Tres de los pacientes fueron éxitos con una supervivencia media desde el diagnóstico manométrico de acalasia de 1,5 años, permaneciendo viva la paciente con cáncer ovárico en el momento actual.

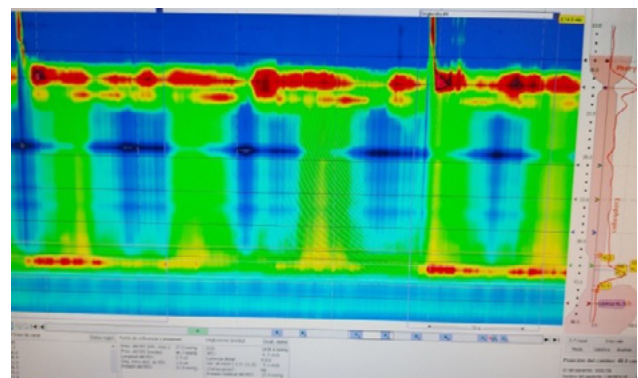
Conclusiones:

- Ante el diagnóstico reciente de acalasia, sobre todo si la disfagia es de rápida evolución y presenta síndrome general, es necesario descartar una neoplasia subyacente.

- No hay que limitarse a descartar patología en tórax o en unión esofagogástrica, ya que puede existir enfermedad a distancia e incluso tratarse de un síndrome paraneoplásico.

- Ante el hallazgo manométrico de acalasia y aunque la gastroscopia resulte normal, la realización de TC y/o USE precoz ayuda a descartar pseudoacalasia de origen maligno.

Figura 1.



¿HIPERAMILASEMIA? NO SIEMPRE ES EL PÁNCREAS

Olcina Domínguez P, Suarez Matías M, Gil Rojas S, López Moreno B, Valiente González L, del Moral Martínez M, Martínez Pérez T, Martínez Fernández R, Viñuelas Chicano M, Gómez Ruiz CJ, Pérez García JI, Pérez Vígara MG, Morillas Ariño MJ, García-Cano Lizcano J

Hospital Virgen de la Luz, Cuenca

Introducción: En la mayoría de las ocasiones una elevación de la amilasa 3 veces por encima de la normalidad junto a dolor abdominal suele deberse a una pancreatitis aguda, pero debemos asegurarnos de que el dolor cumpla las características, ya que podríamos encontrarnos ante un diagnóstico diferente.

Caso clínico: Hombre de 74 años, sin hábitos tóxicos y con antecedente de diabetes mellitus tipo 2 con mal control glucémico, que acude a urgencias por dolor abdominal localizado en hemiabdomen izquierdo de pocas horas de evolución asociado a fiebre de 38°C.

En analítica extraída en urgencias destaca leucocitosis, elevación de reactantes de fase aguda y elevación de amilasa de 569 U/L con leve acidosis metabólica en la gasometría venosa, se solicitó una ecografía abdominal urgente que no reveló hallazgos patológicos.

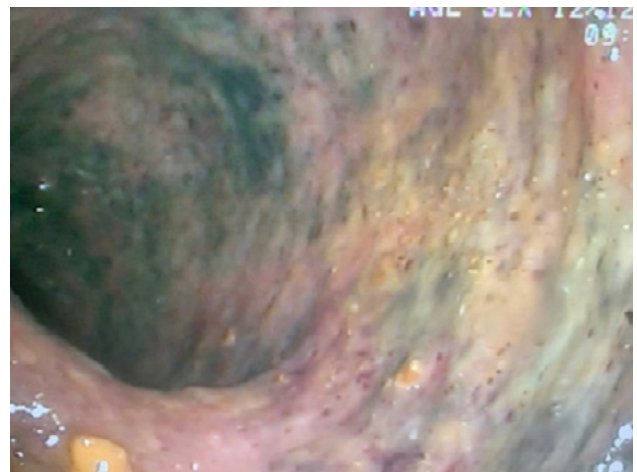
Inicialmente el cuadro se enfocó como una pancreatitis aguda, pero durante su estancia en urgencias el paciente presenta varias deposiciones diarreicas e importante dolor abdominal que requiere incluso de cloruro mórfico iv para su control y posteriormente inestabilidad hemodinámica que precisó drogas vasoactivas. Se inició cobertura empírica con Piperacilina-Tazobactam y ante el empeoramiento clínico se solicitó TAC abdominopélvico con contraste que no describía alteraciones de la glándula pancreática pero, como único hallazgo, describía engrosamiento de las paredes de recto y sigma.

Una vez estabilizado el paciente se nos solicita valoración endoscópica del colon, que presenta una coloración negruzca desde recto distal hasta ángulo esplénico, visualizándose a nivel de colon transverso una mucosa friable y ulcerada de aspecto isquémico, todo ello compatible con una colitis isquémica grave con necrosis mucosa establecida a nivel de colon izquierdo y recto.

El paciente fue desestimado para intervención quirúrgica y finalmente falleció.

Discusión: El diagnóstico de pancreatitis aguda se realiza cuando se cumplen dos de tres criterios posibles; una amilasa o lipasa tres veces superior a la normalidad, dolor típico y prueba de imagen compatible. Asumir que toda elevación significativa de amilasa equivale a pancreatitis aguda puede hacernos realizar un diagnóstico erróneo y perder un tiempo esencial para iniciar tratamiento del origen del cuadro, pudiendo tener consecuencias graves para el paciente.

Figuras 1 y 2.



HALLAZGO INCIDENTAL DE VESÍCULA PERFORADA

Olcina Domínguez P, Suarez Matías M, Gil Rojas S, López Moreno B, del Moral Martínez M, Valiente González L, Martínez Pérez T, Martínez Fernández R, Viñuelas Chicano M, Gómez Ruiz CJ, Pérez García JI, Pérez Vigara MG, Morillas Ariño MJ, García-Cano Lizcano J, González de Frutos C, Artaza Varasa T, Gómez Rodríguez RA.

Hospital Virgen de la Luz, Cuenca

Introducción: La perforación vesicular es una rara complicación de la colecistitis aguda con una elevada tasa de mortalidad. Para su diagnóstico la técnica de elección es el TAC abdominal.

Caso clínico: Hombre de 77 años, diagnosticado de pancreatitis crónica, que acude al servicio de Digestivo para la realización de una ecografía de control.

En la ecografía se visualiza un engrosamiento de la pared de la vesícula biliar de 4mm con imagen de doble contorno repleta de barro biliar y colelitiasis que presenta imagen de pérdida de continuidad de la pared de 3mm (signo del agujero) compatible con perforación vesicular, observándose a través de la cual contenido a una colección de 59x57mm perivesicular, hipoecoica, mal delimitada, que parece contenida por el hígado.

Reinterrogando al paciente, no ha presentado fiebre ni clínica distérmica, tampoco dolor abdominal. Únicamente refiere astenia y empeoramiento del estado general en las últimas 72h, pero decidió no consultar debido a la pandemia. Se derivó al paciente al servicio de urgencias para la realización de un TAC abdominal que confirmó el diagnóstico.

Discusión: El caso que presentamos destaca por la poca sintomatología presentada por el paciente. La no presencia de dolor podría explicarse por la propia perforación, que evita la distensión vesicular y al encontrarse ésta y la colección secundaria contenidas por el hígado, evitando que se produzca una peritonitis. El tratamiento de la colecistitis aguda perforada consiste

en antibioterapia de amplio espectro e intervención quirúrgica urgente, previa confirmación del diagnóstico mediante TAC abdominal con contraste.

Figura 1.



HEMATOMA INTRAMURAL ESPONTÁNEO DE INTESTINO DELGADO: UNA CAUSA DE ABDOMEN AGUDO EN PACIENTES ANTICOAGULADOS

Gil Rojas, S; Suárez Matías, M; Olcina Domínguez, P; López Moreno, MB;
Valiente González, L; del Moral Martínez, M; Martínez Pérez, T;
Martínez Fernández, R; Viñuelas Chicano, M; Gómez Ruíz, CJ;
Morillas Ariño, J; Pérez García, JI; García-Cano Lizcano, J.

Servicio de Aparato Digestivo del Hospital Virgen de la Luz, Cuenca

Introducción: El hematoma intramural espontáneo (HIE) de intestino delgado es una causa infrecuente de dolor abdominal agudo en pacientes anticoagulados.

Caso clínico: Un varón de 72 años, portador de prótesis metálica mitral y anticoagulado con Acenocumarol, acudió a Urgencias por dolor abdominal, vómitos y ausencia de deposición. La exploración física objetivó dolor difuso y distensión abdominal. La analítica mostró elevación de reactantes de fase aguda y alargamiento de los tiempos de coagulación (INR: 5.7). En la tomografía computarizada (TC) de abdomen (**Figura. 1**) se observó un marcado engrosamiento de un segmento largo de yeyuno, con hiperdensidad mural (52 Unidades Hounsfield), líquido libre intraperitoneal y dilatación proximal de asas intestinales, en relación a suboclusión intestinal secundaria a HIE. Debido a que el paciente presentaba estabilidad hemodinámica y ausencia de peritonismo se decidió manejo conservador, evolucionando favorablemente tras reversión de anticoagulación con vitamina K. Se reinició anticoagulación a las 2 semanas del inicio de los síntomas, sin objetivarse alteraciones en la TC control realizada un mes después.

Discusión: La presentación clínica del HIE es variable, siendo los síntomas más habituales el dolor abdominal y los signos de obstrucción intestinal. La sobredosificación por anticoagulantes es la causa más frecuente. La TC sin contraste es la prueba de imagen de elección, siendo característico un engrosamiento e

hiperdensidad mural, con disminución de la luz intestinal que puede acompañarse de signos de obstrucción. El uso de contraste intravenoso/oral podría enmascarar la hiperdensidad y el sangrado intraluminal. La endoscopia no tiene un papel definido en el diagnóstico, pero podría utilizarse como herramienta terapéutica. El diagnóstico precoz es fundamental para evitar laparotomías innecesarias, debido a que la evolución suele ser favorable con tratamiento conservador, reservándose la cirugía ante inestabilidad hemodinámica o duda diagnóstica. El tratamiento anticoagulante se reinicia una vez resuelto el hematoma, no habiéndose descrito recurrencias a largo plazo.

Figura 1. Corte axial de TC abdominal sin contraste IV que evidencia engrosamiento simétrico hiperdenso de segmento largo de yeyuno (flecha) con edema de meso adyacente y líquido libre



ISQUEMIA INTESTINAL: IMPORTANCIA DE UN DIAGNÓSTICO PRECOZ

Gil Rojas S, Suárez Matías M, Olcina Domínguez P, López Moreno MB, Valiente González L, del Moral Martínez M, Martínez Pérez T, Martínez Fernández R, Viñuelas Chicano M, Gómez Ruíz CJ, Morillas Ariño J, Pérez García JI, García-Cano Lizcano J.

Servicio de Aparato Digestivo del Hospital Virgen de la Luz de Cuenca

Introducción: La isquemia intestinal se produce cuando el flujo sanguíneo del territorio mesentérico resulta insuficiente para los requerimientos del intestino. Esta interrupción del flujo puede presentarse de forma aguda, crónica, o bien obedecer a fenómenos transitorios de isquemia como en el caso de la colitis isquémica. Debido al envejecimiento de la población, su prevalencia ha aumentado.

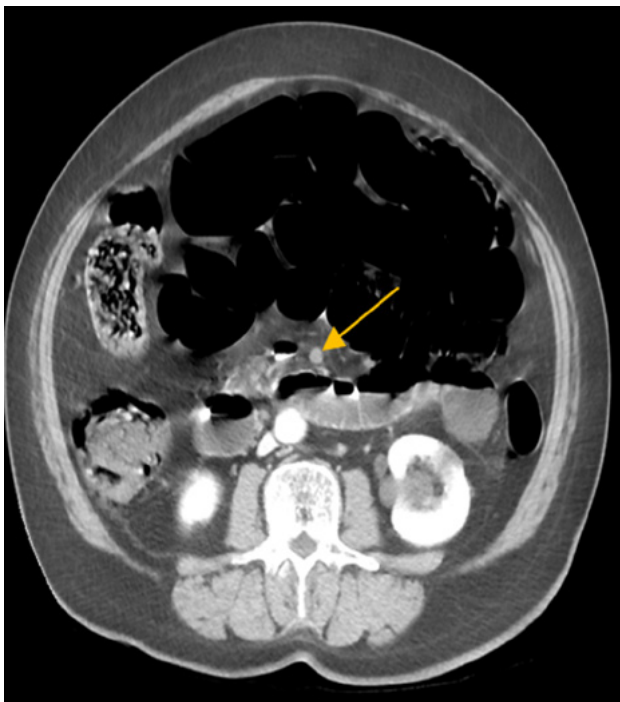
Caso clínico: Mujer de 76 años, con antecedentes personales de estreñimiento crónico de probable origen funcional y colecistectomía por cólicos biliares de repetición, que acude a Urgencias por intenso dolor abdominal generalizado, continuo, de horas de evolución asociado a dos vómitos postprandiales alimentarios. Refiere llevar días más estreñida, por lo que se había administrado un enema, realizando deposición escasa sin productos patológicos. En la exploración física se objetiva un abdomen distendido, difícilmente deprimible, doloroso a la palpación con ausencia de ruidos hidroaéreos. En la analítica destaca leucocitosis, aumento de LDH y una acidosis metabólica con lactato elevado, por lo que se inicia corrección con bicarbonato y antibioterapia empírica con Meropenem. Ante estos hallazgos, se realiza tomografía computarizada (TC) de abdomen con contraste (**Figuras. 1 y 2**) visualizándose una trombosis de la arteria mesentérica superior (AMS) con signos de sufrimiento intestinal, en relación con sospecha diagnóstica de isquemia intestinal aguda. Tras explicar la situación de gravedad a paciente y familiares, se realiza laparotomía exploradora urgente (**Figura.3**) evidenciando extensa área de necrosis, que incluye 3 metros de intestino delgado y colon derecho, quedando únicamente viables 25 centímetros de yeyuno proximal. Ante la irreversibilidad del cuadro se decide no realizar más maniobras, falleciendo la paciente a las pocas horas.

Figura 1. Corte sagital de tomografía computarizada mostrando oclusión total de la arteria mesentérica superior (flecha) con recanalización distal



Discusión: La isquemia mesentérica aguda tiene lugar cuando el aporte de sangre dependiente de la AMS se interrumpe de forma abrupta, pudiendo afectar tanto al intestino delgado como al colon derecho. Representa un tercio de todas las formas de isquemia intestinal, siendo la trombosis de la AMS su forma de presentación más frecuente, en relación a arteriosclerosis marcada, vasculitis o aneurismas de aorta. En su presentación clínica, es frecuente dentro de las primeras 12 horas, un dolor abdominal de intensidad desproporcionada en relación con los hallazgos detectados en

Figura 2. Corte axial de tomografía computarizada evidenciando trombosis en la arteria mesentérica superior (flecha) con isquemia de asas intestinales



el examen físico, dificultando su diagnóstico precoz. La TC con contraste ofrece un rendimiento diagnóstico similar al de la angiografía. No se debe retrasar la realización de una laparotomía en pacientes con peritonitis, sépticos e inestables, para intentar una revascularización precoz que limite al máximo la resección intestinal, disminuyendo su elevada mortalidad.

Figura 3. Laparotomía exploradora con necrosis extensa de asas intestinales



EVALUACIÓN DE LA EXACTITUD DEL TEST DE ANTÍGENO EN HECES "LIAISON® MERIDIAN" PARA EL DIAGNÓSTICO DE HELICOBACTER PYLORI: ESTUDIO MULTICÉNTRICO

Elena Resina Sierra¹, María García Donday¹, Samuel Jesús Martínez Domínguez², Emilio José Laserna Mendieta³, Noelia Alcaide Suárez⁴, Javier Alcedo González⁵, Raúl Rodríguez Insa⁶, Olga P. Nyssen¹, Javier P. Gisbert¹

¹Servicio Aparato Digestivo. Hospital Universitario de La Princesa. Instituto de Investigación Sanitaria Princesa (IIS-IP). Universidad Autónoma de Madrid (UAM). Centro de Investigación Biomédica en Red de Enfermedades Hepáticas y Digestivas (CIBEREHD)

²Hospital Clínico Universitario Lozano Blesa de Zaragoza

³Servicio de Análisis Clínicos del Hospital Universitario de La Princesa. Unidad de investigación del Hospital General de Tomelloso, Ciudad Real

⁴Servicio de Aparato Digestivo. Hospital Clínico Universitario de Valladolid. Gerencia Regional de Salud (SACYL)

⁵Hospital Universitario Miguel Servet de Zaragoza

⁶Hospital General Universitario de Castellón.

Antecedentes: La detección de *H. pylori* mediante un test de antígeno en heces (TAH) representa una atractiva alternativa. Nuestro objetivo fue determinar la exactitud diagnóstica de un nuevo TAH comparándolo con el test del aliento (TAU) como referencia.

Pacientes y métodos: Estudio prospectivo y multicéntrico realizado en 11 centros españoles. Se incluyeron pacientes mayores de 18 años con indicación, según práctica clínica, de realización de un TAU, ya fuera para el diagnóstico inicial (en pacientes sin tratamiento previo) o para la confirmación de la erradicación. Se excluyeron aquellos pacientes con toma de IBP en los últimos 15 días, antibiótico en el último mes e intervención quirúrgica gástrica. Se realizó un TAH LIAISON® Meridian, un ensayo inmuno-quimioluminiscente (CLIA) que utiliza anticuerpos monoclonales, sobre una muestra de heces recogida de 24 a 36 horas antes o después del TAU, que se consideró método de referencia.

Resultados: Se ha realizado un análisis preliminar sobre 72 pacientes incluidos hasta el momento (tamaño muestral final: 266 pacientes). El 64% eran mujeres, con edad media de 46 años (rango 22-79). Se presentan los resultados globales sin subanalizar por grupos (pre y post-tratamiento) debido al todavía escaso tamaño muestral. Con los puntos de corte recomendados por el fabricante (TAH negativo <0,90 y positivo ≥1,10), los re-

sultados de exactitud diagnóstica fueron: sensibilidad (S): 75% (IC 95%, 48-92%); especificidad (E): 96% (88-100%); valor predictivo positivo (VPP): 86% (57-98%); valor predictivo negativo (VPN): 93% (83-98%); cocientes de probabilidades positivo (CP+) y negativo (CP-): 21 y 0,26, respectivamente. La exactitud global del TAH fue del 92% (85-99%). El área bajo la curva ROC fue de 0,895 (0,78-1,00). En total, 6/72 pacientes tuvieron un resultado discordante entre el TAH y el TAU: 4 TAH resultaron negativos con TAU positivo; de éstos, en 3/4 el valor delta del TAU fue muy cercano al punto de corte (valores entre 5,3 y 5,8, siendo el punto de corte de 5). Las otras 2 pruebas discordantes fueron 2 TAH positivos en pacientes con TAU negativo. En las muestras de heces discordantes se realizó PCR para detectar ADN de *H. pylori*, siendo todas ellas negativas. Al reanalizar los datos, considerando estos pacientes como no infectados, los resultados de exactitud diagnóstica fueron: S 100% (74-100%), E 97% (88-100%), VPP 86% (57-98%), VPN 100% (94-100%), CP+ 30 y CP- 0; con una exactitud global del 97% (90-100%) y un área bajo la curva ROC de 0,997 (0,99-1,00).

Conclusión: Aunque los resultados son preliminares, con un número reducido de pacientes, el nuevo TAH LIAISON® Meridian *H. pylori* SA muestra una buena exactitud para el diagnóstico de la infección por *H. pylori*.

ENDOMETRIOSIS DE SIGMA ENTIDAD INFRECUENTE EN UN ESTUDIO POR RECTORRAGIA

Bonoso Criado R, Maestro Antolín S, Ruiz Martin M, Montero Moretón AM, González de Castro E, Aguilar Argeñal L, Pérez Citores L, Curieses Luengo M, Cimavilla Román M, Santos Fernández J, Moreira Da Silva B, Santos Santamarta F, Peñas Herrero I, Rancel Medina F, Barcenilla Laguna J, Pérez Millán AG

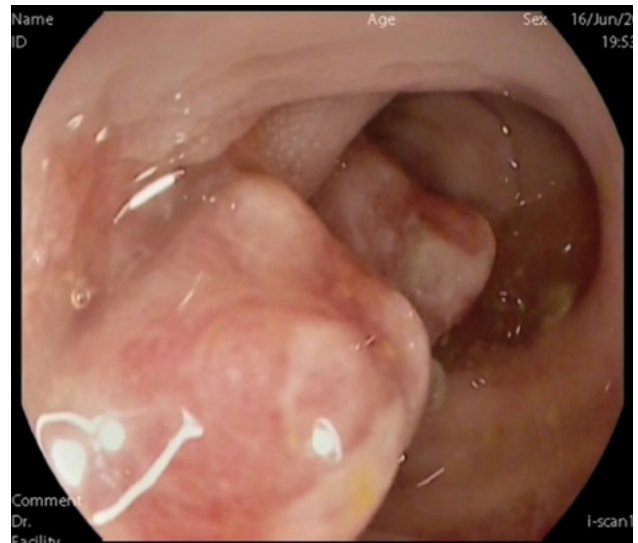
Complejo Asistencial Universitario de Palencia

Introducción: La endometriosis es una patología ginecológica benigna propia de mujeres en edad fértil. Se caracteriza por la presencia de glándulas y estroma endometrial fuera de la cavidad uterina. El tracto gastrointestinal y en concreto rectosigma (90%) es la localización más frecuente de endometriosis extrapélvica, seguido en frecuencia por intestino delgado, ciego y apéndice. La mayor parte de los casos se descubren como hallazgo incidental, sin embargo puede cursar con síntomas como dolor abdominal, diarrea o rectorragia. En diagnóstico endoscópico supone un reto dada su localización subepitelial planteando múltiples diagnósticos diferenciales.

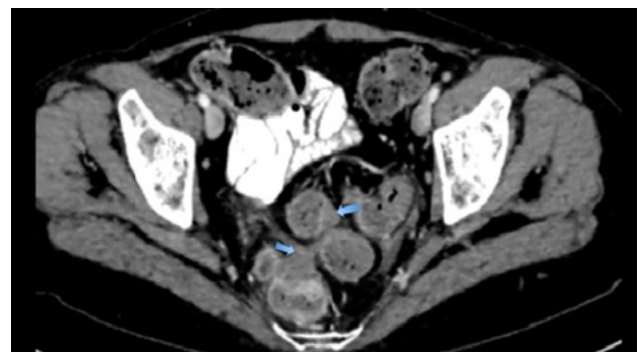
Caso clínico: Mujer de 57 años diagnosticada de endometriosis en 2008 y en seguimiento por Ginecología. No otros antecedentes de interés. Histerectomizada al diagnóstico. Tratamiento habitual triptorelina inyectable mensual. Es derivada a consulta Digestivo por dolor abdominal, alternancia del ritmo intestinal con predominio estreñimiento y rectorragia ocasional. Analíticamente destaca ferritina 6 ng/ml y microcitos (VCM 77) sin anemia. Ante los datos de alarma se solicita colonoscopia en la que se aprecia entre 10 y 25 cm de margen anal externo 4 formaciones polipoideas excrecentes, friables y congestivas (alguna de ellas de apariencia subepitelial) de entre 10 y 15 mm que condicionan estenosis parcial franqueable (**Figura 1**). Se toman múltiples biopsias. Resto de colon sin hallazgos. Se solicita estudio de imagen ante la sospecha de etiología maligna. En TC abdominal se aprecia aparente engrosamiento mural de la pared del recto sin otros hallazgos significativos. Se completa estudio con RM pélvica donde se observan hallazgos sugestivos de endometriosis pélvica (fondo de saco rectouterino) y dudosos focos de endometriosis adheridos a sigma.

Finalmente la histología confirma presencia de glándulas y estroma endometrial con estudio inmunohistoquímico positivo para receptores de estrógenos y progesterona.

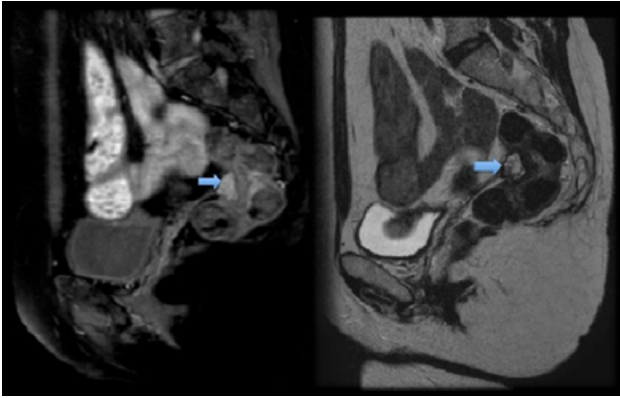
Figura 1.



Varias lesiones de partes blandas de aspecto abigarrado adheridas a recto y sigma (flechas), de carácter extraluminal



Lesión situada en fondo de Douglas. Hiperintensa en secuencia T1 con supresión grasa e hiperintensa en secuencia T2 con halo hipointenso secundario a presencia de hemosiderina. Hallazgos compatibles con implante de endometriosis pélvica profunda



Discusión: Se debe considerar la endometriosis colónica en el diagnóstico diferencial de aparentes tumores extramucosos en mujeres premenopáusicas, más aún si presentan síntomas ginecológicos. Es una patología hormonodependiente por lo que una detallada historia clínica es de vital importancia en estos casos. La realización de colonoscopia con toma de biopsias, TAC, RM pélvica e incluso la ecoendoscopia transrectal han demostrado su utilidad en el diagnóstico. El tratamiento dependerá de la edad, deseo gestacional y sintomatología asociada. El manejo conservador con tratamiento médico (anticonceptivos orales, danazol, antagonistas gonadotrofinas) ha mostrado escasos resultados siendo la cirugía vía laparoscópica de elección en estos casos.

DIAGNÓSTICO DE LEISHMANIASIS VISCERAL A RAÍZ DE BIOPSIAS COLÓNICAS

Laura Monserrat López Torres, Dra. Abanades, Dr. Vicente, Dra. Lomas Perez,
Dra. Gigante, Dr. San Román, Dr. Castro, Dr. Barajas, Dra. Arietti

Hospital Universitario de Toledo

Introducción: La leishmaniasis es una zoonosis transmitida a través de la picadura del género *Plebotomus* y es endémica en la cuenca mediterránea. En la mayoría de las ocasiones los portadores son asintomáticos, produciéndose una reactivación en estados de inmunosupresión celular. La presentación visceral es la más frecuente en nuestro medio y afecta principalmente a personas inmunodeprimidas. Presentamos el caso de un enfermo inmunocompetente, con un síndrome constitucional a estudio, diagnosticado finalmente de leishmaniasis visceral a través de una biopsia colónica.

Caso clínico: Varón de 87 años con antecedentes de hipertensión arterial, dislipemia, enfermedad renal crónica, y anemia ferropénica no investigada en tratamiento sustitutivo con hierro. Presenta pérdida de peso de 14 kg y marcada astenia en los 5 meses previos, sin otros síntomas asociados. Analíticamente, creatinina de 2.08 mg/dl, con iones, perfil lipídico, albúmina, perfil hepático, proteinograma y perfil tiroideo normales. Además, presentaba hemoglobina 13.1 mg/dl con vitamina B12, ácido fólico y perfil férrico normales, lo que indicaba una adecuada respuesta al tratamiento sustitutivo. Destacaba sangre oculta en heces positiva, por lo que se solicita colonoscopia, en la cual se identifica pólipo sénil de 4 mm en colon derecho que se reseca. El análisis histopatológico reveló la presencia de microorganismos redondos intracitoplasmáticos Giemsa positivos, cuya secuenciación por PCR resultó

positiva para *Leishmania*. Se amplió estudio con aspirado de médula ósea, que fue negativo para *Leishmania* mediante técnica PCR.

Discusión: La leishmaniasis visceral es un síndrome de presentación insidiosa, que se desarrolla a lo largo de meses, con presencia de astenia, fiebre, pérdida de peso y esplenomegalia. Los parásitos se replican en el sistema retículoendotelial, acumulándose en órganos como el bazo, el hígado o la médula ósea.

A nivel de tubo digestivo, la localización más descrita es la duodenal, pudiendo simular un cuadro de malabsorción, aunque también puede afectar a otros niveles. La afectación colónica es muy rara y son muy pocos los casos descritos. Suele tratarse de pacientes asintomáticos, siendo los síntomas digestivos más frecuentes dolor abdominal o diarrea.

El diagnóstico definitivo requiere demostrar la presencia del parásito en tejidos, mediante técnicas histológicas, moleculares, cultivos, o serologías. L

El estudio endoscópico presenta alteraciones muy inespecíficas, con áreas de inflamación o atrofia, aunque en hasta el 50% no revela alteraciones macroscópicas. Sin embargo, existen algunos casos excepcionales en los que el diagnóstico se realizó a través de biopsias de lesiones pseudopolipoides colónicas como en el caso de nuestro paciente.

EXPERIENCIA EN EL MANEJO DEL ESÓFAGO DE BARRETT CON DISPLASIA EN NUESTRO CENTRO

Alberto Ezquerro Durán, Teresa Pérez Fernández, Pablo Miranda García, José Andrés Moreno Monteagudo, Sergio Casabona Francés, Raquel Muñoz González, Elena Resina Sierra, Cecilio Santander Vaquero

Servicio de Aparato Digestivo, Hospital Universitario de La Princesa

Introducción: El esófago de Barrett (EB) es una lesión premaligna. Los pacientes con EB con displasia de alto grado (DAG) tienen incrementado el riesgo de adenocarcinoma hasta un 30% en 5 años. El objetivo de nuestro estudio es evaluar el manejo endoscópico de los pacientes con EB con displasia y/o adenocarcinoma superficial en nuestro centro.

Métodos: Estudio retrospectivo, observacional, unicéntrico realizado en el Hospital La Princesa (Madrid). Se incluyen todos los pacientes con EB sometidos al menos a una sesión de ablación por radiofrecuencia (RFA) desde mayo de 2012 hasta marzo de 2021. Todos los pacientes con lesiones visibles eran sometidos a una resección mucosa endoscópica (RME) mediante el sistema Duette de Cook®. Para la RFA se emplearon los catéteres Barrx 360° y Barrx 90° de Covidien® según la extensión del EB. Para el estudio estadístico se ha empleado el programa SPSS® v24 y para la creación de las gráficas el Microsoft Excel®.

Resultados: Se incluyen 24 pacientes. El 75% presentaban un EB largo y la indicación de la RFA más frecuente fue la displasia de bajo grado (DBG) persistente (58%). Al 29% se les realizó una RME, siendo el adenocarcinoma intramucoso (CIS) la lesión histológica más frecuente en la pieza histológica (43%). La mediana de sesiones de RFA fue de 2, destacando que a dos pacientes se les sometió a 5 sesiones y a nueve pacientes se les sometió sólo a 1 sesión. La complicación más frecuente fue el dolor torácico leve transitorio (64%) y hubo un caso de estenosis esofágica que se resolvió mediante dilatación endoscópica. Se consiguió la erradicación completa de la displasia (CE-D) en un 92% y la erradicación completa de la metaplasia (CE-IM) en un 67%. De los 8 pacientes a los que no se ha completado la erradicación del EB; 3 tienen pendiente una nueva sesión de RFA para completar la erradicación, otros 3, tras erradicar la displasia, se optó por vigilancia estrecha por sus comorbilidades (edad avanzada, toma de antitrombóticos, alto riesgo de sedación...), uno falleció por otro motivo y otro perdió el seguimiento. Durante el seguimiento tras confirmar la erradicación del EB, tres pacientes presentaron recurrencia del EB.

Tabla 1. Características de la muestra

CARACTERÍSTICAS DE LA MUESTRA	
Total. N (%)	24 (100)
Edad. Media (DE ¹)	61,5 (12,6)
Sexo (% hombres)	20 (83)
IBP ² dosis doble. N (%)	22 (92)
Funduplicatura previa. N (%)	5 (21)
Clasificación de Praga (C ³ y M ⁴) Mediana (Q1 – Q3)	
C (cm)	2 (0 – 5)
M (cm)	5.5 (2,25 – 7)
EB largo (M ≥ 3 cm). N (%)	18 (75)
Indicación de erradicación del EB. N (%)	
Indeterminado para displasia	1 (4)
DBG	14 (58)
DAG	7 (29)
CIS ⁵	1 (4)
Adenocarcinoma submucoso	1 (4)
RME previa. N (%)	
DBG	2 (29)
DAG	1 (14)
CIS	3 (43)
Adenocarcinoma submucoso	1 (14)
Número de sesiones de RFA. Mediana (Q1 – Q3)	
RFA 360°	2 (1 – 3)
RFA 90°	1 (0 – 1)
RFA 90°	1 (1 – 1,75)
Complicaciones. N (%)	
Dolor torácico	11 (46)
Disfagia	7 (64)
Fiebre	2 (18)
Estenosis esofágica	1 (9)
Seguimiento (meses). Media (DE)	34 (30)
Erradicación. N (%)	
CE-D	22 (92)
CE-IM	16 (67)
Recurrencia. N (%)	3 (12,5)

¹DE: desviación estándar. ²IBP: inhibidores de la bomba de protones.

³C: extensión circunferencial del EB. ⁴M: Extensión máxima del EB. ⁵CIS: adenocarcinoma intramucoso

Motivos por los que no se ha completado la erradicación del EB

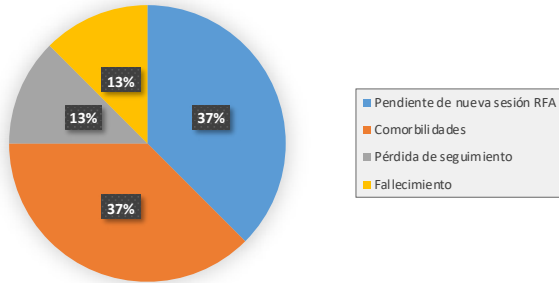


Figura 1. Gráfica circular de los pacientes con EB no erradicado

Conclusiones: El tratamiento endoscópico mediante la RME de las lesiones visibles y la posterior RFA del EB es un tratamiento eficaz y seguro.

Tras erradicar el EB se requiere seguimiento por el riesgo de recurrencia.

Erradicación del EB

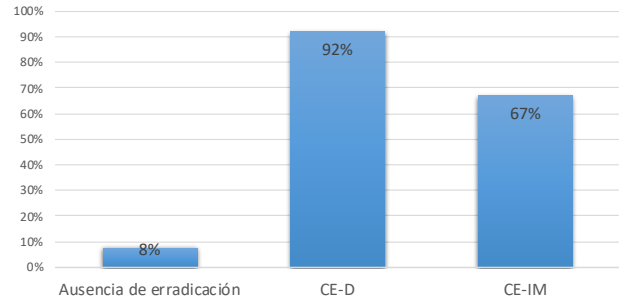


Figura 2. Gráfico de barras del porcentaje de erradicación del EB

HERNIA HIATAL GIGANTE ESTRANGULADA. UNA EMERGENCIA QUIRÚRGICA POCO FRECUENTE

Casado Hernández J¹, Esparza Rivera V¹, Saldaña Pazmiño GM¹, López Roldán G¹, Gómez Latorre L², Catalán Garza V², Esteban López-Jamar JM¹, Rey Díaz-Rubio E¹

¹Servicio Aparato Digestivo, ²Servicio Cirugía General y Digestiva

Hospital Clínico San Carlos, Madrid

Introducción: La hernia hiatal gigante (HHG) estrangulada es una emergencia quirúrgica poco común, que requiere de rápido reconocimiento y adecuado abordaje para evitar la mortalidad asociada a complicaciones como hemorragia, vólvulo gástrico o perforación.

Caso clínico: Mujer de 53 años intervenida de hernia hiatal en 2019 (funduplicatura de Nissen y cierre de pilares posteriores diafragmáticos). Acude a Urgencias por dolor retroesternal, vómitos y saciedad precoz de una semana de evolución, asociado a náuseas sin vómitos y afagia para sólidos y líquidos en las últimas 24 horas. La placa de tórax muestra gran hernia de hiato y dilatación de cámara gástrica.

Se realiza panendoscopia oral sin sedación, objetivándose fundus gástrico repleto de contenido alimentario líquido con restos hemáticos, y mucosa eritematosa y friable como signos de sufrimiento. Se interrumpe el procedimiento por desaturación.

Tras estabilización de la paciente, se realiza TC toracoabdominal urgente, objetivándose herniación intratorácica del estómago a través del pilar diafragmático izquierdo, hidroneumotórax izquierdo y colección líquida en mediastino posterior derecho, en probable relación con perforación gástrica.

Se realiza reducción quirúrgica urgente del estómago herniado, el cual presenta signos de sufrimiento mucoso, así como reparación del defecto diafragmático y de la solución de continuidad de la pared gástrica. La paciente evoluciona favorablemente.

Discusión: Las HHG suponen el 5-10% de todas las hernias hiatales, incluyen al menos el 30% del estómago a nivel intratorácico y suelen tener componente mixto (paraesofágico y deslizamiento).

Su presentación como hernia encarcerada y estran-

Figura 1. Rx tórax. Gran hernia de hiato



Figura 2. Panendoscopia oral. Mucosa de fundus con datos de sufrimiento

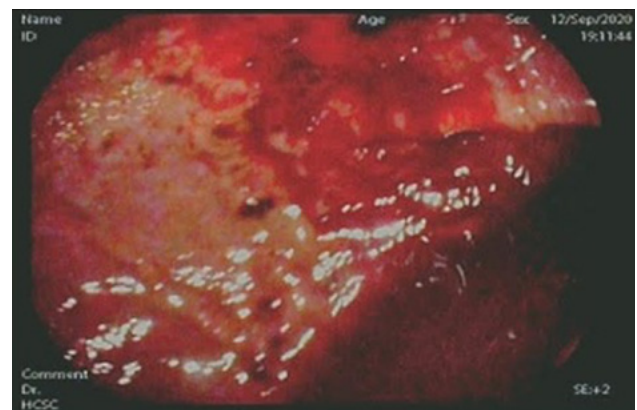


Figura 3. CT toracoabdominal. Estómago herniado en compartimento intratorácico. Colapso del pulmón izquierdo y colección mediastínica derecha



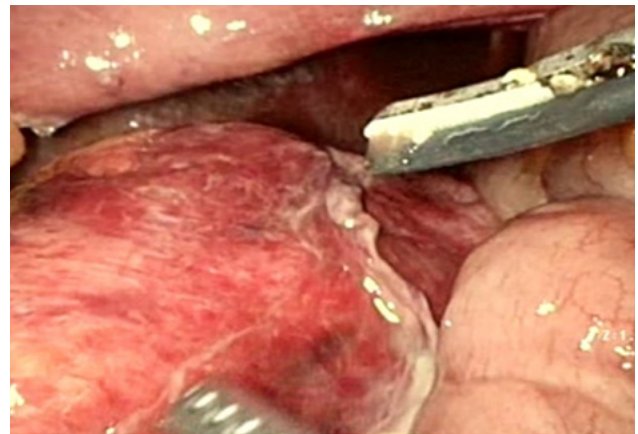
gulada (que implica compromiso vascular del órgano) es infrecuente, con síntomas como dolor retroesternal, regurgitación, disfagia, disnea, vómito o incapacidad para el mismo. Aunque la radiografía puede orientar el diagnóstico, la TC toracoabdominal tiene mayor valor para detectar complicaciones y planificar la cirugía. La endoscopia puede aportar información sobre el estado de la mucosa gástrica.

El pronóstico es ominoso si no se lleva a cabo cirugía urgente, que incluye reducción herniaria, resección del tejido isquémico y reparación del defecto herniario, con buenos resultados con abordaje laparoscópico si la situación hemodinámica del paciente lo permite.

Bibliografía:

1. Mitiek, M. O., Andrade, R. S. Giant Hiatal Hernia. *The Annals of Thoracic Surgery*. 2010; 89(6), S2168–S2173.
2. Fukai, S., Kubota, T., Mizokami, K. Gastric perforation secondary to an incarcerated paraesophageal hernia. *Surgical Case Reports*. 2019; 5:94.
3. Maziak, D. E., Todd, T. R. J.; Pearson, F. G. Massive hiatus hernia: evaluation and surgical management. *J Thorac Cardiovasc Surg*. 1998; 115:53-62.

Figura 4. Reducción laparoscópica del estómago a cavidad abdominal



ÚLCERA RECTAL SECUNDARIA A IMPACTACIÓN FECAL

López Moreno MB, Suárez Matías M, Olcina Domínguez P, Gil Rojas S, Valiente González L, Martínez Fernández R, del Moral Martínez M, Martínez Pérez T, Viñuelas Chicano M, Gómez Ruiz CJ, Morillas Ariño J, Pérez García JI, García-Cano Lizcano J

Servicio de Aparato Digestivo. Hospital Virgen de la Luz, Cuenca

Introducción: El estreñimiento es uno de los trastornos digestivos crónicos más frecuentes en la población general. Una de sus complicaciones más importantes es la impactación fecal o fecaloma que puede ser causante de la formación de úlceras colorrectales pudiendo evolucionar, en casos aislados, a perforación intestinal asociando una alta morbimortalidad.

Caso clínico: Presentamos el caso de un varón de 63 años, institucionalizado, con único antecedente de encefalopatía fija connatal con crisis comiciales.

Acudió a urgencias refiriendo cuadro de diarrea acuosa de 10 días de evolución, que en alguna ocasión se acompañó de restos hemáticos. El paciente no presentó náuseas, vómitos, ni fiebre. Exploración física sin hallazgos significativos. Analíticamente Hb 11,7 g/dL, HCT 34,9%, plaquetas 472 mil/mmc, coagulación, función renal y hepática normales, iones en rango normal, con aumento de la proteína C reactiva (31,9 mg/L). En la radiografía de abdomen (**Figura 1**) se pudo observar una distensión de asas de intestino delgado con abundantes restos fecales en marco cólico

Figura 1. Radiografía de abdomen: importante dilatación de asas de intestino con abundantes restos fecales en marco cólico



dantes restos fecales en colon. El paciente permaneció en todo momento clínica y hemodinámicamente estable.

Dada la presencia de abundantes restos fecales e importante dilatación de asas se sospechó diarrea por rebosamiento y se decidió ingreso para estudio. Se realizó colonoscopia (**Figuras 2 y 3**) en la que se observó, a 15 cm del margen anal, una gran úlcera circunferencial en probable relación con decúbito de un fecaloma a ese nivel, tomando biopsias para descartar otra

Figura 2. Colonoscopia: úlcera circunferencial a 15 cm del margen anal, con fibrina en superficie, que asienta sobre mucosa sobreelevada de aspecto inflamatorio

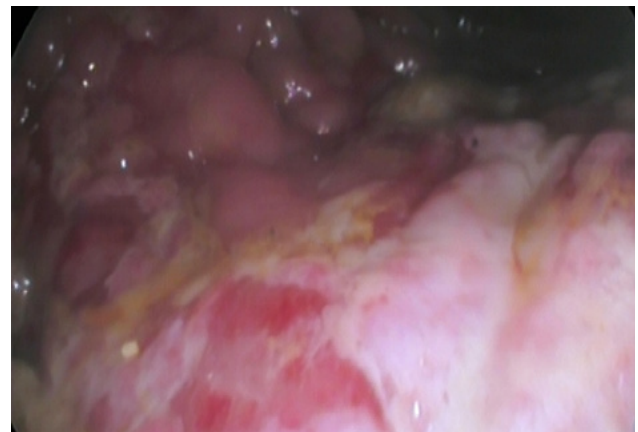


Figura 3. Colonoscopia: úlcera circunferencial a 15 cm del margen anal, con fibrina en superficie



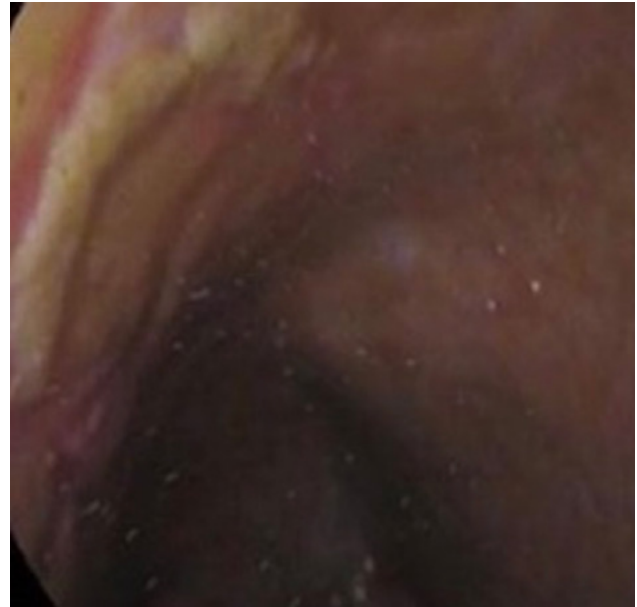
etiología. Los hallazgos histológicos de la úlcera fueron compatibles con colitis isquémica evolucionada.

El paciente presentó buena evolución recibiendo tratamiento antibiótico y enemas de mesalazina observándose, en la colonoscopia de control realizada 1 mes después, cicatrización casi total de la úlcera (**Figura 4**).

Discusión: El fecaloma o impactación fecal es una de las complicaciones más importantes del estreñimiento. Es frecuente que se presente en pacientes mayores, institucionalizados, con una movilidad reducida. La formación del fecaloma condiciona una presión sostenida sobre la mucosa intestinal provocando una hipoperfusión, pudiendo progresar hacia una necrosis de la mucosa y complicarse a su vez, con sangrado y perforación intestinal.

La presencia de una úlcera colorrectal es una complicación poco frecuente, pero que puede presentar una alta morbimortalidad, asociada a sus complicaciones, en ausencia de un tratamiento precoz.

Figura 4. Colonoscopia de control realizada 1 mes después del ingreso con cicatrización casi total de la úlcera



ESTREÑIMIENTO IDIOPÁTICO CRÓNICO. UN TRASTORNO COMPLEJO Y MULTIFACTORIAL

Casado Hernández, J, Aparicio Cabezudo, M, Ciriza de los Ríos, C, Saldaña Pazmiño, GM, López Roldán, G, Rey Díaz-Rubio, E

Servicio Aparato Digestivo. Hospital Clínico San Carlos, Madrid

Introducción: Presentamos un caso de estreñimiento idiopático crónico (EIC), un trastorno muy prevalente y con gran repercusión en la calidad de vida, en el que a menudo se ven implicados varios factores causales que determinan el abordaje diagnóstico y terapéutico.

Caso clínico: Mujer de 49 años sin antecedentes de interés, valorada en nuestra consulta por estreñimiento de años de evolución, con una deposición Bristol 2-3 cada 7 días. Refiere ausencia de deseo defecatorio e importante dificultad para la evacuación. Ha probado distintas pautas de laxantes de herbolario y osmóticos, sin mejoría.

La paciente dispone de una colonoscopia previa sin más alteraciones que hemorroides internas no congestivas. Se amplía el estudio mediante un tiempo de tránsito colónico, que muestra inercia colónica, y una manometría anorrectal convencional con test de expulsión del balón (TEB), compatible con disinerxia defecatoria (DD) tipo IV (falta de propulsión abdomino-rectal sin contracción paradójica). Se realiza también ecografía endoanal, sin mostrar lesiones esfinterianas y objetivándose datos de DD en el estudio dinámico.

Se pautan diferentes tipos de laxantes y sesiones de biofeedback, sin conseguir clara mejoría. Por ello, se solicita videodefecografía, que muestra únicamente rectocele moderado (no obstructivo), sin otras alteraciones estructurales, y con expulsión del contraste, sin datos de DD.

Se solicita manometría de alta resolución con TEB, que muestra de nuevo datos de DD con incapacidad para expulsar el balón, junto con marcada hiposensibilidad rectal, la cual es confirmada posteriormente mediante un test de barostato rectal.

Actualmente, la paciente se encuentra a la espera

de valoración para recibir terapia de estimulación nerviosa de raíces sacras.

Discusión: El EIC es un trastorno ampliamente prevalente, con predominio en mujeres, que ocasiona un importante deterioro de la calidad de vida y al cual contribuyen numerosas causas no estructurales

Figura 1. Maniobra defecatoria en la manometría anorrectal. Escasa capacidad propulsiva rectal con ausencia de relajación anal

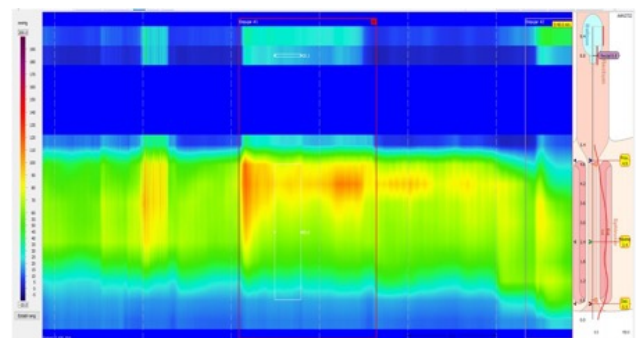
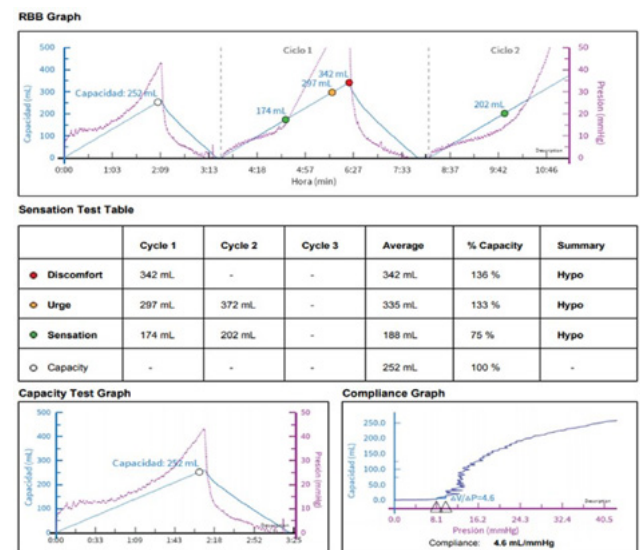


Figura 2. Test de barostato rectal



presentes en nuestra paciente, tales como el tránsito colónico enlentecido, la DD o incoordinación entre musculatura abdominal, pélvica y rectoanal en la evacuación, o la hiposensibilidad rectal. Si bien en nuestro caso existe una alteración estructural (rectocele), no parece ser lo suficientemente acusada como para generar obstrucción.

Este caso subraya la frecuente condición multifactorial de este trastorno, aspecto clave en su complejidad, así como algunos de los posibles abordajes diagnósticos y terapéuticos en función de los factores causales implicados.

Bibliografía:

1. Skardoon, G. R., Khera, A. J., Emmanuel, A. V. et al. Review article: dyssynergic defaecation and biofeedback therapy in the pathophysiology and management of functional constipation. *Alimentary Pharmacology & Therapeutics*. 2017 May; 46(4), 410–423.
2. Rao, S. S. C. Dyssynergic Defecation and Biofeedback Therapy. *Gastroenterology Clinics of North America*. 2008; 37(3), 569–586.
3. Andromanakos, N. P., Pinis, S. I., Kostakis, A. I. Chronic severe constipation. *European Journal of Gastroenterology & Hepatology*. 2015; 27(3), 204–214.
4. Camilleri, M., Ford, A. C., Mawe, G. M., et al. Chronic constipation. *Nature Reviews Disease Primers*; 2017 Dec; 3, 17095.

UN VÓLVULO INESPERADO

Vicente Hernández C, Navajas León FJ, Gigante González-Aleja G,
San Román Gutiérrez C, Castro Limo JD, Lomas Pérez RO, López Torres LM,
Barajas, Gómez Rodríguez RA

Complejo Hospitalario de Toledo

Introducción: El 3-5% de todas las obstrucciones intestinales están provocadas por un vólvulo colónico. Dentro de sus tipos, el vólvulo de sigma es el más frecuente (60-80%), seguido del vólvulo cecal (20-40%). Sin embargo, el vólvulo de colon transverso se trata de una entidad muy infrecuente, con una evidencia limitada sobre su manejo y que puede evolucionar rápidamente hacia la isquemia intestinal.

Caso clínico: Varón de 93 años, con antecedentes de cardiopatía isquémica crónica, portador de marcapasos monocameral por historia de bloqueos auriculoventriculares y deterioro cognitivo leve, que acude a Urgencias por cuadro de 24-48 horas de evolución consistente en dolor abdominal intenso, de carácter cólico, asociado a un cese del ventoseo y del ritmo deposicional desde entonces. A la exploración destaca un abdomen distendido y timpánico, especialmente en hemiabdomen izquierdo.

Se solicita radiografía de abdomen donde, a pesar de no visualizarse una clara imagen “en grano de café”, sí se evidencia una importante distensión del colon sin presencia de gas a nivel rectal, con niveles hidroaéreos significativos (**Figura 1**, **Figura 2**).

Se procede a realización de colonoscopia descompresiva, localizándose a 40 cm de margen anal un primer punto de torsión que se franquea endoscópicamente (**Figura 3**), con un colon claramente distendido en sentido proximal. A 130 cm de margen anal (distancia no real por formación de asa) se evidencia un segundo punto de torsión, que también permite el paso del endoscopio (**Figura 4**). Además, entre ambos puntos se observa una mucosa violácea con signos de sufrimiento isquémico severo pero sin signos de necrosis (**Figura 5**). En retirada se procede a aspiración endoscópica con mejoría importante en la distensión del paciente.

Conclusión: El vólvulo de colon transverso es una

causa de obstrucción intestinal muy infrecuente, con menos de 100 casos descritos en la literatura. Algunos factores que predisponen a su desarrollo son cirugías abdominales previas, cáncer, embarazo, estreñimiento crónico, enfermedades psiquiátricas y neurológicas, así como defectos congénitos como la malrotación intestinal.

Su diagnóstico resulta complicado, dado que los hallazgos en la radiografía de abdomen son mayoritariamente inespecíficos, mostrando la TC una rentabilidad muy superior.

Como en nuestro caso, puede evolucionar rápidamente hacia la isquemia intestinal dadas las dificultades que supone para el riego sanguíneo. El tratamiento definitivo es quirúrgico, con resección intestinal si es preciso dado su alto índice de recidiva. Sin embargo, en casos desestimados para cirugía, la colonoscopia descompresiva puede jugar un papel para evitar complicaciones.

Figura 1.



Figura 2.

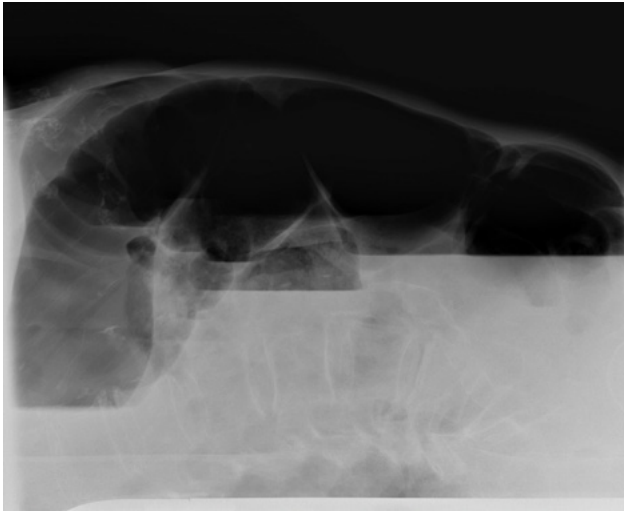


Figura 3.

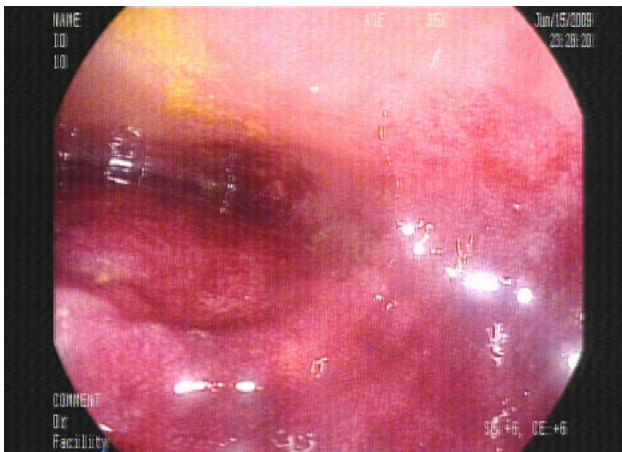
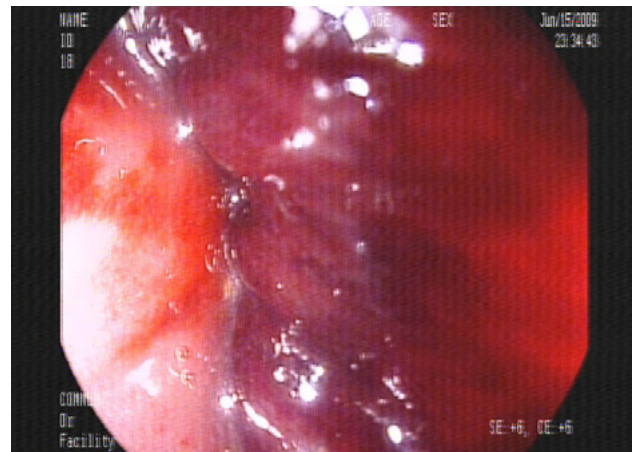


Figura 4.



ENTERITIS EOSINOFÍLICA PRIMARIA: UNA ENTIDAD RARA EN LA QUE LA SOSPECHA CLÍNICA ES CLAVE

Bellart Llavall M, Guardiola Arévalo A, Gil Santana M, Pizarro Vega N, Ruiz Fuentes P, Bermejo F

Hospital Universitario de Fuenlabrada

Introducción: La enteritis eosinofílica primaria es una enfermedad poco frecuente de etiología desconocida y caracterizada por la infiltración de eosinófilos en las distintas capas de la pared intestinal. Hasta en un 80% de los casos se acompaña de eosinofilia periférica. La presentación clínica es variable en función del grado de infiltración.

Caso clínico: Mujer de 29 años con antecedentes de hipotiroidismo, eosinofilia periférica de 5 años de evolución y colecistectomizada

Acude a urgencias por cuadro de diarrea subaguda con datos de organicidad (diarrea persistente nocturna y pérdida ponderal) junto con dolor abdominal epigástrico de tipo cólico.

Al ingreso, destaca la presencia de leucocitosis con eosinofilia periférica marcada que se confirma con frotis sanguíneo, y ligero aumento de reactantes de fase aguda. Se realiza estudio de heces con coprocultivo, toxina de *Clostridium difficile* y estudio de parásitos sin aislamientos. Se descarta enfermedad celíaca, estudio de autoinmunidad sin alteraciones, IgE ligeramente elevada y triptasa dentro de la normalidad, así como serología VIH negativa.

Ante sospecha de posible infiltración por eosinófilos del tracto digestivo superior se realiza gastroscopia que no muestra alteraciones macroscópicas relevantes y estudio con múltiples biopsias duodenales, gástricas y esofágicas dentro de la normalidad.

Se realiza ecografía abdominal objetivándose engrosamiento mural de asa de yeyuno y líquido libre escaso. (Figura 1) Ante estos hallazgos se solicita Entero-RMN que confirma la presencia de enteritis con afectación exclusiva de yeyuno tanto proximal como distal

Figura 1. Engrosamiento mural de asa de yeyuno

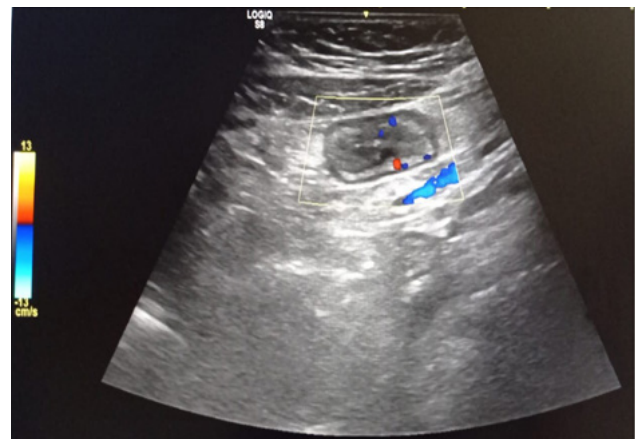


Figura 2. Entero-RMN con afectación exclusiva de yeyuno tanto proximal como distal



Figura 3. Mucosa yeyuno proximal eritematosa



te, se realiza nueva gastroscopia consiguiéndose progresar hasta yeyuno proximal identificándose la mucosa ligeramente eritematosa (**Figura 3**), en las biopsias se demuestra la infiltración eosinofílica, compatible con yeyunitis eosinofílica.

Ante la sospecha clínico-analítica de enteritis eosinofílica se inicia tratamiento empírico con corticoides con gran mejoría de la sintomatología y con marcado descenso de la eosinofilia periférica (mayor del 50%). La paciente es dada de alta con pauta descendente lenta de corticoterapia hasta su suspensión.

Al año del ingreso la paciente se encuentra clínicamente estable sin recidiva de la sintomatología.

Discusión: Las enteritis eosinofílica es una entidad infrecuente con una forma de presentación variable que puede estar infradiagnosticada, especialmente en sus formas más leves. El diagnóstico es de exclusión, va a requerir un alto nivel de sospecha clínica y una confirmación histológica de la infiltración eosinofílica. El pronóstico es favorable con buena respuesta a tratamiento con dieta de exclusión o corticoides.

MELANOMA ESOFÁGICO PRIMARIO

Bellart Llavall M, Bermejo Abati A, García Durán F, Carneros Martín JA,
Pique Becerra R, Gil Santana M, Pizarro Vega NM, Bermejo F

Hospital Universitario de Fuenlabrada

Introducción: El melanoma es un tumor maligno con gran agresividad local y tendencia metastásica. Los melanomas primarios del tracto gastrointestinal muy infrecuentes.

Presentamos el caso de un paciente con melanoma esofágico primario.

Caso clínico: Varón de 79 años exfumador y exenolismo crónico con antecedentes de dislipemia, fibrilación auricular y cáncer de próstata metastásico en tratamiento con ciclosfosfamida con respuesta serológica.

Presenta cuadro de disfagia a sólidos progresiva de 1 mes de evolución por lo que se realiza inicialmente TAC tóraco-abdominal con imagen que impresiona de progresión ganglionar mediastínica de su enfermedad tumoral prostática y ocupación de la luz esofágica secundaria. Posteriormente, se realiza gastroscopia evidenciándose a 25 cm de arcada dentaria lesión excrecente hacia la luz esofágica, mamelonada, pigmentada y friable que impide el paso del endoscopio (**Figura 1**). Se toman biopsias de la lesión con hallazgos histológicos compatibles con melanoma BRAF no mutado.

Se decide colocación de prótesis esofágica, con respuesta clínica favorable mejorando la sintomatología de disfagia con adecuada tolerancia oral a dieta túrmix. (**Figura 2**). Se completa estudio de extensión con PET-TAC que muestra la lesión esofágica identificándose la prótesis normoposicionada y con afectación diseminada pleuromediastínica (**Figura 3**).

Es valorada por Dermatología y oftalmología sin lesiones sugerentes de melanoma.

Por parte de oncología, se inicia tratamiento con inmunoterapia con Nivolumab.

Figura 1. Endoscopia con hallazgos de lesión esofágica excrecente, mamelonada y pigmentada

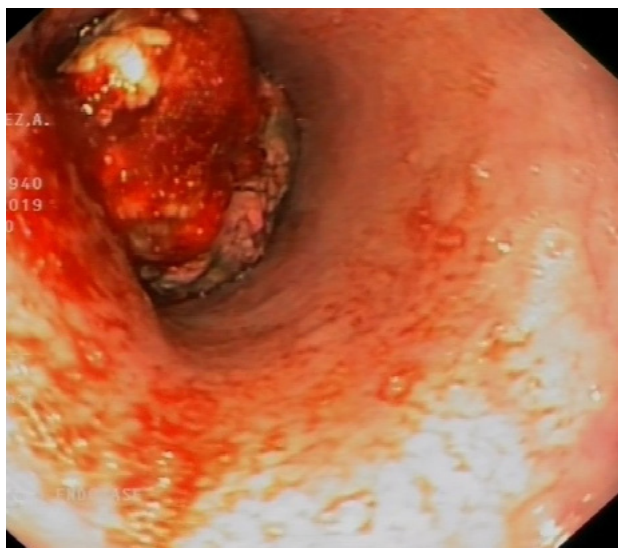
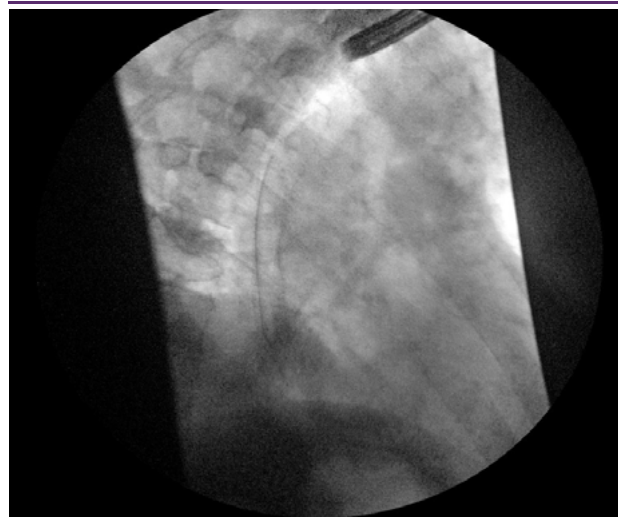


Figura 2. Prótesis esofágica normoposicionada visualizada mediante fluoroscopia



Discusión: La localización más frecuente de los melanomas primarios es la piel, seguido de los ojos y el ano y pudiendo presentar metástasis a diferentes órganos incluido el sistema digestivo. Sin embargo, los melanomas primarios de la mucosa gastrointestinal son muy infrecuentes.

La frecuencia del melanoma esofágico primario represente 0.1-0.2% de todas las tumoraciones malignas esofágicas, siendo más frecuente en varones en la sexta y séptima década de vida. Las manifestaciones clínicas difieren poco del resto de tumores esofágicos presentándose de forma más frecuente como disfagia (79%), pérdida ponderal (37.9%) junto con disconfort epigástrico (33%).

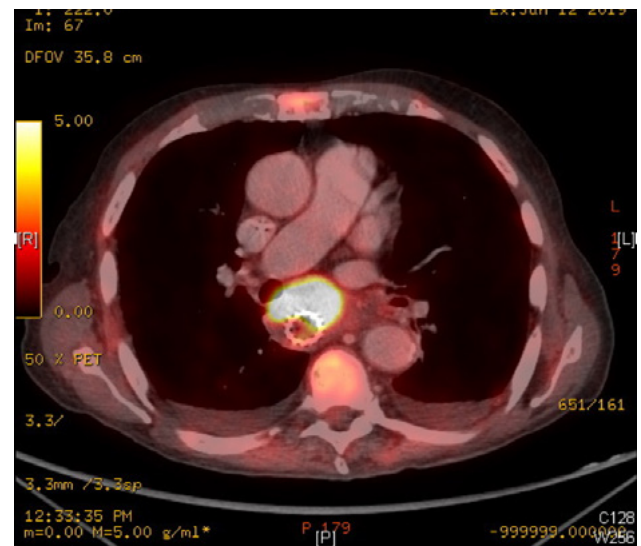
Endoscópicamente suele presentarse como un tumor vegetante irregular y pigmentado con mucosa friable, localizándose generalmente en tercio medio y distal esofágico.

El tratamiento de elección es quirúrgico, pero alrededor de 1/3 de pacientes son inoperables al momento del diagnóstico, pudiéndose realizar en ocasiones tratamien-

to con radioterapia, quimioterapia o inmunoterapia.

No obstante, el pronóstico es infausto y la supervivencia global de estos pacientes es menor de un año.

Figura 3. Corte transversal de PET-TAC que muestra captación focal de lesión esofágica, identificándose asimismo la prótesis colocada a ese nivel



AFECTACIÓN ESOFÁGICA EN EL PENFIGOIDE AMPOLLOSO

Andrés Pascual L, Saiz Chumillas RM, Alba Hernández Lorena, Chivato Martín-Falquina I, Vásques Seoane M

Servicio de Aparato Digestivo del Complejo Asistencial Universitario de Burgos.

Introducción: El penfigoide ampollosos es una entidad clínica autoinmune y recidivante, cuya etiopatogenia se basa en la presencia de anticuerpos circulantes dirigidos contra epítomos específicos de los hemidesmosomas, implicados en el anclaje de la epidermis a la capa dérmica.

La afectación esofágica es bastante inusual, pudiendo manifestarse clínicamente con disfagia, odinofagia o pirosis, la hematemesis un síntoma menos frecuente. Endoscópicamente, se caracteriza por la presencia de extensas áreas de mucosa esofágica erosionada y denudada.

Caso clínico: Se presenta el caso clínico de un varón de 84 años que ingresa en Septiembre de 2020 por hematemesis de una semana de evolución, además, disfagia mixta sin otra clínica acompañante de interés.

Durante el proceso, se realizaron 4 gastroscopias evidenciándose inicialmente abundantes restos mucosos, lesiones friables de aspecto erosivo, en esófago medio, con fácil denudación tras el paso del endoscopio. En control endoscópico, post tratamiento inicial se aprecia una membrana fibrótica parcialmente estenotante. Las biopsias descartaron etiología infecciosa, y no fueron concluyentes para esofagitis penfigoide.

Ante los hallazgos endoscópicos altamente sugestivos de esofagitis penfigoide, se decidió iniciar tratamiento con Prednisona 30mg (en pauta descendente hasta mantenimiento con 5 mg) y Micofenolato 500 mg, con buena respuesta clínica por lo que se decidió alta.

El paciente reingresó de nuevo a los cinco días por hematemesis asociada a pirosis. En la gastroscopia, se evidenciaron datos de esofagitis severa y un vaso pulsátil sangrante, además de mucosa esofágica denudada de aspecto inflamatorio. Se decidió suspensión de inmunosupresor y se continuó tratamiento con corticoides con buena respuesta clínica.

Discusión: La afectación esofágica en el contexto de penfigoide ampollosos, constituye una manifestación rara, con una incidencia de 1/100000 casos y debe estar presente en el diagnóstico diferencial de disfagia progresiva. Suele aparecer durante la sexta-séptima década de la vida.

La realización de pruebas invasivas como la gastroscopia es complicada, debido a la formación de ampollas y desprendimiento de la mucosa que se puede experimentar solamente con el roce del endoscopio. Por este motivo ante la sospecha clínica se recomienda una exploración con progresión cuidadosa

Figura 1. Mucosa denudada y friable al roce

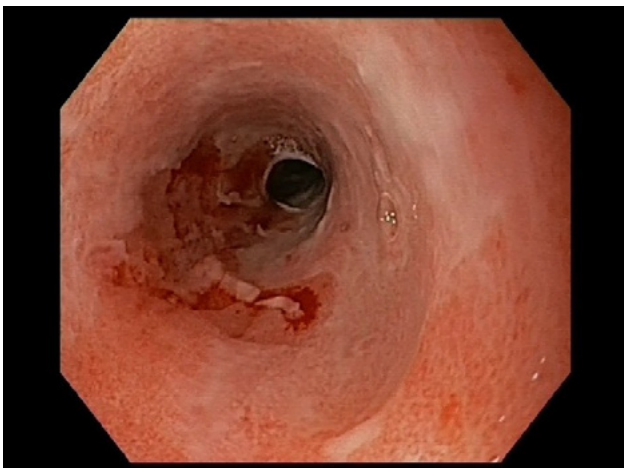


Figura 2. Zona ulcerada profunda con vaso en su fondo con sangrado pulsátil



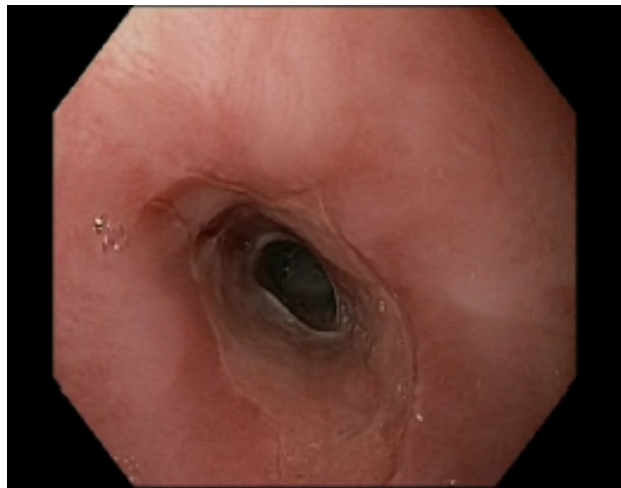
El abordaje terapéutico de esta entidad depende de la severidad del cuadro, pudiéndose emplear corticoides tópicos o sistémicos y en algunos casos siendo necesarios la administración de inmunosupresor de forma continua.

En el caso expuesto anteriormente, no contamos con una anatomía patológica de confirmación, sin embargo, si se evidenció mejoría clínica con tratamiento inmunosupresor y corticoide posterior.

Bibliografía:

1. Ghoneim S, Shah A, Calderon A. Esophageal Nikolsky's sign: A rare finding in a patient with bullous pemphigoid. *Case Rep Gastroenterol.* 2019;13(3):445-9.
2. Esteban Jiménez-Zarza C, de la Morena López F, et al. Esophageal cicatricial pemphigoid as an isolated involvement treated with mycophenolate mofetil. *Case Rep Gastrointest Med.* 2015;2015:620374.
3. Gaspar R, Moutinho-Ribeiro P, Macedo G. Bullous pemphigoid: extensive esophageal involvement. *Gastrointest Endosc.* 2017;86(2):400-2.

Figura 3. Mucosa en fase de reepitelización



SCHWANNOMA GÁSTRICO. UN ORIGEN INFRECUENTE DE HEMORRAGIA DIGESTIVA ALTA

Gil Santana M¹, Jaquero Valero MI², Bermejo Abati A¹, Bellart Llavall M¹,
Pizarro Vega NM¹, Ruiz Fuentes P¹, Bermejo San José F¹

¹Servicio Aparato Digestivo, ²Servicio Anatomía Patológica
Hospital Universitario de Fuenlabrada

Introducción: Existen referencias en la literatura que estiman que el 2% de los tumores gástricos son de estirpe mesenquimatosa, entre los cuales se encuentra el schwannoma, cuya localización a nivel del tubo digestivo resulta singular.

Caso clínico: Presentamos el caso de una mujer de 42 años sin antecedentes de interés, que acudió al servicio de Urgencias con dolor epigástrico y clínica de hemorragia digestiva alta por lo que se realizó gastroscopia urgente.

Se objetivó una lesión de gran tamaño (>5 cm) en curvatura mayor de cuerpo gástrico con centro umbilicado y restos de fibrina sin sangrado activo, que impresionaba de origen subepitelial (**figura 1**)

Figura 1.

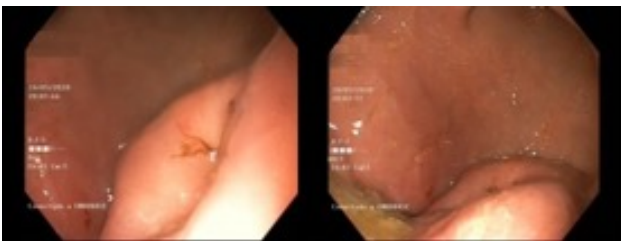
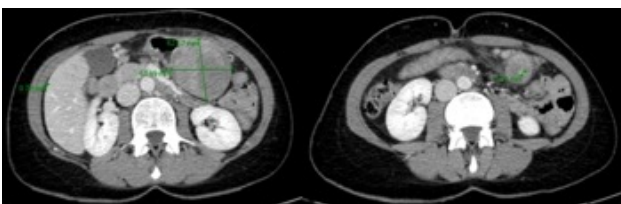


Figura 2.



Se completó estudio con TC abdominal que mostró una lesión con densidad de partes blandas y bordes bien delimitados de 6x6x8 cm en curvatura mayor del cuerpo gástrico, con contenido heterógeno con focos hiperdensos que aumentaban en fase portal, identificando imagen de jet sugiriendo sangrado activo intratumoral (**figura 2**).

Ante estos hallazgos se sugirió como primera posibilidad la presencia de un tumor GIST. Dado que la paciente presentaba anemia progresiva se realizó gastrectomía vertical atípica mediante laparotomía urgente.

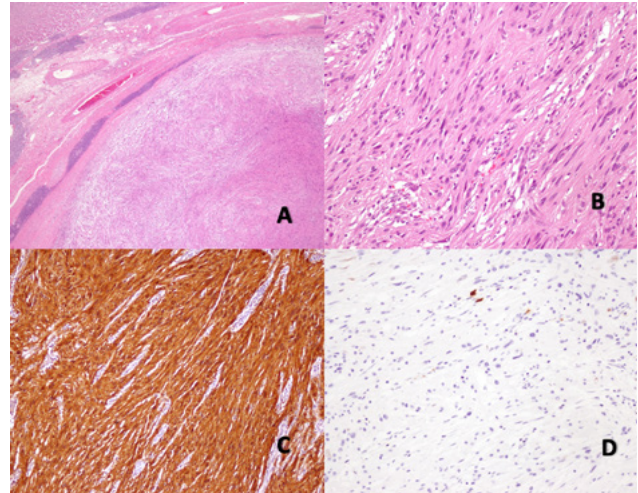
El estudio anatomopatológico de la pieza quirúrgica arrojó el diagnóstico de schwannoma gástrico (**figura 3**).

A las 48 horas del alta, la paciente acudió a urgencias por dolor y distensión abdominal con imagen endoscópica y radiológica compatible con obstrucción gástrica, resuelta mediante cirugía urgente. La paciente se encuentra asintomática y libre de recidiva tumoral tras 8 meses de seguimiento.

Discusión: Sobre este particular tumor derivado de la vaina de Schwann, se conoce su naturaleza clásicamente benigna, crecimiento lento y su carácter generalmente asintomático hasta debutar típicamente en forma de hemorragia digestiva. Su incidencia es mayor en mujeres entre la 4ª y 6ª década de la vida, con un tamaño promedio de 50 mm. Su localización más frecuente, al igual que en nuestro caso, es a nivel gástrico.

Dado que por sus características imagenológicas como hemos presentado, son difícilmente distinguibles de un tumor GIST, la histología resulta fundamental para su diagnóstico. El tratamiento de elección es la resección quirúrgica, bajo la cual presentan un pronóstico favorable en ausencia casi total de recurrencias.

Figura 3. (A)Nódulo bien delimitado en la muscular propia del cuerpo gástrico. Agregados linfoides adyacentes (h-e) (B) Células fusiformes sin atipia dispuestas en fascículos (h-e) (C) Expresión intensa y difusa de proteína S-100 (D)Negatividad para C-KIT



FÍSTULA TRAQUEOESOFÁGICA COMO COMPLICACIÓN DE RADIOTERAPIA LOCAL ¿QUÉ PAPEL JUEGA LA ENDOSCOPIA? EXPERIENCIA EN 2 CASOS

Gonzalez de Castro E, Bonoso Criado R, Montero Moretón ÁM, Aguilar Argeñal LF, Pérez Citores L, Curieses Luengo M, Cimavilla Román M, Santos Fernández J, Moreira Da Silva B, Maestro Antolín S, Santos Santamarta F, Peñas Herrero I, Rancel Medina F, Barcenilla Laguna J, Pérez Millán AG

Servicio de Aparato Digestivo. Complejo Asistencial Universitario de Palencia

Introducción: Las fistulas traqueoesofágicas son una complicación de las neoplasias de esófago (75%) y de pulmón (15%) debidas tanto a invasión tumoral como a sus terapias. El diagnóstico se basa en la clínica, las imágenes del TAC y los hallazgos endoscópicos. El tratamiento de primera línea es la doble prótesis esofágica y bronquial, y es de carácter paliativo.

Se presentan dos casos de fistula traqueoesofágica en pacientes con neoplasia de esófago.

Caso clínico 1: Varón de 63 años, exfumador de 1-2 cajetillas/día y exenolismo de 80 gr/día, diabético tipo 2 y con pancreatitis crónica.

Diagnosticado de carcinoma epidermoide de esófago cervical estadio IIIB (pT4bpN1M0). Se inicia tratamiento QT/RT con intención curativa, lográndose respuesta radiológica completa. Al año, recidiva locoregional que condiciona estenosis esofágica, iniciándose QT con intención paliativa.

Ante la presencia de disfagia y broncoaspiración recurrente, se realiza TAC torácico objetivándose comunicación de la vía respiratoria y digestiva (**figura 1**). En gastroscopia presenta recidiva tumoral con estenosis secundaria y orificio fistuloso a 25 cm de arcada dentaria, por lo que se coloca prótesis esofágica (**figura 2**), requiriendo posteriormente colocación de prótesis coaxial por crecimiento tumoral intraprotésico. Presenta mala evolución clínica, persistiendo comunicación de grandes dimensiones, no susceptible de tratamiento endoscópico.

Caso clínico 2: Varón de 59 años, exfumador, sin otros antecedentes.

Diagnosticado de carcinoma epidermoide de esófago cervical estadio IVa (cT4bNxMx). Se inicia tratamiento con QT/RT con intención neoadyuvante.

Ante la presenta de tos y disfagia progresiva, se realiza TAC objetivándose perforación extensa que afecta a la pared esofágica tanto derecha como izquierda (en el seno de la tumoración), por probable necrosis tumoral postratamiento (**figura 3**). En gastroscopia presenta estenosis puntiforme e inmediatamente por debajo, cavidad necrótica, no siendo susceptible de tratamiento endoscópico (**figura 4**).

Discusión: Las fistulas traqueoesofágicas son una complicación de las neoplasias de esófago y de pulmón, de muy mal pronóstico. Pueden deberse tanto a invasión tumoral como consecuencia de las terapias (cirugía, QT y RT...); la presencia de prótesis de esófago es un factor de riesgo para su desarrollo. Hay que sospecharlas en pacientes con factores de riesgo que comienzan con accesos de tos tras la ingesta, infecciones respiratorias frecuentes y malnutrición. Los hallazgos radiológicos y endoscópicos confirman el diagnóstico. El tratamiento es paliativo, dirigido a controlar los síntomas. De elección es la doble prótesis bronquial y esofágica. La prótesis esofágica es más empleada, siempre que sea técnicamente posible, consiguiendo mejorar la sintomatología en más del 80% de los pacientes.

Figura 1. Prótesis esofágica como tratamiento frente a la fístula

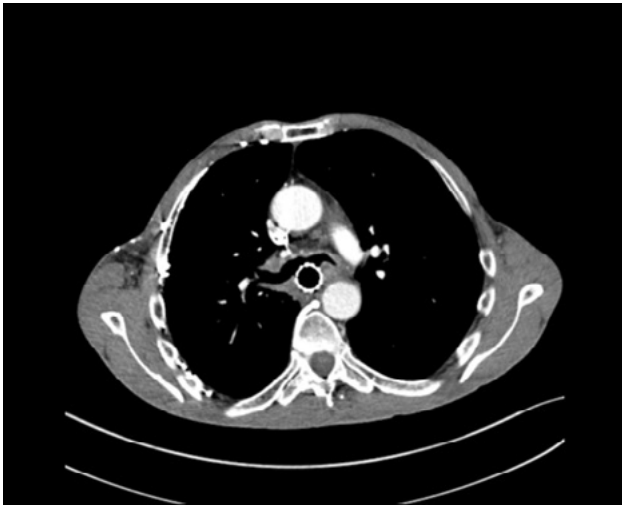


Figura 2. Prótesis esofágica metálica parcialmente cubierta como tratamiento de fístula traqueoesofágica

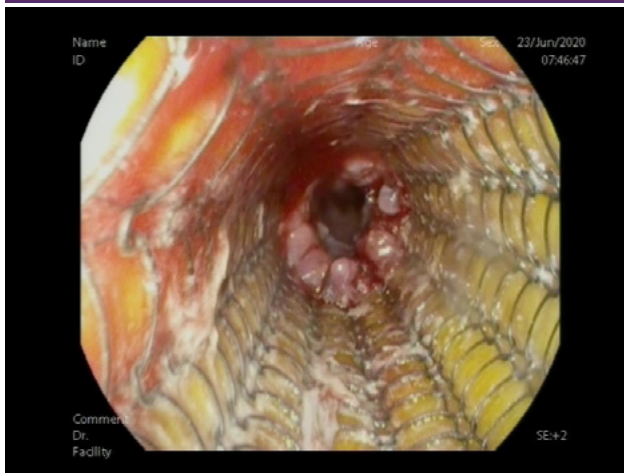


Figura 3. Perforación esofágica derecha fistulizada a pulmón, con gran afectación pulmonar y numerosas áreas de consolidación en parénquima pulmonar

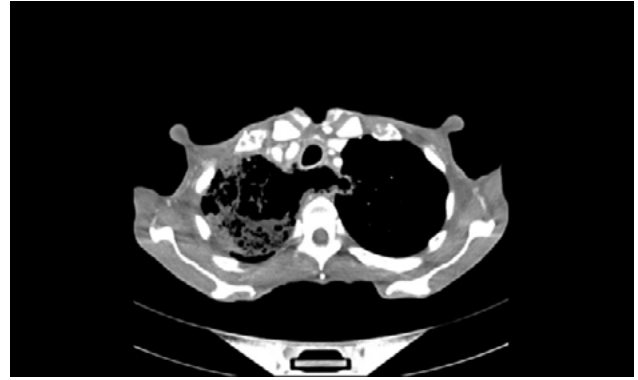


Figura 4. Cavitya necrótica que comunica con esófago. Probable tejido pulmonar en zona superior. Visión endoscópica



NEUMATOSIS INTESTINAL COMO CAUSA INUSUAL DE POSITIVIDAD EN PRUEBAS DE CRIBADO DE CÁNCER COLORRECTAL

González de Castro E, Bonoso Criado R, Montero Moretón ÁM, Aguilar Argeñal LF, Pérez Citores L, Curieses Luengo M, Cimavilla Román M, Santos Fernández J, Moreira Da Silva B, Maestro Antolín S, Santos Santamarta F, Peñas Herrero I, Rancel Medina F, Barcenilla Laguna J, Pérez Millán AG

Servicio de Aparato Digestivo. Complejo Asistencial Universitario de Palencia

Introducción: La neumatosis intestinal se caracteriza por la presencia de quistes rellenos de aire entre las capas de la pared intestinal. Es una enfermedad rara, con una incidencia del 0.03%, sin embargo es difícil de estimar al ser la mayoría de los pacientes asintomáticos y no consultar por ello. En algunas ocasiones puede suponer una patología grave y urgente, con clínica compatible con perforación intestinal, aunque en la mayoría de los casos se trata de un hallazgo incidental benigno, como en el caso que se expone a continuación.

Caso clínico: Varón de 63 años, sin antecedentes médico-quirúrgicos de interés. Asintomático desde el punto de vista digestivo. Se realiza colonoscopia de cribado ante test de sangre oculta en heces positivo, con hallazgo incidental de neumatosis coli (**Figura 1 y 2**).

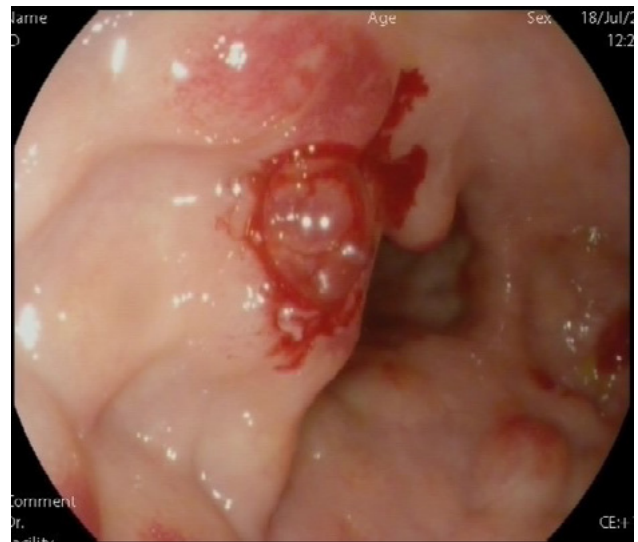
Discusión: La neumatosis intestinal es una entidad que se caracteriza por la presencia de quistes de aire en la submucosa y subserosa de la pared intestinal. Afectan a cualquier segmento del tracto gastrointestinal, siendo en el colon más comunes los quistes submucosos. Puede ser idiopática (15%) o secundaria (85%) a distintas patologías intestinales o extraintestinales (esclerodermia, enfermedades pulmonares...).

La mayoría de los pacientes son asintomáticos, tratándose de un hallazgo incidental, y en caso de presentar síntomas los más comunes son diarrea, dolor y distensión abdominal, hemorragia digestiva y estreñimiento. Las complicaciones (obstrucción intestinal, vólvulo, neumoperineo) ocurren en un 3% de los casos.

Figura 1. Neumatosis intestinal localizada en sigma



Figura 2. Neumatosis intestinal localizada en sigma, colapsada y con fuga de gas tras biopsia





Endoscópicamente se visualizan formaciones polipoideas, eritematosas, en ocasiones con una mucosa brillante y al tratar de biopsiarlas pueden colapsar rápidamente.

Los pacientes asintomáticos o con síntomas leves no requieren tratamiento específico, y suele resolverse espontáneamente con el tiempo. Los pacientes con síntomas moderados o graves requieren hospitalización y tratamiento con oxígeno, antibioterapia (metronidazol de elección) y una dieta elemental. En caso de sospecha

de neumoperitoneo, es necesario realizar una laparotomía exploradora.

Consideramos importante su conocimiento ya que plantea un reto diagnóstico al endoscopista que se encuentra por primera vez ante ella, ya que es frecuentemente mal identificada y puede llevar a diagnósticos erróneos de otras enfermedades que cursan con alteración de la mucosa normal colónica como son la diverticulitis aguda, colitis infecciosas y sobre todo la enfermedad inflamatoria intestinal.

COLITIS GRAVE ASOCIADA A IDELALISIB

García Rodríguez A, Alonso Bilbao N, Lapeña Muñoz B, Cordova Cazarez C,
Cortés González A, Calvo Íñiguez M

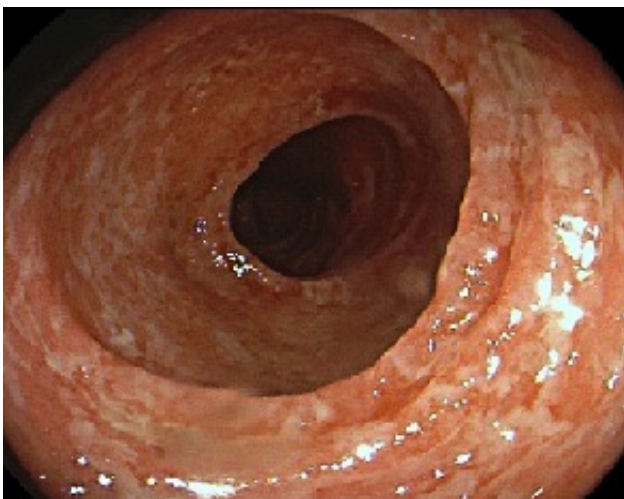
Servicio de Aparato Digestivo. Hospital San Pedro, Logroño

Introducción: Idelalisib es un inhibidor de la fosfatidilinositol 3-quinasa delta aprobado para el tratamiento del LNH folicular y LLC. La diarrea es uno de los efectos adversos más frecuentes (47%) y de mayor gravedad pudiendo ocasionar cuadros de colitis grave (14%) con perforación intestinal. Otros efectos adversos descritos son la hipertransaminasemia (35%) y la neumonitis (2%).

Caso clínico: Varón de 43 años diagnosticado de LNH Folicular grado I-II-S estadio IV-B con TASPE en 2015. Tras 3 líneas de tratamiento, en octubre de 2020 presenta recidiva ganglionar por lo que se inicia Idelalisib 150 mg/12h. Ingresa en noviembre por dolor abdominal, 14 deposiciones líquidas al día con sangre y fiebre de 3 días de evolución. A la exploración el abdomen es doloroso de forma generalizada sin signos de peritonismo.

La analítica destaca: GOT 648, GPT 1818, Bb 1, Hb 14.8, leucocitos 3700, PCR 141. Los cultivos de sangre y heces resultan negativos. Se realiza TC abdominal que diagnostica pancolitis inflamatoria y la colonoscopia

Figura 1. Colonoscopia. Colitis de aspecto inflamatorio moderado-grave



observa ileocolitis moderada-grave (**Figura 1**). La biopsia describe cambios inflamatorios agudos con ulceración y CMV negativo. Al ingreso por colitis grado 3 y hepatitis por Idelalisib, se suspende el fármaco. Se inicia antibioterapia profiláctica, budesonida y metilprednisolona endovenoso con mejoría clínica siendo dado de alta al mes con prednisona oral en pauta descendente.

Tras 3 meses persiste diarrea sin sangre observándose en una rectoscopia proctitis con ulceración grave (**Figura 2**) por lo que reingresa. Se inicia antibioterapia, esteroides endovenosos y ganciclovir por PCR CMV positivo. Ante la falta de respuesta a la semana se administra Infliximab iv a 5mg/kg, con leve mejoría clínica pendiente de evolución.

Discusión: La inclusión de nuevos inmunofármacos ha aumentado la prevalencia de enterocolitis inflamatoria y deberían incluirse en el diagnóstico diferencial de este cuadro clínico, como ocurre en nuestro caso con Idelalisib.

Figura 2. Rectosigmoidoscopia. Proctitis grave. Úlcera extensa





Se han observado dos tipos de diarrea, el primero de intensidad leve-moderada y autolimitada que responde a la suspensión temporal de Idelalisib y a esteroides orales. El segundo tipo suele ser una colitis de mayor gravedad que puede producirse incluso meses después y requiere hospitalización para esteroides endovenosos con suspensión definitiva del fármaco.

Se deben excluir otras causas de diarrea como la infecciosa. Ante casos de colitis grave inmunomediada corticorrefractaria se recomienda iniciar Infliximab a pesar de tratarse de pacientes con neoplasia de base. Sin embargo, las pautas de tratamiento anti-TNF no se encuentran definidas ni conocemos su perfil de seguridad.

SARS-COV2. ¿POSIBLE DESENCADENANTE DE ACALASIA?

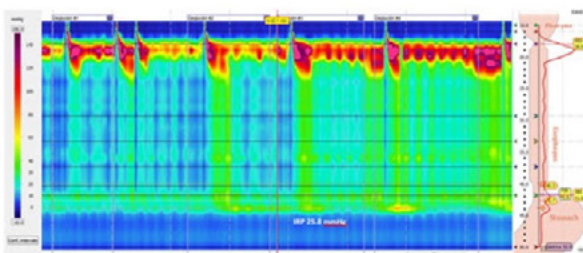
Saldaña Pazmiño G, Ribera Sánchez R, Ciriza de los Ríos C, Aparicio Cabezudo M, Pérez de la Serna J, Zatarain Valles A, López Roldán G, Casado Hernández J, Moral Villarejo G, Rey Diaz-Rubio E.

Servicio Aparato Digestivo. Hospital Clínico San Carlos, Madrid

Introducción: La acalasia es un trastorno motor esofágico caracterizado por destrucción del plexo mientérico que ocasiona una alteración en la relajación del esfínter esofágico inferior (EEI) junto a una aperistalsis del cuerpo esofágico. El origen de la acalasia primaria es desconocido, entre sus factores etiológicos se han propuesto componentes genéticos, inmunitarios e infecciosos que podrían predisponer a una destrucción del plexo mientérico. Algunas infecciones virales se han relacionado como posibles desencadenantes de esta entidad especialmente virus neurotrópicos como herpes o sarampión entre otros, lo que podría sugerir la implicación de otros agentes virales no descritos hasta el momento en esta patología.

Caso clínico: Mujer de 27 años sin antecedentes de interés, que consulta por resentar desde hace 6 meses episodios de regurgitación y vómitos no biliosos diarios. Asocia disfagia tanto a sólidos como a líquidos así como dolor retroesternal ocasional y pérdida de peso de más de 10 kg en este tiempo. Relaciona claramente el inicio de los síntomas tras haber pasado una infección leve por SARS CoV2 en el mes de agosto 2020

Figura 1. Panpresurización progresiva en decúbito y ausencia de relajación de EEI (IRP 25.8 mmHg)

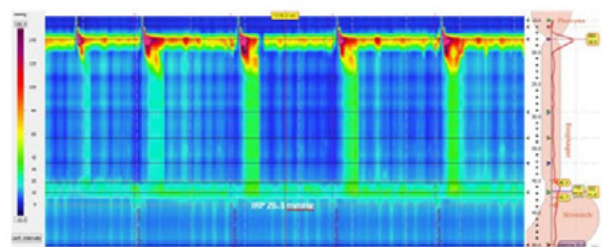
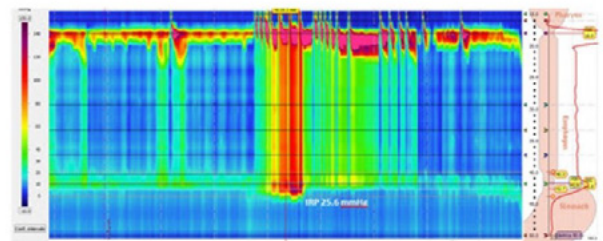


confirmada mediante técnica de PCR que se realizó por presentar síntomas típicos (anosmia y ageusia).

Se realiza una panendoscopia oral que no presenta alteraciones significativas y la toma de biopsias antrales detecta la presencia de *H. pylori* sin metaplasia intestinal. Se solicita una manometría esofágica en la que se observa una ausencia de relajación del EEI así como aperistalsis con panpresurización del cuerpo esofágico compatible con Acalasia tipo II de la clasificación de Chicago (**Figura 1-4**). El esofagogramademostró mal vaciamiento esofágico confirmando el diagnóstico.

Discusión: Algunos virus como herpes zoster, sarampión y varicela podrían desencadenar una respues-

Figura 2 y 3. Test de provocación con panpresurización progresiva



ta inmunológica aberrante con elevación de marcadores inflamatorios (CD8+, CD3+...), que en un contexto genético y ambiental adecuado podría conllevar a una destrucción ganglionar del plexo esofágico. El inicio brusco de los síntomas en esta paciente y que se hayan iniciado coincidiendo con la infección respiratoria por SARS CoV2, plantea la hipótesis de que éste haya sido el desencadenante ya que los marcadores inflamatorios y citoquinas presentes durante esta infección son similares a las descritas para los virus previamente mencionados. En la literatura actual no se han descrito casos relacionados con el SARS-CoV-2 por lo que este caso podría sentar un precedente y reforzar la hipótesis de la infección viral mecanismo fisiopatológico.



Figura 4. Tránsito esofagograma que confirma Acalasia

VOLVULO DE SIGMA EN LA ADOLESCENCIA. ENFERMEDAD DE HIRSCHSPRUNG

Roldan Fernandez M, Álvarez Delgado A, Verde Porcel AH, Antona Herranz M, Parras Castañera E, Domínguez Gómez R, Menendez Ramos A, Geijo Martínez F

Servicio de Aparato Digestivo Complejo Asistencial Universitario de Salamanca

Introducción: La enfermedad de Hirschsprung (EH) o megacolon agangliónico es un trastorno motor intestinal resultado de la aganglioneosis congénita del colon, que produce finalmente una obstrucción funcional intestinal. Se produce por falta de migración de neuroblastos, de forma segmentaria o completa, y ausencia de células ganglionares en los plexos submucosos y mientérico del intestino. Su diagnóstico en adultos es muy poco frecuente. Suele presentarse como estreñimiento grave con dilatación cólica proximal al segmento agangliónico y puede causar complicaciones graves como el caso que presentamos.

Caso clínico: Varón de 15 años, de origen boliviano, con antecedentes de estreñimiento crónico, acude a urgencias por dolor abdominal de días de evolución, tipo cólico, de predominio en hemiabdomen izquierdo y sin otra sintomatología. Impresiona de mal estado general resultando difícil la exploración física: abdomen distendido, timpánico, muy doloroso, con datos de irritación peritoneal. Analíticamente destaca únicamente leucocitosis (18.000) sin elevación de otros reactantes de fase aguda. Con el abdomen en “tabla” y la persistencia de dolor pese a analgésicos de 3º escalón, se realiza TAC abdomino-pelvico donde se aprecia imagen sugerente de vólvulo de sigma y dilatación retrograda de colon de hasta 10 cm. En esta situación, se intenta realizar una descompresión endoscópica urgente sin poderse efectuar por riesgo de perforación, lo que conlleva a

una cirugía urgente con sigmoidectomía y colostomía terminal paliativa. Tras los resultados serológicos y descartarse Enfermedad de Chagas, la pieza quirúrgica reseca evidencia focos de necrosis transmural y presencia de células ganglionares, estas últimas ausentes en la biopsia del esfínter anal interno, siendo la etiología más probable la enfermedad de Hirschsprung de segmento corto.

Discusión: Como ya hemos dicho, la EA es una causa de diarrea crónica y probablemente la mejor manera de descartar otras etiologías sean los hallazgos anatomopatológicos. La enfermedad celíaca (EC) y el daño intestinal de la inmunodeficiencia común variable se caracterizan por atrofia vellositaria e hiperplasia de las criptas, lo cual es muy parecido a lo que podemos encontrar en la EA.

Otro de los hallazgos que se ven en el 50% de los pacientes con EA son las adenopatías mesentéricas en las pruebas de imagen; las cuales no son tan frecuentes en la EC.

Hay que sospechar EA en aquellos pacientes diagnosticados de enfermedad celíaca que no responden a una dieta estricta sin gluten, siendo la

ausencia del haplotipo HLA-DQ2/DQ8 útil para distinguir la EA de EC y sus formas refractarias, ya que la respuesta a corticoides es totalmente inespecífica y se presenta en ambas enfermedades

EXCEPCIONAL CAUSA DE DISFAGIA INTERMITENTE POR UNA LESION GÁSTRICA SUBCARDIAL

Guiomar Moral Villarejo, Laura García Pravia, Alejandro Ventero Borges,
Juan Luis Mendoza Hernández, María Luisa González Morales, Raquel Lana Soto,
Manolo Vázquez Romero, Natalia López Palacios, José Miguel Esteban López-Jamar,
Enrique Rey Días Rubio

Hospital Clínico San Carlos de Madrid

Introducción: La mayoría de los pólipos gástricos constituyen hallazgos incidentales en pacientes asintomáticos durante la realización de una endoscopia digestiva alta (EDA). Sin embargo, dependiendo de la localización y del tamaño de estos, pueden existir síntomas como dolor abdominal, saciedad precoz, anemización y obstrucción al vaciamiento gástrico. Describimos el hallazgo de un pólipo gigante con disfagia intermitente como clínica de presentación y con un inusual diagnóstico anatomopatológico final.

Caso clínico: Mujer de 68 años, sin antecedentes personales de interés. Se solicita EDA por cuadro de disfagia intermitente de 1 año de evolución, sin síndrome constitucional ni alteraciones analíticas asociadas. Durante el procedimiento se observa una lesión polipoidea pediculada no umbilicada con aspecto cerebriforme mayor de 5 cm en la región subcardial gástrica. Ante la presencia de este pólipo gástrico gigante, se realiza polipectomía con asa de diatermia previa colocación de endoloop (**Figuras 1-4**). En el estudio anatomopatológico de la pieza se describe la presencia, en la muscularis mucosae y submucosa, de invaginaciones glandulares de carácter quístico, revestidas por un epitelio sin atipia, displasia ni metaplasia intestinal, y con diferenciación mucinosa focal y presencia ocasional de glándulas pequeñas con células de citoplasma granular eosinófilo (células de aspecto acinar) (**Figura 5**). Estos hallazgos son compatibles

con un páncreas ectópico. Tras la polipectomía se resolvió la clínica de disfagia presentada por la paciente.

Discusión: El páncreas ectópico se define como la presencia de tejido pancreático fuera de su localización anatómica normal, con ausencia de continuidad vascular anatómica del páncreas. Aunque posible a cualquier edad, presenta un pico de incidencia durante la quinta y sexta décadas de la vida. La localización más frecuente es el estómago (hasta el 95% en el antro prepilórico, en la curvatura mayor), siendo rara la localización subcardial presentada en nuestro caso. Este infrecuente lugar presentación, junto con el gran tamaño de la lesión, provoca la clínica de disfagia en nuestra paciente. Habitualmente, el diagnóstico de esta entidad se basa en un hallazgo incidental, pudiendo presentarse otros síntomas en los escasos casos descritos de páncreas ectópicos complicados. Además, la apariencia endoscópica habitual de los páncreas ectópicos es muy diferente de las lesiones polipoideas intraluminales gástricas, mostrándose en su mayoría como lesiones subepiteliales con una umbilicación central. La apariencia de pólipo pediculado gigante hace de nuestro caso una presentación endoscópica poco habitual. La excepcionalidad del caso radica en la presencia de un páncreas ectópico manifestado como un pólipo pediculado gigante subcardial con disfagia secundaria.

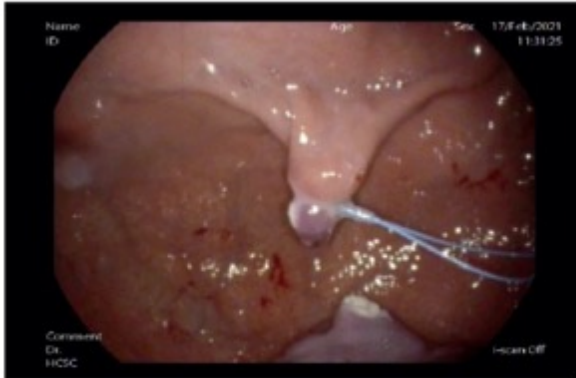


Fig. 1.. Colocación de endoloop previa resección con asa de diatermia.



Fig 2 . Pólipo resecado. Endoloop colocado en el remanente de pedículo.



Fig. 3 . Extracción de la lesión polipoidea mediante uso de asa.



Fig. 4 . Lesión polipoidea tras su extracción. Tamaño mayor de 5 cm.

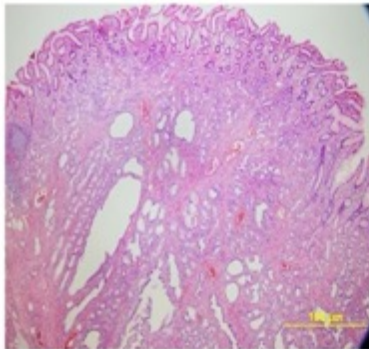


Fig. 5 . Imagen a pequeño aumento de formación polipoide revestida por mucosa gástrica antroplilórica de características normales (sin cambio adenomatoide ni hiperplásico), constituida por un componente ductal.

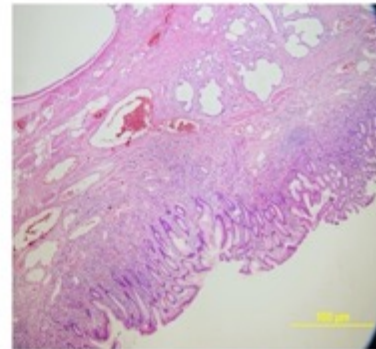


Fig. 6 . Imagen a mayor aumento. Por debajo de la muscularis mucosae se identifica un componente glandular de carácter lobular asociado a tejido adiposo de tipo adulto y a músculo liso hipertrófico.

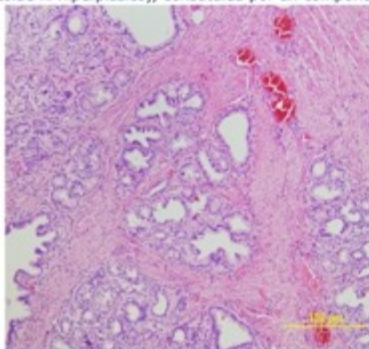


Fig. 7 . Imagen a mayor aumento del componente ductal revestido por un epitelio monoestratificado sin atipia y rodeado por haces de músculo liso. No se observa componente acinar pancreático.

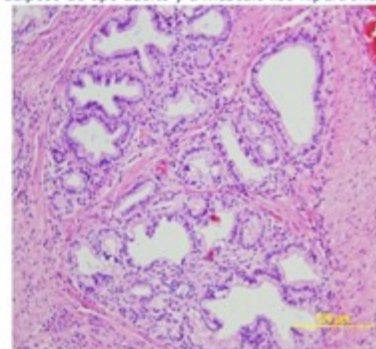


Fig. 8 . Imagen a mayor aumento. Ductos sin atipia formando lóbulos.

HEPATITIS AUTOINMUNE: ESTUDIO EPIDEMIOLÓGICO Y FACTORES QUE INFLUYEN SOBRE EL TRATAMIENTO

S. Díez Ruiz, I. Latras Cortés, L. Alcoba Vega, R. González Núñez, I. González Puente, V. Blázquez Ávila, R. Pérez Fernández, V. Cano López, LM. Vaquero Ayala, MC. Álvarez Cañas, L. Rodríguez Martín, MB. Álvarez Cuenllas, P. Linares Torres, R. Quiñones Castro, F. Jorquera Plaza

Complejo Asistencial Universitario de León

Introducción: La hepatitis autoinmune (HAI) es una enfermedad crónica inflamatoria hepática de etiología autoinmune. Es una enfermedad infrecuente. Los datos epidemiológicos son muy limitados. El objetivo de este estudio fue el análisis de las características basales, tipo de tratamiento recibido, respuesta y factores predictores de respuesta.

Material y métodos: Realizamos un estudio retrospectivo de los pacientes diagnosticados de HAI en seguimiento entre 2010 y 2021.

Resultados: Se incluyeron 48 pacientes, con edad media de 51,5+14,4 años, 35,4% varones. La comorbilidad más frecuente fue la dislipemia (41,7%). El 33,3% presentaba otra enfermedad autoinmune, principalmente endocrinológicas (18,3%). Se realizó biopsia hepática diagnóstica al 95,8% de la muestra, compatible con HAI en un 67,5% de las ocasiones. El 30,4% presentaba fibrosis basal. La mayoría de los pacientes fueron diagnosticados de HAI tipo 1 (77,1%), HAI tipo 2 (6,3%) y serología negativa (16,7%). El 12,5% de los pacientes presentaban un síndrome overlap. En la ecografía inicial, realizada en 91,7% de los pacientes, se observaron signos de hepatopatía crónica en el 12,5% de los casos. En un 20,9% de los pacientes se realizó gastroscopia basal, con datos de hipertensión portal en un 6,3%. Se diagnosticó de esteatosis, mediante ecografía o CAP a un 15,2% de la muestra. El tratamiento de inducción más frecuente fue la azatioprina con corticoides (52,1%), y como terapia de mantenimiento se empleó principalmente azatioprina (58,3%). Un 33,3% de los

pacientes presentó algún brote de la enfermedad. Los datos de fracaso de tratamiento y efectos adversos se presentan en la **tabla 1**.

Tabla 1. Fracaso y reacciones adversas al tratamiento

Tratamiento	N tratada	Fracaso	Efecto adverso
Azatioprina	46(95,8%)	7(37%)	12(63%)
6-Mercaptopurina	8(16,6%)	2(4,1%)	1(2,08%)
Micofenolato mofetilo	4(8,3%)	1(2,08%)	2(4,1%)
Tacrólimus	2(4,1%)	0	0
Ciclosporina	3(6,25%)	2(4,1%)	1(2,08%)

Se observó una relación estadísticamente significativa entre la recaída y la presencia de fibrosis en la biopsia (35,7vs 9,4%; $p=0,04$) y la presencia de signos de HTP en la gastroscopia inicial (100 vs 0%; $p=0,001$). También se observó que estos pacientes presentaba unos niveles de FIB 4 y APRI en el seguimiento mayores ($p=0,00$). No se observó relación estadísticamente significativa con la presencia de esteatosis ($p=0,287$).

Conclusiones: La HAI es más frecuente en mujeres, con una media de edad de 51 años. Su diagnóstico se apoya en la biopsia, parámetros clínicos y analíticos. El fracaso del tratamiento parece estar relacionado con la presencia de fibrosis basal e hipertensión portal. En este estudio no se demuestra su relación con la esteatosis.

OCCLUSIÓN INTESTINAL POR TUMOR NEUROENDOCRINO DE ÍLEON DISTAL CON METÁSTASIS HEPÁTICAS. A PROPÓSITO DE UN CASO

Icíar Fernández Visier, Alba Ramos Garrido, Oscar Roncero García-Escribano,
Zaida Malik Javed, David Rodríguez-Bobada Caraballo,
Jose Antonio Aguirre Sánchez-Cambronero

Hospital General La Mancha Centro

Introducción: Los tumores neuroendocrinos gastrointestinales son tumores infrecuentes derivados de las células enterocromafines del sistema neuroendocrino difuso. Su incidencia ha aumentado significativamente en los últimos años debido al mayor uso de los procedimientos endoscópicos, a la mejora de las técnicas de imagen, como el TAC multicorte con contraste y el OctreoScan, y a las técnicas inmunohistoquímicas. A continuación, exponemos el caso de un paciente diagnosticado de tumor neuroendocrino no funcionante a nivel de íleon terminal con metástasis hepáticas, siendo su forma de presentación una oclusión aguda intestinal.

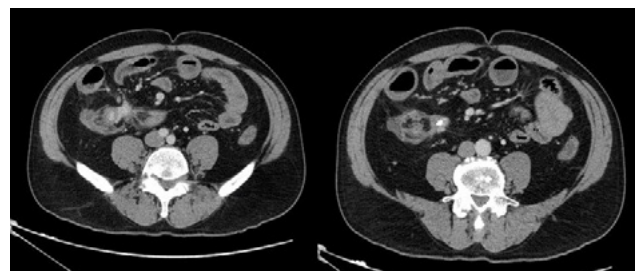
Caso clínico: Varón de 46 años que acude a Urgencias por episodio de dolor agudo y distensión abdominal, ausencia de tránsito y vómitos alimenticios.

Figura 1.



Refiere haber consultado por episodios similares desde hace más de 20 años que se resolvían en 48-72 horas con reposo digestivo. A la exploración física, destaca hepatomegalia dolorosa y en la radiografía abdominal (**Figura 1**) se objetiva leve dilatación de asas de delgado con presencia de gas distal. Se realiza ecografía abdominal junto a TAC de tórax y abdomen con contraste (**Figura 2**) donde se objetiva lesión sólida espiculada con calcificación grosera en su interior en íleon distal junto a lesiones hipodensas en varios segmentos hepáticos (**Figura 3**). Tras estos resultados, se solicita PAAF de una de las LOEs hepáticas cuyo estudio citológico es compatible con metástasis de tumor neuroendocrino bien diferenciado. Para completar estudio se solicitó Octreo-Scan (**Figura 4**), que resultó positivo, y se realizó determinación de cromogranina A sérica y ácido 5-hidroxiindolacético en orina de 24 horas que estaban ligeramente elevadas. Tras evaluar el caso en el comité de tumores se decide realización de hemicolectomía derecha con radiofrecuencia y resección de metástasis hepáticas. Se remite la pieza quirúrgica para estudio anatomopatológico, tipificándose como tumor neuroendocrino bien diferenciado (positivo para cromogranina A y sinaptofisina), con bajo índice de mitosis (<2/10 HPF) y bajo índice de proliferación con Ki67 <3%, que infiltra la serosa sin sobrepasarla. Metástasis en 1 de 10 ganglios linfáticos. Posteriormente el paciente es derivado a S.Oncología donde comienza tratamiento con Lanreótida.

Figura 2.



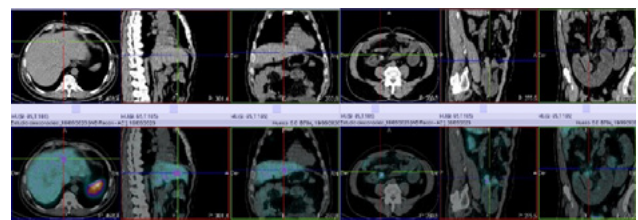
Discusión: La localización más habitual de los tumores neuroendocrinos gastrointestinales es en íleon terminal, siendo a su vez la neoplasia más frecuente (30-40%) en esta localización. Suelen ser asintomáticos o cursar con síntomas inespecíficos, condicionando que sean infradiagnosticados o que conlleven retraso diagnóstico de varios años como en el caso de nuestro paciente. El síntoma que provocan con más frecuencia es el dolor abdominal, pudiendo manifestarse hasta en el 25% de las veces como una oclusión aguda intestinal. Además, por la liberación de serotonina y otras sustancias vasoactivas, se puede producir el síndrome carcinoide consistente en diarrea secretora, flushing cutáneo, broncoespasmo y afectación de válvulas cardíacas. La enfermedad metastásica es común, presentándose hasta el 40% de los pacientes en su diagnóstico. Su potencial metastásico depende del tamaño tumoral, de la profundidad de la invasión de la pared, del índice mitótico y del índice Ki67. El diagnóstico a menudo se realiza de manera incidental. Debe filiarse bien la localización y extensión de la enfermedad mediante el estudio con TAC multicorte con contraste. El diagnóstico se confirma con el estudio histológico (presentan positividad para cromogranina A y sinaptofisina). En el análisis sanguíneo puede existir elevación de cromogranina A y en orina del 5-hidroxiindolacético. Para completar el estudio es importante la realización de OctreoScan para rastrear todo el cuerpo. El tratamiento en los casos avanzados con metástasis hepática es quirúrgico con resección amplia más linfadenectomía y metastasectomía. El tratamiento endoscópico se reserva para los tumores primarios <1cm sin adenopatías.

Figura 3.



noide consistente en diarrea secretora, flushing cutáneo, broncoespasmo y afectación de válvulas cardíacas. La enfermedad metastásica es común, presentándose hasta el 40% de los pacientes en su diagnóstico. Su potencial metastásico depende del tamaño tumoral, de la profundidad de la invasión de la pared, del índice mitótico y del índice Ki67. El diagnóstico a menudo se realiza de manera incidental. Debe filiarse bien la localización y extensión de la enfermedad mediante el estudio con TAC multicorte con contraste. El diagnóstico se confirma con el estudio histológico (presentan positividad para cromogranina A y sinaptofisina). En el análisis sanguíneo puede existir elevación de cromogranina A y en orina del 5-hidroxiindolacético. Para completar el estudio es importante la realización de OctreoScan para rastrear todo el cuerpo. El tratamiento en los casos avanzados con metástasis hepática es quirúrgico con resección amplia más linfadenectomía y metastasectomía. El tratamiento endoscópico se reserva para los tumores primarios <1cm sin adenopatías.

Figura 4.



ESTREÑIMIENTO SECUNDARIO A HERNIA PARAESOFÁGICA GRADO IV

Alonso Bilbao N, Abando Zurimendi A, Garcia Rodríguez A,
Lapeña Muñoz B, Escrich Iturbe V, Martínez Herreros A

Servicio de Aparato Digestivo. Hospital San Pedro de Logroño

Introducción: La hernia de hiato se define como el paso de estructuras no esofágicas hacia el tórax a través del hiato diafragmático.

La hernia paraesofágica tipo IV consiste en una hernia de gran tamaño en la que la mayor parte del estómago es intratorácico, además de encontrar en el saco herniario otros órganos como el colon o el epiplón.

Los factores de riesgo asociados con su aparición son el aumento de la presión intraabdominal y la debilidad de los pilares diafragmáticos o de la membrana freno-esofágica.

La forma de presentación clínica de esta entidad varía desde pacientes asintomáticos o con síntomas leves, hasta cuadros graves de obstrucción intestinal y vólvulo gástrico.

Caso clínico: Presentamos el caso de un varón de 80 años que consulta por estreñimiento de 5 días de evolución, además de vómitos alimentarios de repetición desde hace al menos un año.

Entre sus antecedentes personales destacan esquizofrenia residual, es portador de marcapasos por bloqueo AV y fue diagnosticado 7 años antes de hernia de hiato pequeña.

La exploración física es normal y la analítica realizada en Urgencias es anodina. Se realiza radiografía de tórax en la que se observa gran hernia de hiato que ocupa parte del hemitórax derecho (**Figura 1**).

Se realiza gastroscopia en la que se observa imagen sugestiva de esofagitis péptica grado C de Los Ángeles, así como plegamiento de cuerpo inferior gástrico compatible con gran hernia de hiato siendo la mucosa gástrica de aspecto normal.

Se completa estudio con TAC (**Figura 2**) en el que se identifica hernia paraesofágica que contiene la totalidad de la cámara gástrica y gran parte del colon transverso hasta el ángulo hepático, sin apreciar signos de complicación asociados.

Ante el diagnóstico de hernia paraesofágica grado

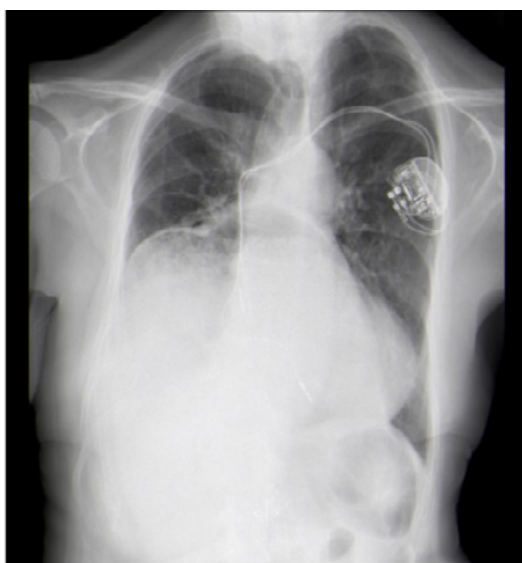


Figura 1. Radiografía de tórax.



Figura 2. TAC toraco-abdominal.



IV se deriva a Cirugía General para valoración, siendo finalmente intervenido de forma programada.

Discusión: La hernia paraesofágica tipo IV es una patología poco frecuente, suponiendo menos del 5% de las hernias de hiato.

Es habitual que los pacientes presenten síntomas, siendo poco frecuentes la obstrucción intestinal y el vólvulo gástrico.

El diagnóstico se basa en pruebas radiológicas y la endoscopia digestiva alta. El tratamiento de elección es la cirugía, siendo posible realizarla de manera programada si no existen datos de alarma.
